

ERRATA

PAG./LIN.	ONDE SE LE...	...LEIA-SE
v/4	clínicas	Clínicas
v/4	hospital	Hospital
v/11	acontencer	acontecer
v/12	estimular-a	estimulá-la
v/12	ajudar-a	ajudá-la
vi/7	emoctional	emotional
2/21	contribuíram	contribuirão
2/24	interupção	interrupção
3/12	carência	carências
4/11	emocionaise	emocionais
5/24	insegurança da	insegurança.
6/18	adaptação de;	adaptação;
8/1	pesoas	pessoas
12/1	consecutivas,	consecutivas),
13/6	orgão	órgãos
15/11	incorpora	incorpora
17/9	médiaalgém	média.
18/5	perambularam	perambulam
21/2	enfrentaram	enfrentarão
22/1	como	com
25/24	de apoio à criança	de apoio.
26/22	entar	entrar
29/14	desregulação	desregulação
44/2	solterios	solteiros
46/9	criança hospitalizada	crianças hospitalizadas
50/16	Roosevelth	Roosevelt
51/16	que a fizesse um desenho	que fizesse um desenho
54/6	Instituto	(Instituto
54/8	criança).	criança.
62/14	tão	tão
69/3	entrevista	entrevistas
69/23	desenhos maia	desenhos maias

PAG./LIN.	ONDE SE LE...	...LEIA-SE
69/13 e 15	o que	O que
69/22	fase	face
70/7	perdou	perdoou
70/8	escontece.	escutado.
70/11	ictericia	icterícia
70/18	hospial	hospital
70/18	deus	Deus
70/1	contra morte;	contra a morte;
71/5	mudar	lidar
71/12	depressivos.	depressivos.
71/17	branco.	brancos.
72/7	. foi-lhe	. Foi-lhe
72/1	home aranha	Homem Aranha
72/13	con diabete	com diabete
72/14	como tontura;	com tontura;
73/2	dia-à-dia	dia-a-dia
73/2	na tarefas	nas tarefas
73/4	Costa de	Gosta de
73/5	a gente	A gente
73/13	que florescer.	quer florescer.
74/1	glóbos,	globos,
74/5	precesa	precisa
74/5	Fantasia	Fantacias
74/7	regresivos,	regressivos,
79/7 (quadro 5)	Dialisis	Diálise
85/17	saUde	saúde
85/18	intelecutor.	interlocutor.
85/19	crianças	criança
86/3	sabese	saber
92/14	inadaptados	de adaptação
92/19	que maioria	que a maioria
100/11	similares a	similares as
101/6	obervamos	observamos
101/19	tranqüilas	tranquilas

Faculdade de Medicina - Universidade Estadual de Campinas
Departamento de Psiquiatria - Hospital de Psiquiatria
Unicamp, Rua do Espírito Santo, 100 - 13081-900
Campinas, SP, 13081-900, pelo orientador Glória Maria Valenzuela Tercero.

Campinas, 30 de Junho de 1993

GLORIA MARIA VALENZUELA TERCERO

Lidia Straus
Prof. Dra. Lidia Straus
Orientadora

"ALGUMAS REAÇÕES EMOCIONAIS DA CRIANÇA

HOSPITALIZADA NA ENFERMARIA DE PEDIATRIA"

ESTUDO REALIZADO NO HOSPITAL ROOSEVELT, GUATEMALA,

A.C. E NO HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNICAMP,

CAMPINAS, SP

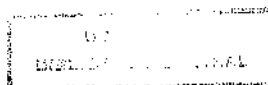
Dissertação apresentada à
Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade
Estadual de Campinas,
para obtenção do título
de Mestre na Área de
Saúde Mental.

ORIENTADOR: Prof. Dr. Lidia Straus

CAMPINAS 1993

V235a

17663/BC



FICHA CATALOGRAFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA CENTRAL - UNICAMP

Valenzuela Tercero, Gloria Maria

U235a Algumas reacoes emocionais da crianca hospitalizada na enfer-
maria de pediatria : estudo realiado' no Hospital Roosevelt,
Guatemala, A.C. e no Hospital das clinicas da UNICAMP, Campinas,
SP / Gloria Maria Valenzuela Tercero. -- Campinas : [s.n.], 1993.

Orientador : Lidia Straus.
Tese (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas,
Faculdade de Ciencias Medicas.

1. Crianca hospitalizada. 2. Crianças - Problemas
emocionais. 3. Psicologia da criança. I. Straus, Lidia.
II. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciencias
Medicas. III. Titulo.

20.CDD -362.11

-155.413

-155.4

Indices para Catalogo Sistemático:

1. Crianca hospitalizada 362.11
2. Crianças - Problemas emocionais 155.413
3. Psicologia da criança 155.4

"A doença está ligada à dor, à separação, à solidão, à impotência. No horizonte, a partida sem volta.

Isto fica muito pior no ambiente do hospital. A assepsia médica pode ser necessária, mas faz muito mal à alma...

A criança é transformada em objeto: já não mais está no colo daqueles que a amam. Descobre-se nas mãos de estranhos que a levam para salas onde os pais não entram.

"MEDO..."

Rubem Alves.

DEDICO A:

DEUS:

Pela força interior que me
permitiu não claudicar.

MEUS PAIS:

Carlos E. Valenzuela P.
Emma G.T. de Valenzuela

Pelo amor, apoio, guia e incen-
tivo a sempre seguir em fren-
te.

NINHAS IRMÃS:

Ana Rosa Valenzuela T.
Claudia B. Valenzuela T.

Pelo estímulo, carinho e a for-
ça que sempre me brindaram.

Gustavo

Não mais eu te verei ante os
meus olhos, mas sempre seremos
duas almas que vivem para o
mesmo amor.

AGRADECIMENTOS A

Armando, Izoiete e Família
Orsi-Von Zuben.

Pelo acolhimento e o apoio que
foi fundamental para chegar
até aqui.

Minha Orientadora
Lidia Straus.

Por mostrar-me o caminho e aju-
dar-me no meu crescimento pro-
fissional e nos momentos difi-
ceis.

Marta T. Von Zuben

Pela força na revisão do portu-
guês da tese e a sua amizade.

Aos Profs. Drs.
Luis Alberto Magna e
Roosevelt M. S. Cassoria

Pelo apoio no meu trabalho.

Aos amigos, especialmente
Otildes Duarte e
Ezequiel Laco Gonçalves.

Pela força.

Faculdade de Ciências
Médicas.

Pela bolsa de monitoria que me
permitiu iniciar.

Alaide da Silva R. Mendes,
ao Deptº de Pediatria do
Hospital Roosevelt da Gua-
temala, e ao HC/UNICAMP, e
às crianças.

A todos muito obrigado.

A todos aqueles que de
uma ou outra forma me
auxiliaram na realização
deste trabalho e não estão
aqui citados

Muito obrigado.

RESUMO

Foi realizada uma revisão bibliográfica das reações emocionais mais freqüentes nas crianças entre seis e doze anos de idade, hospitalizadas na enfermaria da Pediatria do Hospital das clínicas - UNICAMP, Brasil e do hospital Roosevelt da Guatemala, América Central. O estudo foi realizado em dois contextos culturais diferentes, a fim de determinar se isto influencia a forma de manifestação da reação emocional. Utilizamos: entrevista com os pais, entrevista e desenho com a criança. Concluímos que a preparação da criança para a hospitalização é fundamental ao proporcionar informação do que está para acontecer, estimular-a a expressar seus sentimentos e a ajudar-a a estabelecer um vínculo com a equipe. A equipe que lida com a criança precisa conhecer a resposta emocional dela a hospitalização, da mesma forma que conhece o processo da doença física.

PALAVRAS-CHAVE: Hospitalização da criança. Reações emocionais. A criança internada.

SUMMARY:

Hospitalization is a stressful experience, especially for children. This study shows the need for providing information, relevant to their developmental level.

We draw subjects from two different cultures: children from Brazilian and Guatemalan hospitals (6-12 years old) trying to find if there exists a difference in the way they show their emotional problems during their hospitalization, by: parent's and child's interview and by the use of child's drawings to analyse the experiences of children's understanding of their disease and hospitalization.

We conclude that the best reasons for pre-hospitalization preparation are: to provide children information about what is to happen (explanations of illness and of medical treatment); to encourage emotional self-expression; and to help children establish trusting relationships with hospital staff, calling attention to the finding that emotional problems can have long-term effects.

The paediatrician must know the course of the emotional response to hospitalization just as he must know the usual course of disease processes. It is suggested that more should be done to involve parents in the care of their children in hospital, more attention should be given to the emotional risks of treatment in assessing effects of medical intervention.

KEY-WORDS: The child in hospital. Emotional reaction. The hospitalized child.

INDICE

I - INTRODUÇÃO.....	1
. A CRIANÇA HOSPITALIZADA.....	4
. EFEITOS REATIVOS.....	10
. GRUPO ETÁRIO E A INTERPRETAÇÃO DA HOSPITALIZAÇÃO PELA CRIANÇA.....	16
. A CRIANÇA E A DOENÇA CRÔNICA.....	21
. A CRIANÇA E A DIÁLISE.....	32
. A CRIANÇA E A CIRURGIA.....	35
. A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA.....	41
II - OBJETIVOS	45
III - SUJEITOS DE ESTUDO.....	47
IV - METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS.....	49
. PROCEDIMENTOS.....	50
. DESCRIÇÃO DA ÁREA DE TRABALHO.....	52
. INSTRUMENTO DO TRABALHO: O DESENHO	56
V - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	75
VI - ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	84
VII - CONCLUSÕES.....	99
VIII - RECOMENDAÇÕES.....	102
IX - BIBLIOGRAFIA.....	107
X - ANEXO	121

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, às noções de saúde e doença, gradativamente foram sendo modificadas. De uma forma geral, os critérios pré-científicos vinculados às doenças e a magia envolvidas nesse processo, foram substituídos pela convicção de que a doença deve ser compreendida em razão das propriedades físicas e químicas dos órgãos, sistemas, tecidos. Dessa forma, o tratamento dos estados de doença estariam vinculados a interferência no "Status quo" ou químico do indivíduo.

O trabalho junto a crianças doentes e hospitalizadas mostra basicamente quanto se deve proteger a criança de um atendimento técnico, e impessoal, agressivo.

A criança ao ingressar no hospital, está entrando num universo totalmente desconhecido para ela.

Não só o ambiente lhe é estranho, mas também as pessoas e a linguagem que nele se fala é, na verdade, como se estivesse num país estrangeiro onde tudo é diferente.

Muitas crianças colocam que quando estão no hospital só sabem que: "Vem uma turma de branco, que a ficam olhando, falam coisas que ela não compreende, vêem a sua barriga, usam uns troços para ouvir o seu coração e vão embora".

Realmente não é difícil imaginar o medo que a criança deve enfrentar, sendo pequena, indefesa e dependente da vontade dos adultos que decidem o que é melhor para ela.

Quando gostaria estar na sua casa, com a sua família, com os seus amigos, ela é levada para um ambiente ameaçador.

Ela já não está bem de saúde, quicá com febre, muita dor, sintomas que a fazem sentir insegura, quando quer estar com a mãe, é levada para outro lugar, longe, desconhecido, até solitário.

Dependendo da idade da criança, o que é só uma semana para o médico, para ela pode ser sentido como uma eternidade.

As crianças na UTI, ficam mesmo isoladas, num ambiente fechado, entre quatros paredes, onde não há horizonte para se olhar. As vezes são esquecidas como seres humanos, sendo só alguém ligado a tubos e na hora de trocar os lençóis é deixado de lado, nu, sem se perguntar se esta com frio ou vergonha ao ser tratado assim.

Estes e outros fatores inerentes à hospitalização contribuíram para o aparecimento de problemas emocionais, adversos ao desenvolvimento da criança hospitalizada e doente, temos entre outros: o desmame agressivo, o transtorno da vida familiar, a interrupção ou retardo da

escolaridade, do ritmo de vida e desenvolvimento, as carência afetivas e agressões psicológicas e físicas.

Temos também um outro lado: aquelas crianças que provêm de lares desfeitos, ou muito pobres e encontram no hospital um "lar", com pessoas que se preocupam com elas, lhes dão alimento e conforto.

Não podemos generalizar, mas é um fato comum a falta de pessoal, de tempo, o acúmulo de pacientes que não nos permite atuar de uma maneira diferente.

Estes fatos não são colocados por "sentimentalismo", mas são como uma forma de alertar as pessoas que lidam com a criança hospitalizada. É uma chamada para que todos juntos tentemos resgatar o lado humano da medicina e lembrar o dever que temos para com o doente.

Lembramos que a hospitalização de uma criança afeta não só uma unidade, mas sim um todo (a sua família).

Se além da internação, além de estar num ambiente diferente, a criança viesse de uma cultura diferente, como ficaria?

Que melhor oportunidade que estender a pesquisa às crianças herdeiras da sobressalente cultura Maia, cuja concepção da doença difere enormemente da nossa.

Foi isto que nos levou a realizar o presente estudo, numa tentativa de que o material reunido, de alguma forma contribua para melhorar a situação da criança hospitalizada.

A CRIANÇA HOSPITALIZADA

Ao hospitalizar-se uma criança, além de um corpo doente, ela levará também as suas experiências vividas até esse momento. O que significa que, além das necessidades de uma criança que permanece em casa, ela tem outras, decorrentes do fato de estar hospitalizada. O atendimento de suas necessidades emocionais é indispensável para a manutenção de sua saúde mental.

Ao ser internada, varios fatores contribuem para o aparecimento de dissabores existenciais no seu desenvolvimento.

Afastada de sua casa, num ambiente estranho, com movimentação, móveis, rotinas, pessoas estranhas, longe da mãe e dos familiares, como ela poderá se sentir amada e segura?

Precisando de proteção contínua contra o sofrimento, as agressões, tanto físicas como emocionais, a criança se sentirá então, desprotegida, insegura e agredida durante a sua internação.

Além de sentir-se doente, a criança poderá ser submetida a procedimentos desconfortáveis e/ou dolorosos.

Passara a ser cuidada por pessoas que não conhece, nas quais não sabe se pode confiar. Ao se sentir fraca, doente, indisposta, perderá também a confiança em si mesma, ficando insegura.

Quando ela explora o ambiente, mexendo nas coisas, ficando impaciente e até agressiva ou barulhenta, será reprimida, até com agressividade e violência, como por exemplo, ao ser contida para a coleta de exames, realização de punções, curativos, etc.

Dentro do hospital viverá situações novas e observará coisas que não compreende, enfrentando dois sérios obstáculos à sua curiosidade:

1º Pode não ter um adulto confiável a quem perguntar.

2º Quando pergunta, não obtém resposta ou recebe respostas pouco claras, evasivas ou simplesmente mentirosas, com o que ficará mais ansiosa e intranquila.

Na fase de crescimento, a criança precisa perceber constância nas atitudes dos adultos para com ela, TREZZA, (1985). No hospital, isto é quase impossível de ser mantido, já que são muitas as pessoas que lidam com a criança, agravando assim o seu sentimento de insegurança da.

As conseqüências de uma internação na vida da criança podem ser tão sérias que, às vezes, anos depois estão presentes, mesmo que ela tenha sido por doença leve e por pouco tempo.

MASON, G.A. (1965), coloca que "as perturbações podem ser graves a ponto de determinar um retardo do crescimento e do desenvolvimento, com regressão a fases anteriores. Pode haver o aparecimento de comportamento agressivo, hiperatividade ou, ao contrário, graus variáveis de apatia. Por outro lado, as reações podem ser brandas, ocorrendo mais comumente distúrbios de sono, medos exagerados e imotivados e distúrbios de alimentação".

Quase todas as crianças, apresentam alguma reação a experiência da hospitalização, que dependem de fatores tais como:

1. idade da criança;
2. nível do desenvolvimento psicológico da criança;
3. personalidade prévia e capacidade de adaptação de;
4. a doença, e sua repercussão a níveis psico-sócio-culturais;
5. existência de internações anteriores;
6. tempo da hospitalização;
7. grau de informação compreendida pela criança sobre a doença;
8. equilíbrio familiar e reação dos pais ao fato;
9. freqüência da visita dos familiares;

10. cuidados afetivos substitutivos;

11. o grau de prostração, dor, tipo do tratamento e efeitos posteriores do mesmo.

AUBRY, O., 1955; BLUM, G.L., 1958; OELLINEK, H., 1979;
GELLERT, 1984; LAGRECA and STONE, 1985.

Cada ser humano possui uma maneira específica de resposta para a doença, ou trauma, baseada em mecanismos de adaptação que ROBERTSON (1970) descreveu em três fases:

1. fase de impacto: Surge no início um medo real ao acontecimento, seguido de regressão e negação.

2. fase de recuo¹: Inclui uma diminuição da regressão e da negação, e o início da aceitação do fato, esta é uma etapa necessária no caso de acontecer seqüelas com limitação física.

Em alguns momentos pode surgir depressão, manifestando-se como distúrbios do apetite ou do comportamento.

3. fase de restituição: Esta fase permite a adaptação e o domínio da situação.

A criança poderá ter, entre outros, sentimentos como: ansiedade, raiva, luto e perda.

Dificilmente a mãe poderá permanecer com a criança 24 horas, e em algum momento ela terá que enfrentar a

¹ Tradução da autora do original em inglês "Recoil"

separação e ser atendida por pessoas que não conhece. A criança terá que encarar separações.

BOWLBY (1954), nas observações sobre a ansiedade de separação, descreveu três fases, claramente observadas nos infantes e também presentes no comportamento regressivo de pre-adolescentes:

1. Fase de Protesto: A criança tenta evitar a partida da mãe, mediante um choro vigoroso, tentando assim recuperá-la.

Crianças mais velhas "grudam" literalmente na mãe, na tentativa desesperada de ficar com ela.

2. Fase de desespero: A criança está menos ativa, apresentando um choro monótono, menos vigoroso, caracterizado por desesperança, retraimento.

A equipe pode interpretar mal esta fase, achando que a criança se "adaptou ao ambiente".

3. Fase de separação ou desligamento: A criança aparenta estar mais alerta e aceita melhor o cuidado dispensado pela equipe, mas é um "apego superficial", pois concomitantemente ela demonstra uma perda de afeto ou sentimentos positivos ao reaparecimento da mãe.

A depressão anaclítica definida por SPITZ (1945) como: "a depressão apresentada por crianças internadas em instituições, caracterizada por um quadro determinado por

choro e exigência no primeiro mês; gritos, perda de peso e parada do desenvolvimento no segundo mês; posição patognomônica em decúbito ventral, recusa de contato, insônia, perda de peso, retardo no desenvolvimento geral, ocorrência de doenças intercorrentes, expressão facial rígida no terceiro mês e, após este, rigidez facial, gemidos raros. aumento do retardo e letargia", em geral, e característica das crianças pequenas que mantiveram relações felizes com suas mães e que são repentinamente separadas delas, sem que se lhes dê substituição adequada.

A privação materna durante a hospitalização pode trazer à criança "muita angústia, uma necessidade de amor, sentimentos de vingança e, conseqüentemente, culpa e depressão" CHIATTONI, H. (1987).

Mesmo que a criança se recupere restituindo-lhe a mãe, não podemos esquecer dos vestígios que ficaram, os quais podem ser facilmente reativados.

A hospitalização implica muito mais que só separação. Devemos considerar também as conseqüências da doença e do tratamento na criança.

As reações discutidas a seguir podem surgir com qualquer doença. São principalmente "desordens reativas" ou "situacionais"; não obstante, possam desencadear desvios do desenvolvimento, desordens neuróticas, desordens psicóticas, em crianças predispostas.

EFEITOS DIRETOS:

Freqüentemente observamos mal-estar, dor, apatia prostração, distúrbios do sono e do apetite, irritabilidade, decaimento, entre outros. Particularmente em crianças pré-escolares, com doença leve, é comum observarmos hiperatividade. Pais ou equipe bem intencionados, mas ansiosos, podem forçar a alimentação e as constantes negativas da criança podem conduzir ao aparecimento de distúrbios alimentares que poderão persistir após a internação.

É comum também a dificuldade para dormir, pesadelos e terror noturno, podendo estes problemas continuar em casa. *BLOM, G.E. (1958) KAPLAN, H. (1980).*

EFEITOS REATIVOS:

a) Regressão:

Padrão frequente na criança. Mais notada em crianças em idade escolar e adolescentes, podendo se apresentar em adultos, porém em menor grau.

Em infantes e em crianças em idade pré-escolar esta regressão pode manifestar-se pela perda, de funções já adquiridas e a volta a uma etapa anterior, como chupar o dedo, pedir a mamadeira; mostrar-se mais exigente; negativa; mais apegada; comportamento agressivo; ou mesmo uma parada

no desenvolvimento de aquisição recente: falar, caminhar, controle de esfíncteres.

Em crianças em idade escolar e adolescentes observamos o reaparecimento de padrões sociais imaturos, tais como: grande dependência dos pais, (particularmente da mãe), mostrando-se mais exigentes, agressivas, com limitação na sua capacidade de compartilhar com irmão ou outros, dificuldade de concentração e de aprendizagem. *PROUGH, D.G. (1953). VERNON (1965)*

b) Depressão:

Padrão de resposta que se apresenta de diversas maneiras nas distintas faixas etárias.

Pode surgir, por um lado, como efeito direto da doença, como na mononucleose, hepatite e por outro, como consequência a restrição das atividades e a separação dos pais durante a hospitalização.

IAN GREGORY (1983) coloca que, além das características do critério para depressão em adultos, (humor disfórico, perda de interesse ou prazer em atividades ou passatempos que davam prazer, perda ou aumento do peso e apetite, insônia, perda da energia, fadiga, retardo psicomotor ou agitação, baixa auto-estima, indecisão, dificuldade para pensar com clareza ou concentrar-se, pensamentos frequentes de morte, tentativas de suicídio. Estes sintomas deverão estar presentes quase todo dia por

pelo menos duas semanas consecutivas, na criança deverão estar presentes três dos quatro sintomas seguintes:

1. Anormalidade e distúrbios do apetite ou peso;
2. Insônia ou hiperinsônia;
3. Agitação ou retardo psicomotor e
4. Perda do interesse ou prazer nas atividades diárias.

Oscilações do humor frequentemente aparecem em crianças mais velhas e adolescentes, assim como medos antigos e sentimentos de inadequação e abandono.

KASHAMI et al (1981), num estudo sobre a depressão em crianças hospitalizadas, compreendidas entre os seis a doze anos, encontraram que 7% "respondia" ao critério do DSM III para depressão enquanto 39% apresentava perturbações do humor disforico (tristeza, infelicidade, irritabilidade; GREGORY, I., 1983).

A criança deprimida apresenta com maior frequência: cefaleia, dor abdominal. HERZOG, D.B. (1982)

c) Má interpretação:

Interpretar mal o significado da doença é um fenómeno comum. Está relacionado à capacidade limitada da criança para uma compreensão intelectual da realidade e à sua tendência a um pensamento mágico, particularmente nas crianças novas. As crianças em idade pré-escolar podem pensar que a dor e o desconforto devidos a internação e/ou

doença, são um castigo pelas suas transgressões, imaginárias ou reais.

Crianças em idade escolar demonstram medo pela mutilação do corpo, relacionado ao procedimento terapêutico. Este medo mostra-se mais intenso quando a doença envolve áreas sensitivas como a cabeça, ou órgão genitais.

d) Ansiedade Reativa:

Os conflitos psicológicos, gerados pelo significado da doença e as tendências de regressão, podem causar o surgimento de sintomas fisiológicos complementares da ansiedade: taquicardia, palpitações, hiperventilação, diarreia, entre outros. Estas mudanças fisiológicas, são geralmente reversíveis.

A ansiedade é uma sensação desagradável que, nas formas mais suaves, é experimentada pela criança como um sentimento de apreensão e irritabilidade geral, acompanhada por inquietude, fadiga e componentes viscerais, como dor de cabeça, uma sensação "engraçada" no estômago ou um aperto no peito.

Pode ser difusa ou em crises de duração variável, no curso de certos episódios médico-cirúrgicos e, em particular, de certas afecções febris. Essas crises aparecem mais freqüentemente no auge da doença, e desaparecem depois da efervescência, ou mesmo antes se a doença é de longa

duração. A persistência da ansiedade depende, quase sempre, da tensão que cerca a criança. Ela não acontece, a não ser em determinados tipos de personalidade. Quando os ataques de ansiedade acontecem basicamente à noite, a criança pode apresentar terrores noturnos, sonambulismo. Para SPIELBERGER ET AL (1973) para uma criança, quando a mãe não está presente, uma situação nova, ainda que não ameaçadora, pode ser perturbadora. A hospitalização pode evocar ansiedade de separação.

Já que as reações da criança podem depender dos pais, devemos prestar atenção na qualidade da relação e a reação dos pais em situações anteriores.

GESSNER ET AL (1952), PROUGH ET AL (1953), GOFMAN ET AL (1957), MARTINEZ URRUTIA (1975).

VANDERVEER (1949), coloca que a ansiedade é uma emoção "contagiosa": os pais que se mostram ansiosos diante dos seus filhos, "transmitem-lhes" essa emoção.

A ansiedade reativa pode ser melhor entendida quando se revê a natureza dos relacionamentos interpessoais do paciente.

A hospitalização pode causar ansiedade quando não se proporciona a informação suficiente e se orienta a criança nas diversas etapas terapêuticas, porque assim, ela estará lidando com o desconhecido.

PERRIN e GERRITY (1981) argumentam que os adultos frequentemente dão explicações para a doença que são complicadas para a criança compreender, e que para ajudá-las a lidar com a sua doença e tratamento, a comunicação deve adequar-se ao estágio do desenvolvimento em que a criança se encontra.

f) Reações Conversivas:

São mais observadas em crianças em idade escolar (sete anos) ou adolescentes.

Este distúrbio afeta os sistemas motor voluntário e o sensorial. a criança incorpora sintomas como a prolongação da dor, vômitos, cefaleias e disfonia ou, em geral, fraqueza e fadiga.

A maioria destas reações de conversão se resolve em alguns dias ou semanas, mas pode persistir cronicamente em uma criança com uma capacidade de adaptação limitada ou naquela cuja família apresenta dificuldade para lidar com a fase convalescente da doença.

g) Reações Dissociativas:

Podem apresentar-se como amnésia, sonambulismo, estados de fuga, estados de pseudo-delírio. Na criança o delírio pode apresentar-se como resposta a administração de drogas, traumatismo craniano e distúrbios metabólicos ou podem acompanhar uma doença sistêmica, mesmo na ausência de um agente causante no SNC.

h) Discontinuidade:

é observada em crianças com doenças crônicas uma desorientação, conseqüente das constantes mudanças casa-hospital, já que as suas relações são "quebradas" continuamente, não conseguindo estabelecer laços firmes com ninguém PRUGH, D. (1980).

GRUPO ETÁRIO E A INTERPRETAÇÃO DA HOSPITALIZAÇÃO PELA CRIANÇA.

A nossa pesquisa de campo inclui crianças dos seis aos doze anos de idade, mas achamos importante descrever algumas reações da criança nas distintas faixas etárias para cumprir melhor o nosso objetivo de proporcionar subsídios à equipe que lida com a criança hospitalizada.

CRIANÇAS DOS ZERO AOS DOIS ANOS DE IDADE:

O impacto da hospitalização é causado basicamente pelo estresse, desencadeado pela separação da mãe, causando uma ansiedade de separação, com regressão e depressão.

A conseqüência da privação será leve se a criança for atendida por uma pessoa que a acolha e na qual ela confie, porém pode ser grave se quem a substitui lhe for estranha, o que é freqüente no hospital, onde a criança não tem ninguém que cuide dela de forma individualizada, com quem possa sentir-se protegida e segura.

AO se sentirem sós, estas crianças choram por períodos longos até adormecerem. Algumas se tornam assustadas, temendo a aproximação de pessoas. Depois de alguns dias, tornam-se quietas, sonolentas e indiferentes, parecendo adaptadas ao ambiente.

A maneira da criança reagir a estas perturbações pode resultar em distúrbios emocionais graves e numa personalidade instável. O desenvolvimento das crianças poderá estar abaixo da médiaalguém CARVALHO, (1978).

A reação emocional é de apreensão e tristeza e a criança se afasta de tudo a seu redor, não procurando contacto e nem reagindo a ele. Há aparente atraso nas atividades e a criança permanece deitada ou sentada, inerte em profundo estupor; apresentando uma queda da resistência, estando mais suscetível a infecções (entéricas e respiratórias, geralmente).

Normalmente regride no processo de maturação psico-afetiva, expressando perturbações de marcha, de linguagem, do controle dos esfíncteres, comportamentos como masturbação, enurese, terror noturno, chupar o dedo. Reagindo apática ou agressivamente, dificultando a atuação da equipe de saúde ao rejeitar a medicação, as restrições, os exames e as dietas.

DOIS A QUATRO ANOS DE IDADE:

Estas crianças apesar de já conseguirem perceber a situação de separação, têm poucos recursos para entender as explicações dadas aos acontecimentos. Nos primeiros dias de internação, perambularam pela enfermaria choramingando, perguntando pela mãe. Reagem desesperadamente às condutas terapêuticas, choram até cansar e dificilmente consegue-se amenizar efetivamente o sofrimento. A partir daí, poderão entrar num quadro depressivo, permanecendo em seus leitos, caladas, grudadas a algum objeto querido.

A sequência de protesto, desespero e separação, esta última associada com depressão e retraimento, como descrita por *ROBERTSON (1970)* é freqüentemente observada, após os primeiros dias de hospitalização, mesmo em crianças bem ajustadas. Algumas crianças poderão apresentar a perda das funções autônomas (controle de esfíncteres, marcha, linguagem, autonomia do ego).

DOS QUATRO AOS SEIS ANOS DE IDADE:

Entre outras temos:

- O significado psicológico da doença e tratamento tem mais efeito potencial que a separação dos pais.

- O medo de mutilação do corpo e a tendência a mal interpretar a dor e procedimentos terapêuticos como um

castigo, com frequência provoca ansiedade, regressão e outras manifestações mencionadas anteriormente.

Os meninos apresentam um comportamento mais agressivo que as meninas.

- Com frequência ouviremos destas crianças um relato insistente, enfocando o aparecimento da doença ao fato de não ter se alimentado bem por muito tempo e de não ter estudado ou obedecido aos pais.

- Este sentimento de culpa virá acompanhado de muito sofrimento, dificultando demais o atendimento. Às vezes a criança se entrega passivamente aos cuidados médicos, resignando-se à situação de punição.

Este sentimento de culpa surge do desenvolvimento de uma consciência por um ponto de vista egocêntrico do fator causante.

DOS SETE AOS DOZE ANOS:

A partir dos sete anos, a criança pode compreender a realidade da experiência da hospitalização mais completamente, podendo apresentar:

- Certo grau de regressão e ansiedade sobre o funcionamento de certos órgãos, estando estas reações relacionadas as imagens corporais incompletas.

- Temores de "insuficiência" genital, fraqueza muscular e perda do controle corporal ou domínio, contríbuiem aos sentimentos de ansiedade e inferioridade característicos deste estágio.

- Desorientação social ao ficar longe dos amigos.

De uma forma geral, a sensação de abandono é agravada pelo fato de que algumas crianças nunca se separaram da família ou ainda, porque quase sempre, a família esconde da criança que esta permanecerá hospitalizada. Somente ao chegar à enfermaria do hospital é que a criança vai perceber que ficará sozinha, sem o menor amparo existencial para essa situação desoladora.

Para muitas crianças, por outro lado, o hospital representa um refúgio, um lugar onde se encontram protegidas, cuidadas e alimentadas, como no caso de muitas crianças indígenas da Guatemala, que provêm de regiões onde a violência está presente no dia a dia.

Para outras pode representar "um lar" que nunca conheceram e muitas vezes simulam os sintomas para evitar a sua alta hospitalar.

PRUGH, D.G. (1953), BLOM, G.E. (1958), RICHMOND, J.B. (1958), SCHAFFER, H.R. (1959), LANGFORD, W.S. (1961), KENNY, T.J. (1975), PRUGH, D.G., ECKHARDT, L.O. (1980), CHIATTONE, H.B. (1984).

A CRIANÇA E A DOENÇA CRÔNICA:

A doença crônica é um evento muito estressante na vida da criança e na de sua família. Os pais enfrentaram uma série interminável de altos e baixos (resultados laboratoriais anormais, complicações no tratamento, crises ameaçadoras à vida), convivendo com a incerteza (limitações no futuro da criança e a morte), realidades regularmente presentes. Cada membro da família reagirá de maneira diferente às crises: raiva, depressão, ansiedade, negação, afastamento.

Se a doença cria conflitos familiares a criança poderá sentir-se responsável pela união da família. O medo inconsciente de ser abandonado pode tornar-se uma realidade para a criança, já que algumas doenças crônicas poderão romper a unidade familiar, temporária ou definitivamente. H. ELLENBERGER (1961), pergunta se os modos de reação familiar não correspondem às vezes, a antecedentes culturais da família.

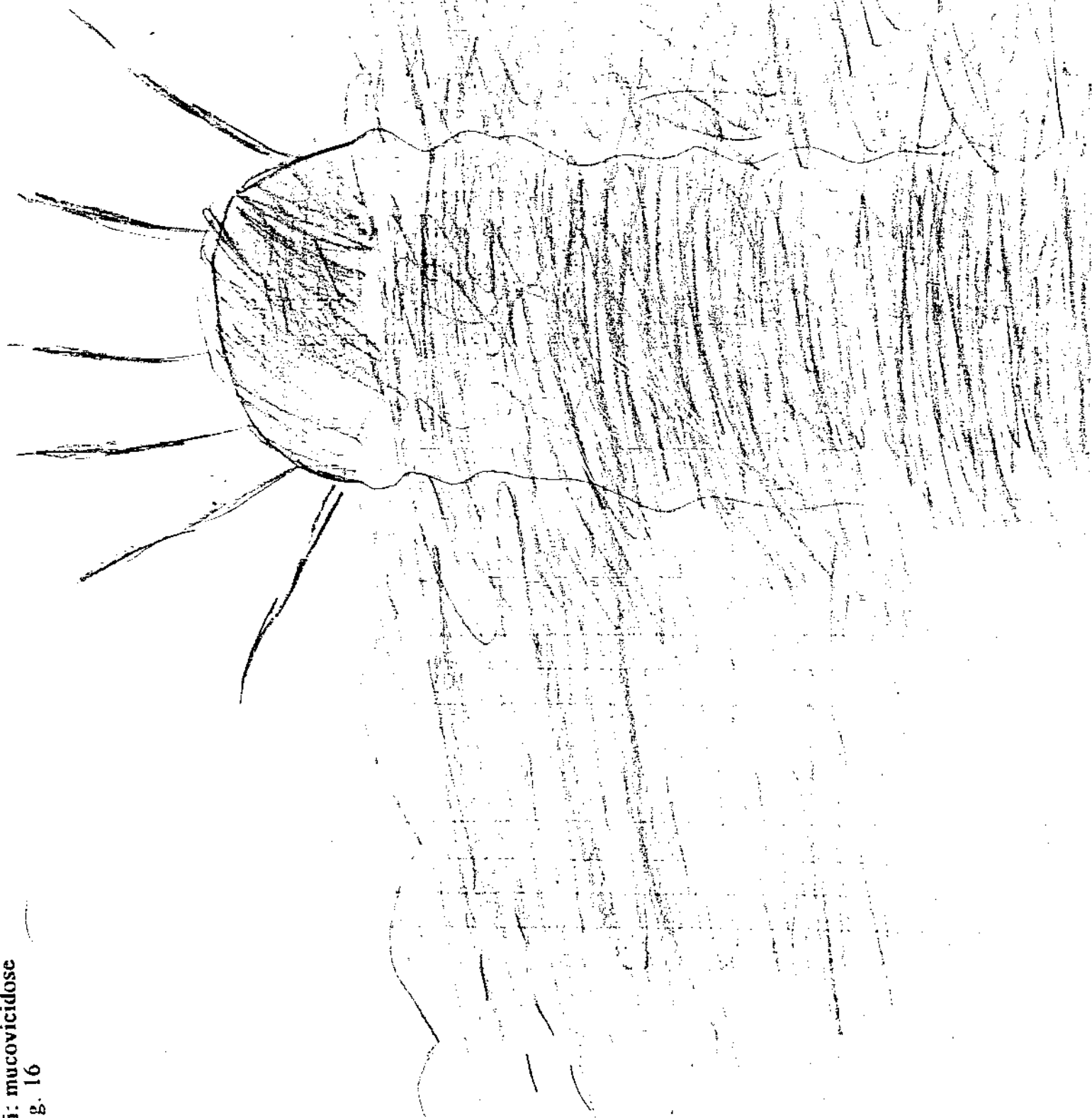
Na criança com doença crônica podemos encontrar alterações emocionais caracterizadas por: passividade, super-dependência, ansiedade, manipulação com o consequente ganho secundário assim como crianças super-independentes, com comportamento agressivo, na sua tentativa de negar a sua doença, podendo chegar a extremos que a coloquem em risco de vida. Estas alterações dependem das características básicas

da personalidade da criança e de sua inter-relação com o ambiente. (Figs. 11, 16)



G.A.S.P., 11â m.
mi: L.L.A.
Fig. 11

mi: mucovicirose
Fig. 16



A perspectiva de uma doença crônica, dolorosa, deformante, pode ser aterrorizante.

Altera-se o conceito da auto-imagem.

A seguir mencionaremos algumas doenças crônicas e as suas possíveis conseqüências no desenvolvimento emocional da criança, ilustrando-as com desenhos realizados por crianças portadoras destas doenças.

1. A CRIANÇA DIABÉTICA

Atualmente reconhece-se que um trauma emocional pode precipitar o aparecimento da diabetes.

O tipo de trauma não é específico, mas no levantamento histórico do paciente, geralmente encontramos o relato de um episódio de conflito emocional. Estas crianças não apresentam qualquer tipo particular de personalidade e não são anormais do ponto de vista psiquiátrico.

O problema emocional mais difícil de lidar nestas crianças se apresenta depois de realizado o diagnóstico. Como se manifestará, dependerá da própria criança, mas sobretudo, da reação da família ao diagnóstico.

Como em outras doenças crônicas, a reação inicial dos pais pode ser de ceticismo. Eles começarão a consultar vários médicos, na esperança de que o diagnóstico esteja errado. Só quando os pais aceitam o diagnóstico e a condição da criança, é que eles poderão servir de apoio à criança.

A criança ressentirá a idéia de ter uma doença que a faz ser diferente de seus colegas. Ela podera apresentar, entre outras reações:

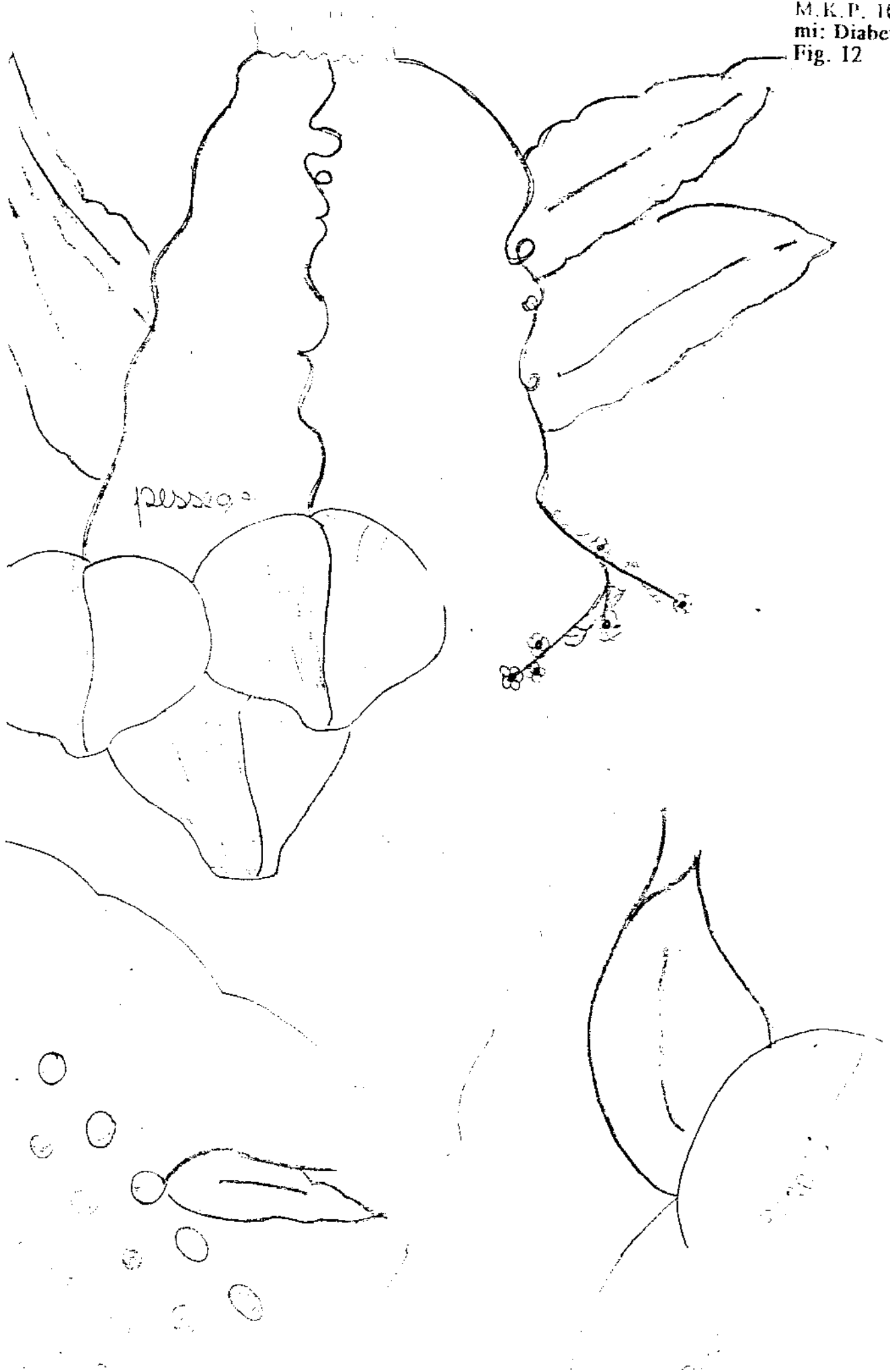
1. ficar deprimida, segundo G; BLEGER (1963) as tendências depressivas são freqüentes e a maior parte dos jovens diabéticos apresenta ansiedade, angústia e inquietação consciente diante do futuro e esta angústia pode gerar idéias de suicídio;
2. apresentar aspectos regressivos;
3. apresentar um comportamento abertamente rebelde. Esta rebeldia pode ser muito perigosa, já que a criança continuamente evitará aderir-se ao regime estabelecido para ela, quebrará a dieta, comendo doces às escondidas, como tentando provar a si mesma que não tem nenhum problema. (Figs. 12, 13)

Estas "fugidas ao regime" podem resultar em coma diabético e dano cerebral.

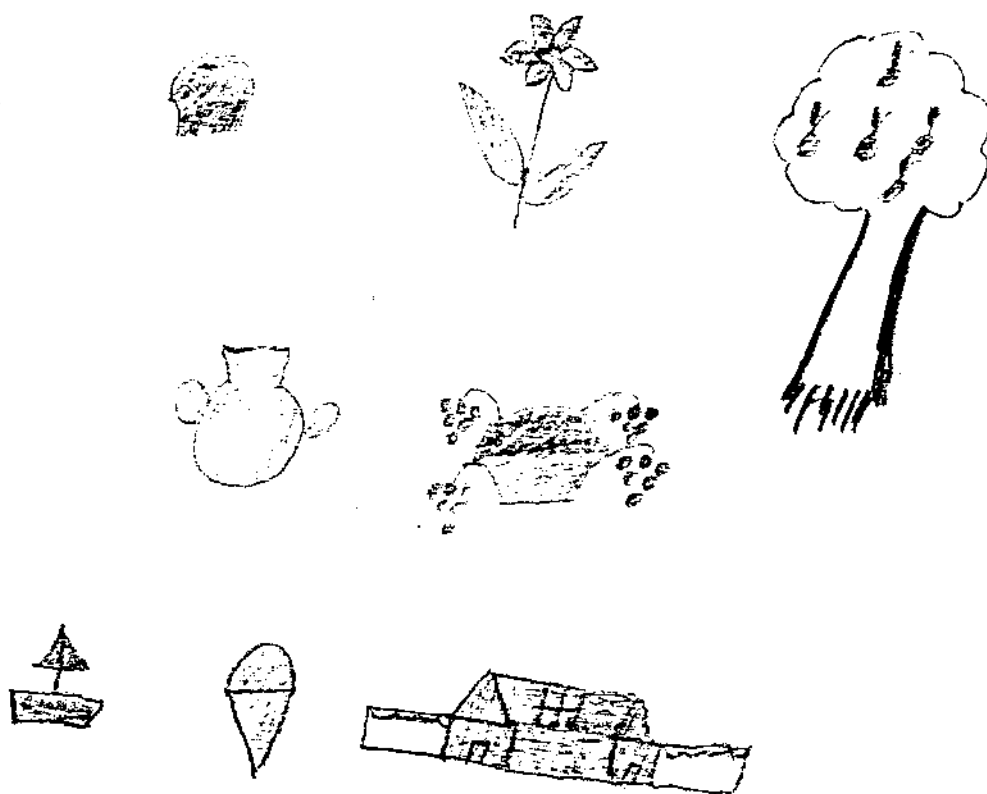
A criança precisa aceitar emocionalmente a diabetes, compreendendo as limitações que isso implica e o mais importante, sentir que os seus pais a amam e a aceitam.

Quando a diabetes aparecer na idade escolar, usualmente a criança já estará adaptada ao entrar na adolescência.

Quando surge na pré-adolescência, desencadeará um transtorno emocional sério, se lembrarmos que, nesta idade eles são muito sensíveis com tudo aquilo que acontece com os



T.A.M.G, 11â, 1m, f.
mi: Diabetes mellitus
Fig. 13



seus corpos e a ideia de estar "danificados" é difícil de aceitar. Nesta idade os hábitos alimentares, o vestir e o comportamento são importantes, sua "diferença" pode representar um problema.

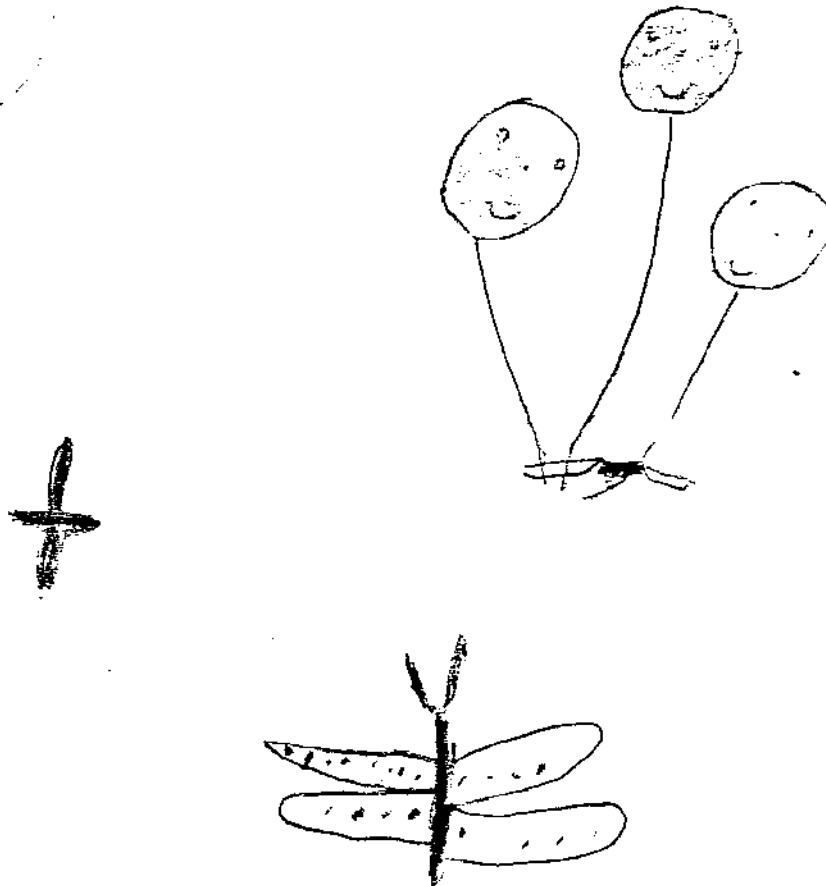
Crises emocionais, desunião familiar, podem fazer com que a doença seja difícil de se estabilizar. Como acontece em outras doenças crônicas, a criança diabética poderá usar a sua doença para "ganhar favores especiais" ou controlar emocionalmente a família.

2. A CRIANÇA ASMÁTICA:

A asma brônquica é uma doença polietiológica. Vários fatores (dentre os quais um elemento psicológico) devem coincidir para que a asma se declare: a infecção, a desregulação da broncomotricidade, um certo número de condições psicológicas particulares e, além disso, o contacto com um antígeno desencadeante. HAYNAL, A e PASINI, W. (1974) afirmam que se estas condições não estiverem reunidas, a doença não se manifesta.

Tentou-se detectar fatores intrapsíquicos na criança, fatores patogênicos no meio, particularmente nos pais, e, depois fatores interpessoais, nos quais a asma seria vista como resultante de uma interação particular entre criança e pais. Devemos assinalar que ela pode revestir um caráter diferente e revelar uma estrutura subjacente diferente, dependendo da idade da criança.

S.J.D.A., 8â, f
mi: crise asmática
Fig. 3



Frequentemente, a asma repete-se por três gerações: avó, mãe e filho.

MILLER e BARUCH (1948) concluíram que estas crianças tem mais dificuldade em expressar a raiva e a hostilidade. (Figs. 3)

Sabendo o papel desempenhado pela relação mãe-filho na etiologia e na manutenção da asma, temos que intervir neste nível, observando durante a visita da mãe, a reação da criança, o que nos permitirá apreender a forma dessa interação que, muitas vezes, nos ditara a atitude a ser tomada.

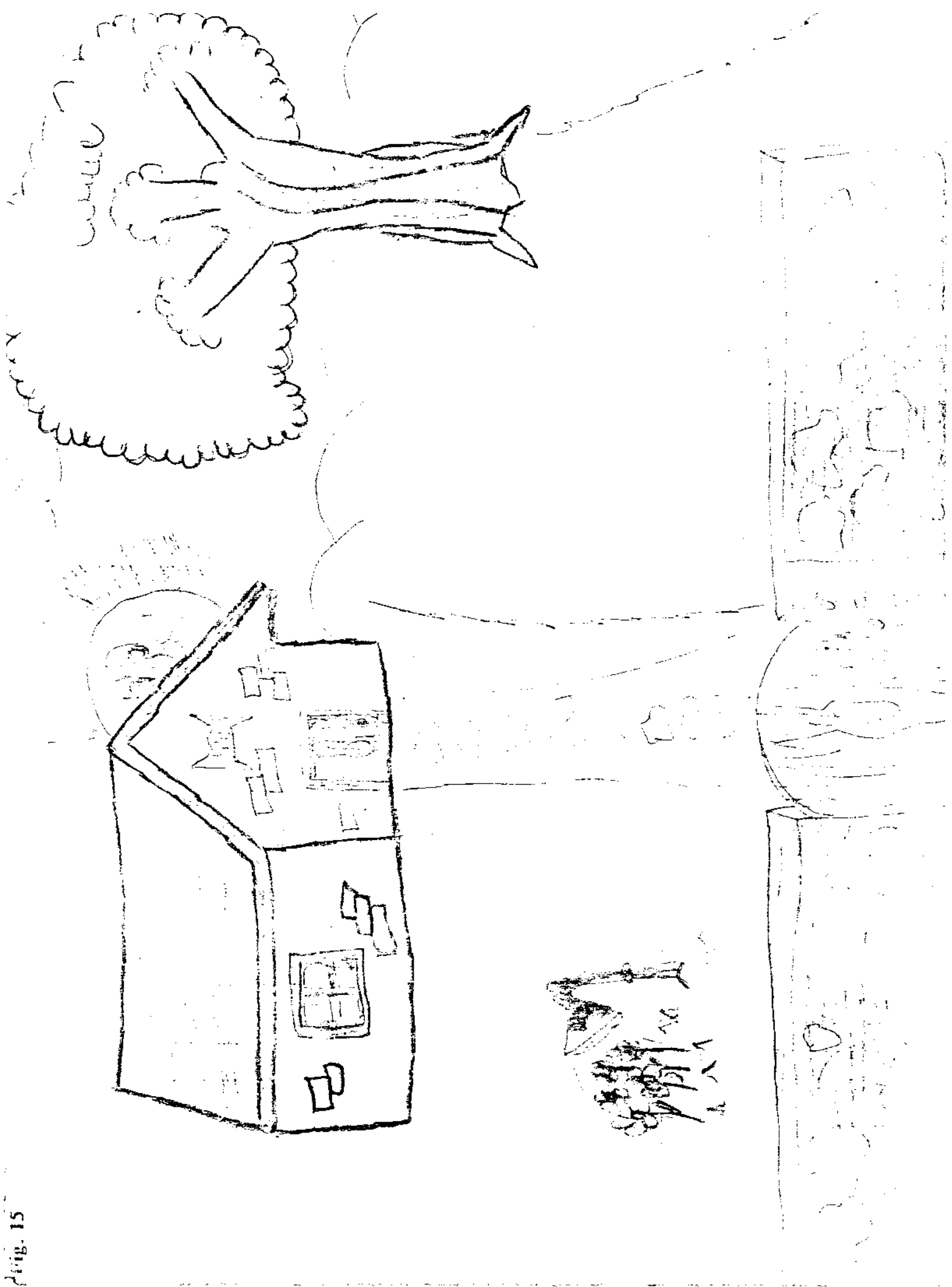
Na constelação familiar dos asmáticos nos chama a atenção a vitimização mútua do paciente e dos que o cercam: encontramos famílias vítimas do asmático e asmáticos vítimas de sua família.

3. A CRIANÇA E A DIÁLISE:

A criança em hemodiálise está exposta a um severo regime terapêutico, pois geralmente, deve ir a máquina, três vezes por semana, ficando "ligada" a ela, em um período aproximado de quatro horas, gerando desconforto tanto físico como psicológico. É caracterizada pela dependência total e real da máquina, juntamente com alterações em seu estado de saúde, com distúrbios somáticos, doenças secundárias e restrições das mais variadas. Ao entrar num programa de hemodiálise, a criança vislumbra a possibilidade de prolongar a vida, mas na mesma proporção sentirá um decréscimo na qualidade dessa vida, porque ela recebe o tratamento em centros especializados em hemodiálise, onde as emergências e as mortes são uma constante. A criança "ligada" à máquina, vê o seu sangue fluir continuamente para fora do seu corpo por um complicado sistema de tubos até a máquina e depois voltar, sabendo que uma simples desconexão de tubos durante o processo de filtração pode resultar em sua morte num curto período de tempo.

Crianças em hemodiálise experimentam muitas perdas: perdem suas atividades escolares, ficam longe dos seus amigos, perdem as funções físicas como o vigor, a resistência, o lazer. Elas perdem também, a sua independência e liberdade em função do tratamento e das intercorrências que muitas vezes as confinam acamadas em casa ou no hospital.

Fig. 15



Como na hemodiálise, doenças com tratamento a longo prazo que exigem múltipla medicação, a "Toilet pulmonar" na fibrose cística; a limitação da atividade física na doença cardíaca etc., força a criança a confrontar-se diariamente com sua doença o que diminui o seu senso de autonomia.

Uma doença crônica implica mudanças na maneira de brincar, no relacionamento com a família e amigos, nas atividades diárias e, potencialmente, em cada refeição.

O cuidado da criança com doença crônica vai depender do estágio do desenvolvimento em que ela se encontra. O suporte por parte dos pais é fundamental, pois são eles que proporcionam os cuidados primários de saúde no dia-a-dia. Geralmente os pais aceitam como parte de rotina a hospitalização da criança, como algo esperado e é aceito como fazendo parte da vida da criança.

O médico deverá assumir uma atitude tranquilizadora, essencial na relação terapêutica.

LURIGHT, R.C., SAND, P., LIVINGSTON, G. (1966), ABRAM, H.S. (1970), HALPER, I.S. (1971), DUBERNARD, C., OMENARD, D. et CLERE, J (1979), LEVY, N.B. (1979).

4. A CRIANÇA E A CIRURGIA.

"Você sabia disto?

Que dentro dos meus olhos você é um
rosto estranho
que às vezes me faz sofrer - e eu tenho
medo mas posso muito bem aprender que
você gosta de mim ...

E é isto que eu queria, não ter medo, me
alegrar ao ver seu rosto, e isto há de
tocar, como varinha mágica, nas fontes
de água da vida dentro de mim ...

... Quero isto. Que você aprenda não só
os segredos do meu corpo mas também os
segredos da minha alma.

Porque então, ao olhar para mim, você
beberá das minhas águas. E poderá
sorrir..."

RUBEM ALVES

"As palavras no fundo dos olhos"

Assim como a criança é o foco da atenção durante a cirurgia, assim deverá ser o foco de atenção para a sua preparação. O sucesso desta preparação dependerá não só do cirurgião, mas da atitude de cada membro da equipe hospitalar.

Os que trabalham no hospital não devem esquecer que a internação da criança é para ela, invariavelmente um evento ameaçador e temido. Deveríamos basear o sucesso cirúrgico não só por uma "ferida intacta" (sem complicações), mas também por deixar a criança e a sua família emocionalmente intactos.

Ao conhecer o processo psicológico, o médico colocar-se-á em uma melhor posição frente a criança. Para preparar o paciente pediátrico para a cirurgia é importante considerar a sua idade e o seu estágio de desenvolvimento. Se pela idade, a comunicação verbal não é possível, a primeira atitude a ser tomada será a não separação dos pais, porém a criança sempre se beneficiará com um tratamento caloroso e delicado pelo cirurgião.

Quando a criança já é capaz de compreender a comunicação verbal, a preparação iniciar-se-á com ela própria. Na dúvida é melhor acreditar que a criança entende mais do que se pensa.

Freqüentemente a relação entre o cirurgião e o paciente é muito breve, mas intensamente vivida pelo doente

e a sua família, que atribui grande importância as palavras, as atitudes e as expressões do cirurgião, mesmo quando as entrevistas se limitam a breves períodos de tempo.

O cirurgião precisa saber que, sendo ele quem mais angustia, e também o que pode melhor tranquilizar. Tal como o paciente o vê, ameaçador, mas onipotente e onisciente, ele tem um impacto psicoterápico comparável a sua habilidade técnica, rápida e eficaz, com a condição de que tenha tomado consciência disso e o utilize.

A criança durante a entrevista pode aparentar estar distraída, olhando tudo ao seu redor, enquanto o cirurgião explica o que vai acontecer. Esta aparente "falta de atenção" pode ser a resposta a escutar o que é difícil de aceitar, mas é à miude escutado.

Em crianças em idade escolar pode se iniciar uma explicação descendo ao nível de compreensão da criança, numa relação amistosa que beneficia tanto a criança como o cirurgião.

JACKSON, K., 1951; NALISH, R.W., 1969; DANILOWICA, D.A., 1971; AUERBACH, S.H., 1973; WOLFER, J.A., 1979; GURM-SECHERHAYNEA, 1985; OLIVA FILHO, A.L., 1985; KENNEDY, C.M., 1989.

O pré-adolescente e o adolescente poderão mostrar-se ansiosos e precisarão da oportunidade de "realizar" um papel mais ativo na sua preparação. A entrevista com os

pacientes nos mostra que é preferível se preparar para uma intervenção, após um encontro com o cirurgião, por mais breve que seja, do que enfrentá-lo ignorando o nome e o rosto daquele que vai operar e que é preferível submeter-se à anestesia após um último contacto com o seu cirurgião e o "seu" anestesista, a ter que dormir no meio de um grupo de pessoas estranhas.

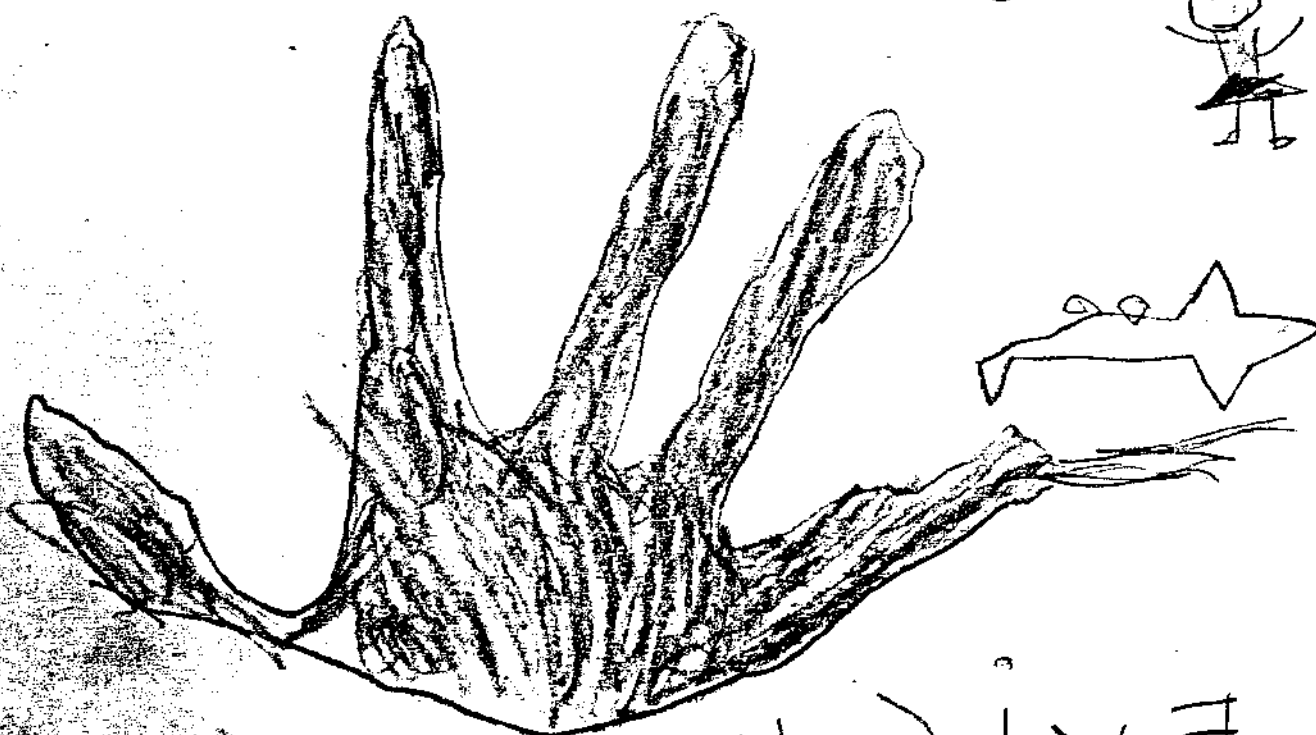
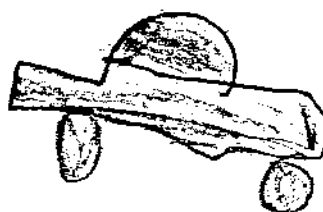
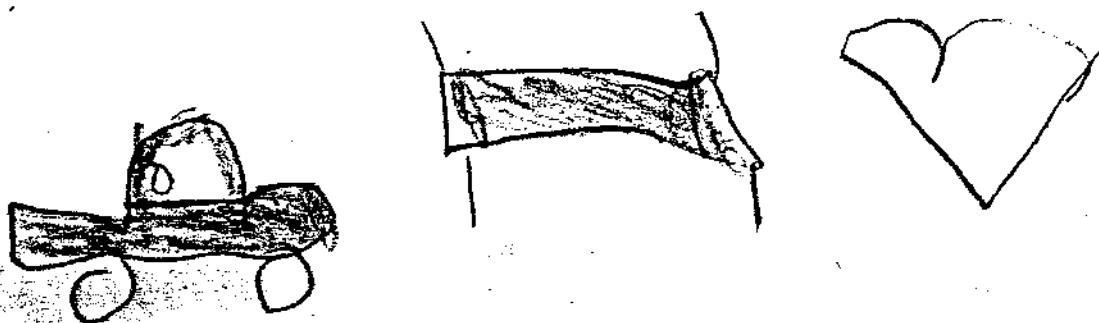
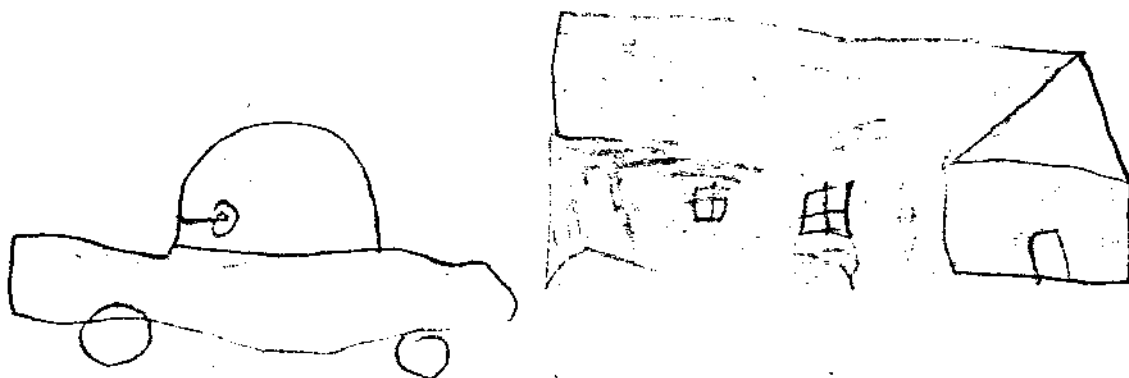
A diferença entre grande ou pequena cirurgia só existe para os que assistem o doente. Para o paciente, sua operação é sempre importante e toda cirurgia gera angústia.

Certas intervenções "benignas" como a amigdalectomia, podem levar a distúrbios emocionais variados: ansiedade, terrores noturnos, regressão do controle esfinteriano e retomada de hábitos motores (L. JESSNER e S. KAPLAN, K. JACKSON e COLAB. 1952).

Para MEYER (1980), uma cirurgia representa em geral uma ameaça à vida, e, mesmo quando a sobrevida não esteja em causa, pode acarretar uma mutilação, uma deformidade ou alteração das funções normais.

De forma muito imaginativa, BAUDRY ET AL (1962), sugerem que um serviço cirúrgico moderno desperta as mesmas inquietações na criança que uma câmara de terror instalada para provocar as mais intensas angústias, tais como:

- a. medo da morte, da mutilação e da dor;
- b. incerteza quanto ao futuro;



ENICK

- c. sensação de impotência e de isolamento;
- d. ansiedade provocada pelo ambiente estranho;
- e. presença de assistentes relativamente impessoais e insensíveis;
- f. violação da intimidade, intromissão constante no centro de sua própria existência: o seu corpo.

MEYER (1980), ressaltava o papel da submissão característica que implica a experiência cirúrgica e de onde se originam os diversos fantasmas ligados à passividade. Para FREUD, A. (1952) "a resposta da criança à cirurgia não dependeria da seriedade ou tipo da intervenção, mas sim do tipo e profundidade das fantasias estimuladas". Porém cada vez mais, cientistas concordam que, uma comunicação prévia com a criança tem uma influência grande e positiva, e prevê reações depressivas e outras sequelas adversas da cirurgia.

A anestesia pode provocar seus próprios problemas, como o medo da perda do controle, de aniquilação, de morte durante a cirurgia. Crianças pré-adolescentes e adolescentes poderão fantasiar sobre o que será feito durante a anestesia, nos seus diversos órgãos (fantasias de castração). (Fig. 7)

Crianças em diferentes níveis de desenvolvimento responderão de uma maneira diferente à sedação pré-operatória: na idade pré-escolar mais que sedadas, podem ser estimuladas por certos barbitúricos; a criança pequena

poderá interpretá-la como um castigo ou um ato hostil, podendo tornar-se agressiva, fantasiando a sua autodefesa.

A preparação da criança para uma cirurgia deve incluir detalhes sobre a rotina e os procedimentos pré e pós-operatórios e reassegurar a sua integridade física posterior, quando assim for.

BERNSTEIN (1969) assinala que, às vezes, as atitudes dos responsáveis pela criança dentro do hospital, podem não ser terapêuticas para ela, se estimulam o comportamento regressivo ou aprovam as crenças mágicas dela e dos pais, numa recuperação total e na ausência de qualquer seqüela.

A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA

A participação dos pais e outros membros da família na preparação da hospitalização e na internação em si é essencial para a criança. Considerando a criança como parte intrínseca de uma unidade familiar, devemos perguntar-nos como essa unidade funcionará durante a internação de um dos seus integrantes e quais são as suas necessidades de informação.

A assistência será então dirigida à unidade e não ao indivíduo. O papel dos pais no hospital é com freqüência fonte de conflito entre eles e o staff LIPSKY, D. (1985). Muitos são os que apresentam uma série de razões para a não

incorporação dos pais. Ao propor programas de internação conjunta, tem-se procurado rebater alegações de que os pais interferem na dieta da criança, são fonte de desordem, rebeldia e roubos nas enfermarias, questionam demais, aumentam o risco de infecção, tornam a relação com a criança mais difícil, são agressivos, entram em atrito com a equipe dificultando o trabalho.

LISBOA (1973); AYER, (1978); GRUNBERG ET ALLII (1981);
MACCARTHY, (1981) ANDRADE E SILVA ET ALLII, (1982).

HOHLE (1957), afirma que "a lógica em trazer os pais para dentro do hospital é autoevidente. Não há outra razão maior do que a própria evidência para justificar a necessidade da presença deles."

Com a presença dos pais os profissionais ficam mais livres para fazer um trabalho de boa qualidade, já que as mães ajudam a fornecer cuidados. Há também maiores trocas entre o hospital e a comunidade (FAGIN, 1962).

ROY (1968), afirma que "apenas o contato da criança com a mãe não basta, é preciso que a mãe possa responder as necessidades da criança". Entre os benefícios trazidos pela presença dos pais seja para a criança, a equipe e para si próprios, temos entre outros:

- evita a presença de reações emocionais causadas pela separação criança-família;
- faz a mediação entre equipe e criança;

- acelera a alta, uma vez que a convalescença é mais rápida;
- reduz a infecção cruzada, porque diminui o número de pessoas que manipulam a criança;
- diminui a incidência de problemas de pele porque os banhos e troca de roupa são mais frequentes;
- as crianças ficam mais calmas, choram menos e dormem melhor;
- fornece aos pais a possibilidade de continuar a exercer seu papel de cuidar do filho, o que ajuda no controle da ansiedade;
- os pais estão melhor informados sobre o que se passa com a criança e tem a oportunidade de aprender cuidados específicos;
- a equipe pode estar mais disponível para atender as crianças sem acompanhantes.

JAMES & WHEELER, (1969); ISSNER (1972); OSORIO ET ALLII (1978); SCHYFF (1979); NOLAN (1981); GRUNBERG ET ALLII (1981); MACcCARTHY (1981); ANDRADE E SILVA ET ALLII (1982); RYAN (1984); NASCIMENTO (1985); CLEARY ET ALLII (1986), RANNA (1987).

Em qualquer intento de se envolver mais intensamente, os pais no cuidado da sua criança internada deverão levar em conta:

- as realidades demográficas e econômicas, pois não podemos exigir visitas diárias de uma família que ganha um salário mínimo e mora longe da cidade;

- as famílias de pais que trabalham;
- os pais solteiros ou divorciados: a sua disponibilidade será diferente em cada caso.

temos que considerar também, o impacto nas outras crianças em casa e a disponibilidade de outros membros e amigos para ajudar.

I - OBJETIVOS

1. GERAL

Tentar proporcionar subsídios para a equipe multidisciplinar que lida com a criança doente para compreensão de algumas reações emocionais apresentadas pela criança durante a sua internação.

2. ESPECÍFICOS

2.1 - Realizada a revisão bibliográfica, determinar em dois contextos culturais as reações emocionais de criança hospitalizada, estabelecendo se existe diferença significativa entre estas e a literatura.

2.2 - Realçar a importância da inter-relação criança doente, família e equipe de saúde.

III - SUJEITOS DE ESTUDO:

Crianças internadas na enfermaria da Pediatria do Hospital Roosevelt, Guatemala, A.C. e do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, S.P., Brasil.

O grupo foi constituído por crianças compreendidas na faixa etária dos seis aos doze anos de idade (inclusive), distribuídos da seguinte maneira:

- 25 crianças do Hospital Roosevelt;
- 25 crianças do H.C., UNICAMP.

IV - METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS.

"Todas as coisas que podem cair sob o conhecimento dos homens se encadeiam e, desde que nos abstenhamos somente de aceitar por verdadeira alguma que não o seja, e respeitemos sempre a ordem necessária para deduzi-las umas das outras, nenhuma pode haver tão afastadas as quais não possamos por fim chegar, nem tão ocultas que não as possamos descobrir"

DESCARTES
Discours de la Méthode

MÉTODO.

O método utilizado na nossa pesquisa foi o Método Clínico. Segundo TRINCA, W., "Método Clínico" é:

a) a aplicação de uma série de recursos estabelecidos sobre bases teóricas e práticas que visam a objetivos diagnósticos e

b) a produção de conhecimentos científicos: anamnese, observação, aplicação de testes psicológicos, entrevista com o paciente, sendo esta última um instrumento fundamental do método".

PROCEDIMENTOS:

Foram realizadas 100 entrevistas:

- 50 com as crianças;
- 50 com os respectivos pais ou responsáveis.

A seleção no Hospital das Clínicas foi realizada ao acaso e no Hospital Roosevelt da Guatemala, tentou-se seleccionar o maior numero de crianças indígenas.

Foram seleccionadas crianças portadoras de qualquer patologia, sem comprometimento neurológico, para a avaliação das reacções emocionais, tendo presente o fato de que algumas delas podem surgir como efeito direto da doença.

O procedimento foi o seguinte:

1º entrevista semi-estruturada com a mãe e, quando possível, com o pai ou responsável pela criança, utilizando-se um questionário onde foram avaliados diversos aspectos em relação à doença da criança e ao ambiente (Anexo 1);

2º entrevista com a criança em duas etapas, num único contacto:

a) realização do desenho como instrumento de expressão de algumas reações emocionais da criança à internação;

b) Entrevista.

Realização do desenho.

- Material utilizado: folha de papel sulfite branca, lápis número 2, ponta feita a mão, caixa de lápis de cor, borracha macia à disposição

Maneira de realização

Foi solicitado à criança que a fizesse um desenho relacionado ao hospital. Se ela se negasse a fazê-lo era dada a liberdade para a escolha do tema. Depois de terminado o desenho, a criança era incentivada a contar a história do mesmo.

b. entrevista com a criança para avaliação de aspectos complementares ao estudo (Anexo 2).

O levantamento dos dados foi realizado nos anos de 1989, 1990, 1991 e primeiro semestre de 1992.

DESCRIÇÃO DA ÁREA DE TRABALHO

Pediatria - Hospital Roosevelt, Guatemala, A.C.

Localizada na ala esquerda do Hospital, ocupa um prédio de quatro andares, interligados ao hospital geral.

No primeiro andar encontramos:

- a emergência: onde são atendidos pacientes em estado de choque para hidratação oral e emergências propriamente ditas.
- a sala de observação: com doze leitos, onde permanecem os pacientes em hidratação endovenosa que não precisam de internação e observação de alguns casos, onde se determina a sua internação ou alta hospitalar;
- a UTI e cuidados intermediários, com um total de vinte leitos.

Segundo andar:

- a sala 2A: aqui são internadas crianças de um mês a três anos de idade, contando com 34 leitos;
- a sala 2B: para crianças de zero a um mês de idade, contando com 26 leitos, para estabelecer diagnóstico e tratamento correspondente.

Terceiro andar:

- a cirurgia, a ortopedia pediátrica e a sala de operações.

Quarto andar:

- as especialidades: enfermaria com 32 leitos para crianças a partir dos três anos de idade, para diagnóstico e tratamento;
- a ala de hematologia: com capacidade para doze pacientes, onde são internadas crianças de zero a doze anos de idade. Os pacientes são internados com o diagnóstico estabelecido, para realizar o tratamento.

Neste serviço, os familiares só vêm no horário de visitas, diariamente. (Justificativa da equipe médica é a prevenção de infecções);

- a sala das Damas Voluntárias: grupo de voluntários que colaboram com o Departamento de Pediatria, na atenção afetiva e bem-estar dos pacientes;
- "La Escuelita": seção anexa, contemplada pelo Ministério de Educação como sendo do pré-primário, mas se estende a crianças de todas as idades. Conta com uma supervisora do Ministério, do pré-primário.

Iniciou-se por intermédio das Damas Voluntárias, que perceberam a necessidade de uma professora. São elas que contribuem com o material didático.

A professora foi designada pelo Ministério há dez anos. É realizada uma avaliação inicial da criança, a fim de estabelecer o seu grau de conhecimento. As brincadeiras são educativas, para o desenvolvimento da psicomotricidade.

Funciona das 08:30 às 12:30 horas e cada andar (enfermaria) tem um horário determinado. Se a criança precisa de medicação neste horário, a enfermeira leva para ela, para que ela não deixe de participar. É oferecido um lanche constituído por "DANE" bolacha nutricional desenvolvida pelo INCAP (Instituto de Nutricion Centro America e Panamá), sempre levando em conta a dieta prescrita a cada criança).

Conta também com um programa de Higiene Bucal, a odontologista solicita o material à Colgate e é realizada a aplicação de flúor. A professora lhes ensina a maneira correta de escovar os dentes.

PEDIATRIA, HOSPITAL DAS CLÍNICAS UNICAMP, CAMPINAS, SP.

Localizada no quarto andar do prédio geral, ocupa meio andar e conta com os serviços seguintes:

- UTI: seis leitos, um dos quais é utilizado para isolamento quando necessário;
- enfermaria: conta com 48 leitos, sendo quatro para pacientes da cirurgia e quatro para pacientes que realizam diálise. São internadas crianças na faixa etária dos zero aos 18 anos de idade;
- serviço de laboratório: investigação pediátrica (com ênfase em gastro-pediatria);
- sala da Assistência Social: realiza o acompanhamento social das famílias através de entrevista e visitas domici-

liares. Visando detectar a situação sócio-econômico da família e sua influência no tratamento:

- sala de Terapia Ocupacional: que tem entre seus objetivos: manter e estimular os interesses normais e os contatos sociais: trabalhar com o espaço físico, responsabilidade, domínio e tarefa vital: encorajar jogos criativos e o uso da imaginação;
- refeitório.

INSTRUMENTO DO TRABALHO: O
DESENHO.

"Antes eu desenhava como Rafael,
mas precisei de toda uma existência
para aprender a desenhar como as
crianças."

PICASSO

O DESENHO

Na avaliação das crianças da nossa pesquisa utilizamos o desenho, porque achamos que é um meio de estabelecermos uma comunicação rápida, agradável e fácil com a criança, aproveitando assim ao máximo a primeira e crucial entrevista.

O desenho nos diz algo sobre a criança e a natureza da criança nos diz algo sobre o desenho, que nos comunica vida e sentimentos (alegria, infelicidade, hostilidade e medo), sendo um assunto pessoal e o reflexo da personalidade de quem o criou. O gesto gráfico pode ser um elemento básico de comunicação, um símbolo capaz de expressar com poucos traços uma situação interior, exteriorizada de um modo espontâneo e vital, sendo que o simbolismo desempenha um papel na fantasia e devemos tentar decifrá-lo a fim de compreender essa correspondência.

Ao desenhar, as crianças tendem a expressar, de forma inconsciente, uma visão de si mesmos tal como são ou como gostariam de ser. Elas desenharam aquilo que sentem a respeito do objeto em vez de somente o que veem. Ao desenhar ela representará aquilo que constitui o objeto de seu desejo ou de seu medo, significando que ela se converte em seu autor e, desta maneira, o domina e, na repetição de um tema e seus símbolos, ela poderá estar expressando um evento importante, traumático, impressivo em qualquer caso.

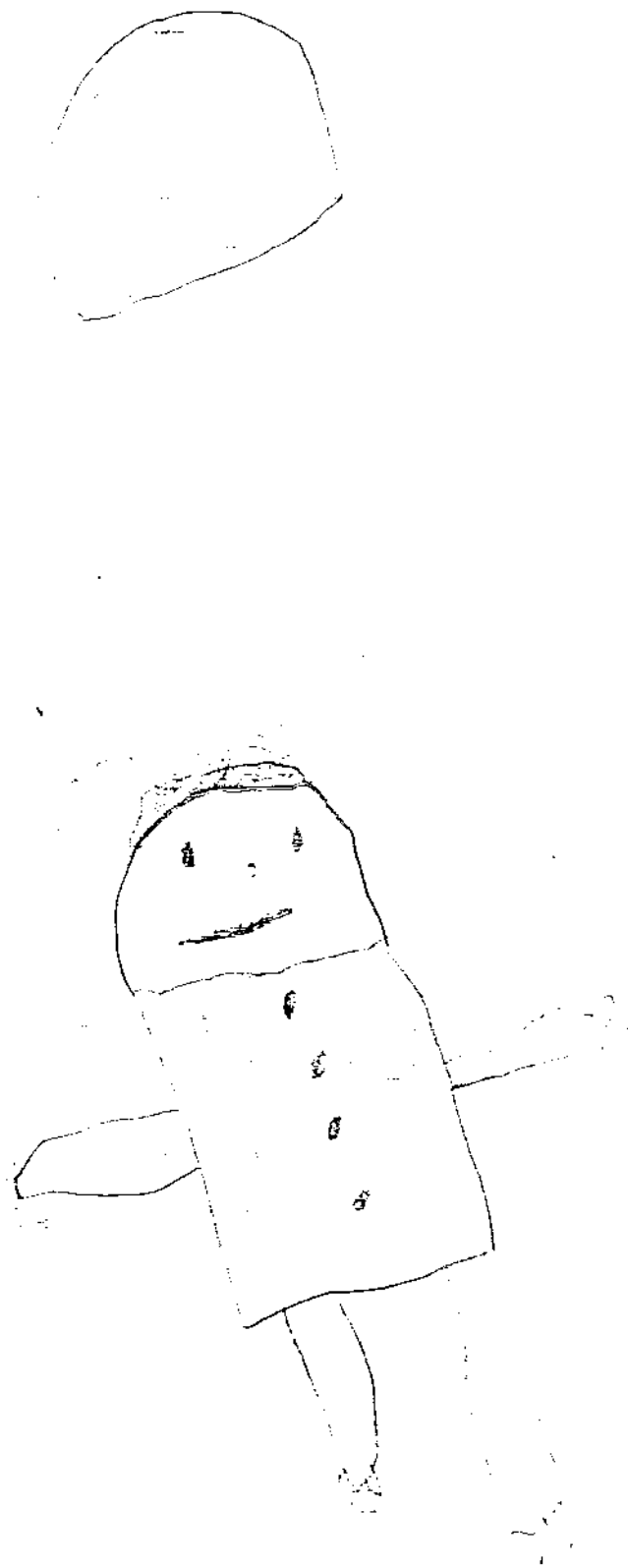
BENDER, 1952; KAGAN, 1966; BOUTONIER, 1968; REICHERT, 1968;
HAMMER, 1969; ABBELE, 1969; D.W. WINNICOTT, 1971.

Durante os anos pré-escolares, os desenhos espontâneos tendem a ser mais elaborados, pois além da figura humana, podem incluir outros itens importantes, como casas, árvores, sol e outros aspectos da natureza. Dos sete aos oito anos ocorre na criança uma mudança, passando a dar um enfoque mais realista, isto porque, ela passa de um comportamento egocêntrico para uma visão objetiva do mundo. LUQUET (1927). DI LEO (1980).

Quando a criança comenta um desenho, ela expressa uma atitude para com alguém do ambiente, para com a vida e a sociedade em geral, um pensamento ou um sentimento.

O desenho projeta aspectos físicos da auto-imagem. (Fig. 2). L. BENDER (1946) verificou que as crianças com um grave defeito no corpo, freqüentemente projetam este defeito no desenho de uma pessoa: por exemplo, uma criança que desde a tenra idade, tinha uma perna mais curta do que a outra, desenhara sempre a pessoa com uma perna mais curta. (Fig. 10)

Os desenhos refletem com muita sensibilidade, o "estresse situacional". MEYER, BROWN E LEVINE, (1985) verificaram que os desenhos de casos aguardando uma cirurgia mostravam muitas características regressivas, que se desenvolviam depois da cirurgia.



E.C.A., 6a, f.
mi: pós-cirurgia
Fig. 10



S.E.C., 11a, m.
mi: Hepatomegalia
Fig. 2

O DESENHO E A CULTURA

"Palavras estrangeiras não são estranhas para aqueles que as falam. Cada cultura tem uma visão distinta sobre o resto do mundo. Quando penetramos nesta maneira diferente de pensar, acrescentamos uma outra dimensão a nossas próprias personalidades. Nesta "ilha mundial" onde todos vivemos, é cada vez mais importante compreendermos as culturas dos nossos vizinhos e, com isso, seus modos de pensar".

"Cada cultura tem uma personalidade típica - um padrão específico de motivos, objetivos, ideais e valores - que é característica dessa cultura e é adquirida pelas crianças que crescem nessa cultura" *P. HASSEN (1978)*

As crianças de culturas diferentes apresentam grafismos igualmente ricos em seu conteúdo. A influência do meio cultural age no desenvolvimento e expressão do desenho.

Geralmente, os primeiros contactos da criança são afetivos e através destas relações ela aprenderá um conjunto de informações sociais, o que veiculará toda uma herança cultural. Durante vários anos o grupo será limitado a sua família.

O grau de sensibilidade da criança às influências externas varia de acordo com a idade considerada. Bem pequena, a criança poderá escapar destas, em grande parte, mas logo ela se encontrará integrada num universo que lhe fornecerá um conjunto de informações culturais.

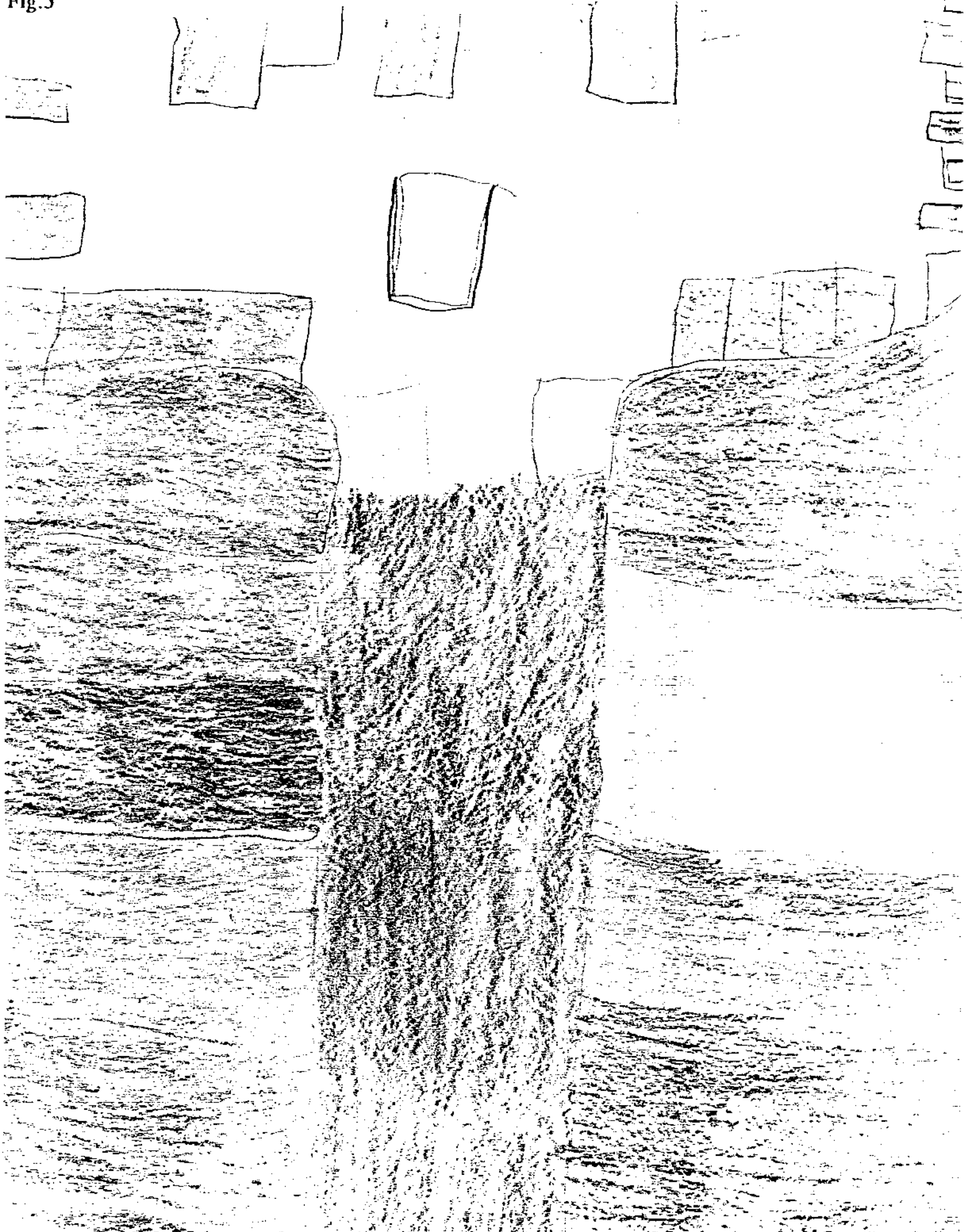
temos, por exemplo, os desenhos realizados pelas crianças indígenas da Guatemala, onde encontramos uma série de características que são próprias da sua cultura, como o uso de certos animais e cores; vejamos algumas delas:

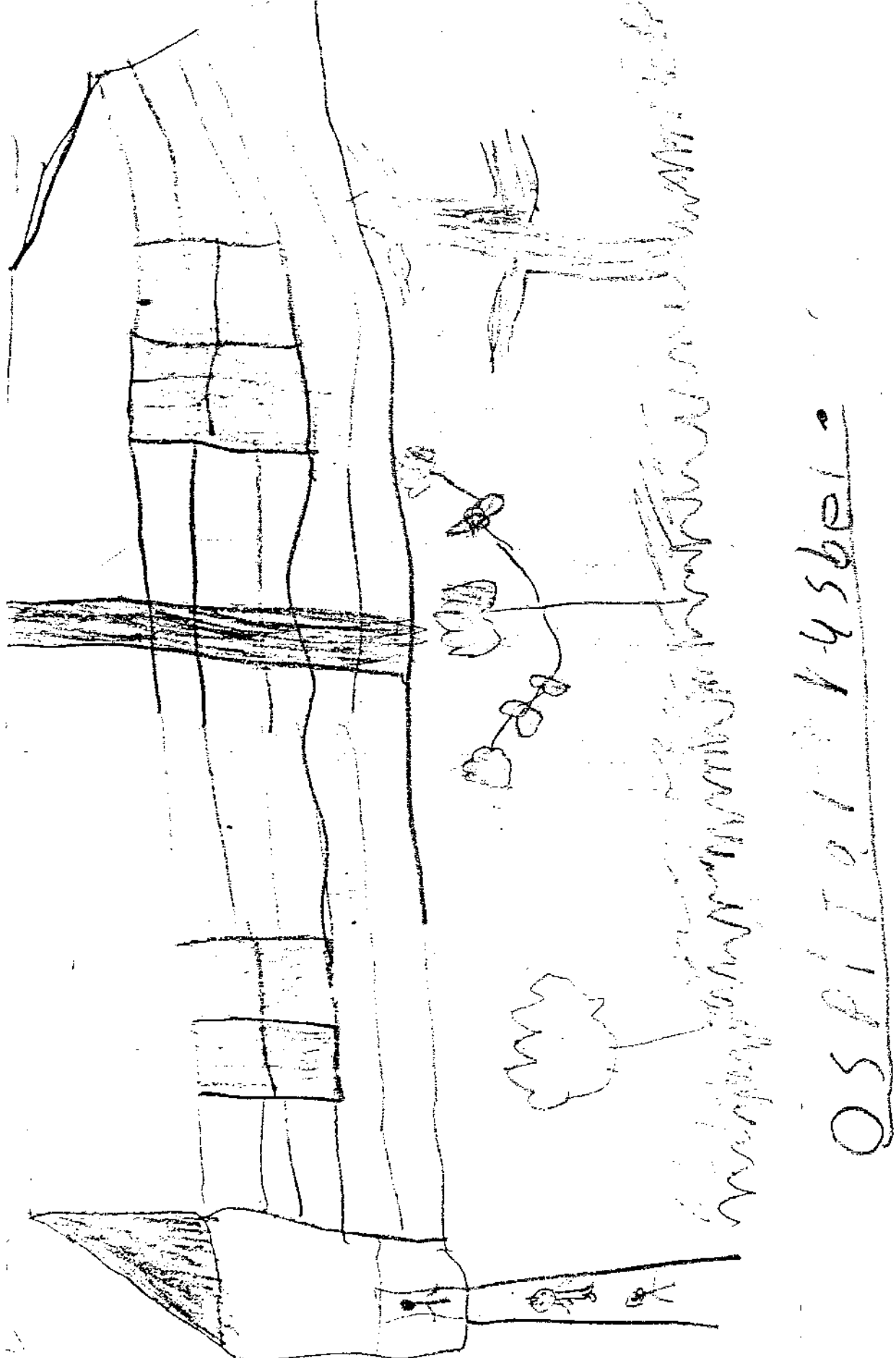
- o gato montanhês representa a imagem da noite;
- a mão representa o deus agrário, que evoca Huhnahpú, o herói que ensinou o cultivo do milho;
- o macaco e depois o cavalo simbolizam os mensageiros dos deuses;
- a ceiba representa a árvore da vida. Os maias acreditavam que esta árvore foi plantada sobre a terra cúbica e a consideravam como árvore dos quatro pontos cardiais;
- a águia bicéfala simboliza a dualidade eterna, entre as forças do bem e do mal, que é tão relevante em toda a Mitologia Maia;
- a lua é representada por uma figura humana com uma bilha na cabeça;
- o quetzal: a nossa ave nacional que simboliza liberdade, pois ela morre se for presa em gaiola. Tem o corpo verde e o peito vermelho e, segundo a lenda, quando Tecún Uman, o cacique Maia, lutou contra os espanhóis, estando ferido de morte, o quetzal (que era todo verde) encostou-se no seu peito ensanguentado para dar-lhe conforto e então o seu peito tingiu-se de vermelho. Lembrando-nos assim o

J.V.V. 10a.m
mi: pós-cirurgia
Fig.1



L.E.F.D., 10â, m
mi: doença renal
Fig.5





058170145610

J.M.V. 9ã, m
mi: doença hematológica
Fig. 6

sangue derramado pelos indígenas na sua luta pela liberdade contra os conquistadores espanhóis.

Os indígenas adotam novas ideias e, como seus antepassados os maias, os transformam em símbolos. (Fig. 1)

As cores vermelha, branca, amarela e verde são usadas freqüentemente, e são as cores sagradas da época das chuvas; a riqueza (milho), por exemplo, é simbolizada pelo verde e o amarelo. A cor vermelha simbolizava sangue e a morte e atualmente é utilizada não como um símbolo sangrento, mas como cor complementar do verde, que cobre esta terra semitropical. (Figs. 1, 5). O preto simboliza a guerra e as armas.

JELLIFFE D. (1962), HURTADO, J. (1964), HERKOVITS, M. (1974), NEUTE DE RUGG (1974), ADAMS, R. (1975), NEUENSWANDER, H. (1977).

Lembremos que, tanto as figuras no desenho como as cores utilizadas pela criança, podem ter significados universais e particulares de cada uma.

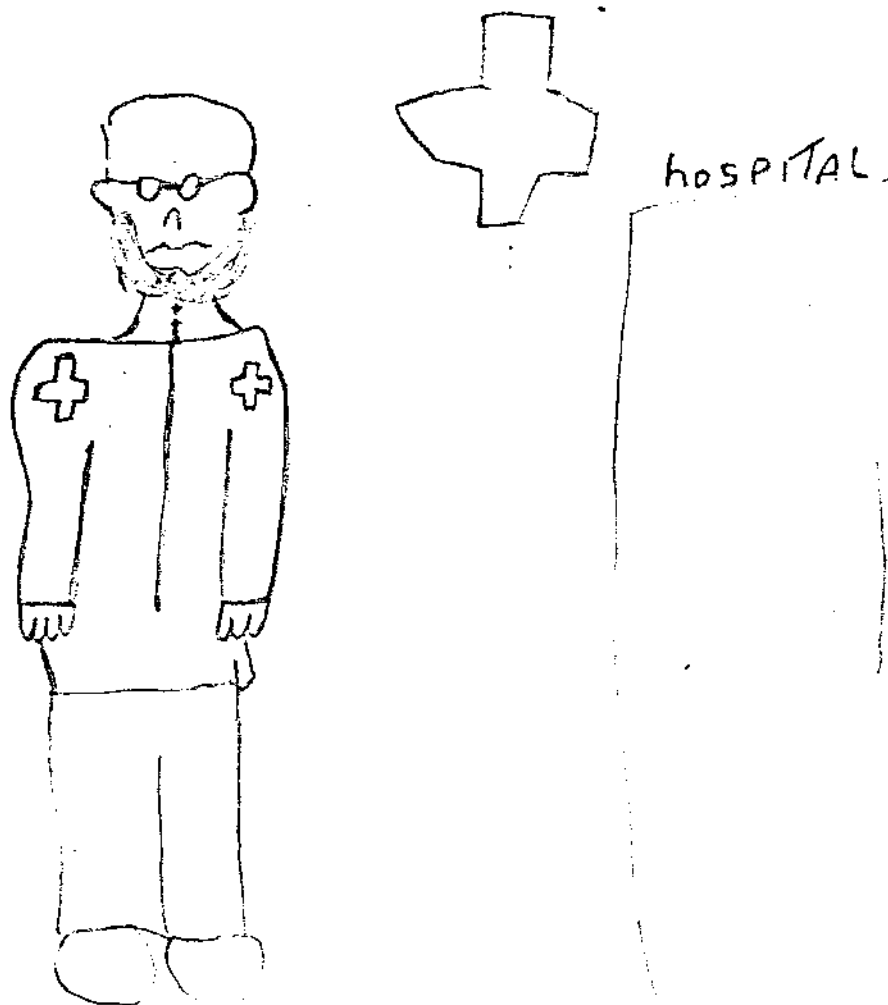
Antes de investigar como uma comunidade interpreta uma doença, é necessário conhecer, as ideias que tem sobre o corpo humano. Entre os maias, alguns tem um consenso sobre certas características anatômicas:

1. o estômago está localizado no ventre;

2. os pulmões estão situados a cada lado das costas, compreendendo desde os ombros até mais ou menos a metade da cintura;
3. os rins estão situados abaixo dos pulmões, também nas costas;
4. no coração existe um desacordo, alguns o colocam no estômago, outros no centro do peito, outros o colocam mais à esquerda;
5. o fígado usualmente se considera entre o estômago e o coração;
6. a bexiga está situada debaixo do estômago;
7. as veias das pernas estão unidas ao estômago, as dos braços ao coração. Alguns acham que todas as veias estão ligadas aos rins, já que são o centro de tudo. ADAMS, R. (1975).

Como a criança vê o médico no desenho? "Geralmente, é caracterizado por três elementos essenciais: roupas escuras, chapéu e maleta preta, isto é, o médico apresentará certos atributos de prestígio e autoridade (frequentemente com detalhes que indicam virilização do personagem) sendo a maleta um acessório algo misterioso e a ação dramática da visita médica, estando em função de um personagem que entra em cena". AJURRIAGUERRA (1990), (Fig. 17)

R.R.R., 12â, m.
mi: A.R.J.
Fig. 17



Quanto a avaliação do desenho em nossa pesquisa, levamos em consideração os seguintes aspectos:

1. verificamos se o tema do desenho correspondeu ao que propusemos, levando em conta a idade da criança e o seu ambiente cultural.
2. se ele expressa de alguma forma a situação vivida pela criança (doença, internação);
3. observação da atitude da criança durante a realização do desenho.
4. frequência na utilização das cores, traço, (forte ou suave);
5. utilização de símbolos (particular ou coletivo de folclore);
6. sentimentos expressados no relato da história do desenho e na entrevista.

KRECH e CRUTCHFIELD, 1963; HALL e LINZEY, 1969. LAPLANCHE E PONTALIS, 1971; W. TRINCA, 1976.

Na nossa avaliação, damos ênfase aos símbolos utilizados pela criança, relacionados especificamente a sua cultura e à sua doença.

Não nos esquecemos da advertência de MACHOVER (1949), de vermos o desenho de uma forma global tanto quanto analiticamente. "A avaliação das partes em sua inter-relação com o todo. Elementos parciais afetam o todo e, reciprocamente, conseguem sua medida de significância dentro

do contexto global. A última palavra reside no todo". DI LEO (1980).

Descrevemos a seguir cinco entrevista realizadas com as crianças e a verbalização e discussão dos desenhos. As falas foram transcritas da forma em que elas as colocaram

FIGURA 1.

J.V., 10ã, M. teve um acidente, tendo se ferido na perna direita, submetido à cirurgia:

- Por que você está aqui?
- *"Me passou um ônibus por cima da minha perna"*
- O que você sabe sobre a sua doença?
- *"Me passou um ônibus por cima da minha perna"*
- O que você gostaria de saber?
- *"nada... se vou me curar."*
- O que você pensou na cirurgia?
- *"que ia morrer. Não gostei do cheiro desse troço, oxigênio."*

HISTÓRIA: O gato está me olhando aos olhos. Os patos vão comer (eu quero fazer comida). O carro está indo a sua casa. Os rostos estão contentes.

DISCUSSÃO: O gato, figura principal do desenho, na cultura maia significa a noite; a fase dividida nos lembra a dualidade sempre presente nos desenhos maia; o uso da cor vermelha (sangue, morte), convive com o verde (simboliza vida). O gato tem "7 fôlegos", não morre da primeira, luta

contra morte; olhar vazio da figura sem cor*, poderia representar a perda da percepção durante a cirurgia; dramatiza a situação do seu acidente, o que é bom, porque trabalha com o que aconteceu. Fantasia de mutilação, angústia de morte são explicadas na fala e no desenho; sentimentos de dor na área afetiva; não manteve ódio do objeto, o perdeu, ligado ao sol da vida; está ligado no que acontece, esperança de ser escontelece.

FIGURA 2.

S.E.C., 112. paciente hospitalizado por hepatomegalia et. a esclarecer, ecterícia, ascitis.

- Por que você está aqui?
- *"Tinha muita dor de estômago, e como doia!"*
- O que você sabe sobre a sua doença?
- *"Agora já estou melhor"*
- O que você gostaria de saber?
- *"O que me aconteceu."*
- O que você acha do hospital do médico e da enfermeira?
- *"Hospital é bonito, grande não é frio. Os médicos me dão os medicamentos, sempre falam comigo e me perguntam como estou; as enfermeiras são boas e também me perguntam como estou."*

HISTÓRIA: É um pato. O seu nome é José, está sentado sentado conversando com uma pomba chamada Joel. Falam: por que voas? sim, por que deus me deu asas, estão alegres, estão no

pátio; a pomba está numa árvore pequena, no monte, vão ficar conversando.

DISCUSSÃO: a figura predominante do desenho, o pato, tem o nome do pai, com quem pode conversar sobre sua doença (projetada na figura do pato), uma maneira de mudar com suas mudanças corporais (a região abdominal), é a área perigosa que se repete no pássaro; ele se sente frágil como a pomba. A sua vida é frágil (a árvore é pequena, traços fracos, sem vida só uns galhos pequenos. Lembra uma ceiba em miniatura, "a árvore da vida) dos maias, esperança de cura?. Face e pés verdes, podem refletir o seu problema de icterícia. Traços depressivos.

FIGURA 11.

G.A.S.P.; 118 de idade, com dx. L.L.A., ingressa no serviço de hematologia do H.R. para tratamento.

- Por que você está aqui?
- *"Tenho poucos glóbulos branco."*
- o que você sabe sobre a sua doença?
- *"Sei que não devo de me machucar, só"*
- O que você gostaria de saber?
- *"Si se me vai 'quitar' (terminar), o tratamento daí muito."*

Do ambiente hospitalar coloca: o hospital está bom: Os médicos são bons; as enfermeiras, umas são boas outras más.

HISTÓRIA: É o home aranha, jogando uma esfera, porque ficou bravo. Ele é bom, faz coisas boas ajuda a polícia. A polícia deveria... não sei, a verdade não sei. Quase morre a senhora que estava na revista, lhe deram um tiro; não se viu donde lhe pegou.

DISCUSSÃO: A criança se sente perdida no espaço (hospital, sem base), foi-lhe tirado o que era bom. Agressividade, negação, ambivalência, defesa maníaca, depressão reativa.

FIGURA 12

M.K.F., 10a de idade, com diagnóstico de diabetes mellitus, ingressa no HC.

- Por que você está aqui?
- *"Eu nem sabia que estava com diabete, comecei a emagrecer, vomitar e ter febre como tontura; a minha mãe me trouxe."*
- O que você sabe sobre a sua doença?
- *"Sei que as minhas... como se chama?... não aceitam o açúcar... entendi mais ou menos"*
- O que você gostaria de saber?
- *"Se demora muito para acabar essa doença?"*

Do ambiente hospitalar coloca que: gosta do hospital porque tem colegas e dá para brincar; gosta do médico, é legal, traz coisas para a gente, conversa; das enfermeiras, gosta porque sim.

HISTÓRIA: ah! vou fazer desenho de criança. Enquanto desenha fala um pouco do seu dia-à-dia: de manhã ajuda na tarefas domésticas, à tarde ela estuda; o padrasto fica com a mãe. A mãe trabalha numa casa de saúde. Costa de sua escola e de brincar. Ah! tia, eu nunca vou namorar! a gente começa falar sobre namoro. Continua desenhando, diz: foi assim que eu aprendi, a uva esta madura; a maçã: tem umas que são assim.

É importante ressaltar que um mês antes do aparecimento dos sintomas, a paciente teve a sua menarca.

DISCUSSÃO: a criança não é espontânea ao realizar o desenho, é uma tarefa. Ela precisa ser notada. Desenha coisas que são proibidas ou limitadas na sua alimentação. Falta de união (vínculos), que florescer. Fragmentação.

FIGURA 3

S.J.D.A., 82, de idade ingressa no HR em crise asmática.

- Por que você está aqui?

- *"porque estou doente."*

- O que você sabe sobre a sua doença?

"Tenho asma, não sei o que é"

- O que você gostaria de saber?

- *"Não gostaria de saber de nada"*

Do ambiente hospitalar: o hospital é frio, bonito grande; gosta do médico e das enfermeiras, porque são carinhosas com ela.

HISTÓRIA: uns glóboes, estão voando, foram para o céu; uma borboleta (não me saiu muito bem), está "por as flores"; um mosquito está voando.

DISCUSSÃO: desenha objetos relacionados ao ar, do qual precisa para sobreviver. Fantasia de aniquilação e morte; sentimentos de ansiedade, e inferioridade; traços regresivos, negação e depressão reativa.

"QUE EU POSSA VER E FALAR DE
COISAS INVISÍVEIS AO OLHAR
HUMANO"

John Milton

V - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Nos quadros e figuras da nossa pesquisa utilizamos a notação seguinte:

Ni - frequências absolutas

Fi% - frequências percentuais

H.R. - Hospital Roosevelt, Guatemala, C.A.

H.C. - Hospital das Clínicas, Campinas - S.P.

a - anos

m - meses

Mi - motivo da internação

M - masculino

F - feminino

QUADRO Nº 1

DIAGNÓSTICO CLÍNICO DAS CRIANÇAS INTERNADAS NAS ENFERMARIAS DE PEDIATRIA.

Diagnóstico Clínico	H.R.		H.C.	
	Ni	fi%	Ni	fi%
TB Pulmonar	1	4	---	---
Doenças Hematológ	5	20	---	---
Cistocercosis	1	4	---	---
Proced. Cirúrgicos	4	16	2	8
Mal asmático	2	8	1	4
Eritema Nodoso	---	---	1	4
Ascaridiasis	---	---	1	4
Genitália ambígua	---	---	1	4
Doenças cardíacas	1	4	1	4
Mucoviscidose	---	---	2	8
Doenças Músc-Esqu.	---	---	1	4
Varizes Esofágicas	1	4	1	4
Queimadura	1	4	1	4
A.R.J.	2	8	1	4
Dermatitis atópica	---	---	2	8
Diabetes Mellitus	3	12	5	20
Doença Renal	3	12	4	16
L.C.Q.	---	---	1	4
Raquitismo D.P.C.	1	4	---	---
TOTAL	25	100	25	100

QUADRO Nº 2
FAIXA ETÁRIA DAS CRIANÇAS HOSPITALIZADAS.

HOSPITAL	H.R.		H.C.	
IDADE (ANOS)	Ni	fi%	Ni	fi%
6 - 7	9	36	6	24
8 - 10	11	44	11	44
11 - 12	5	20	8	32
TOTAL	25	100	25	100

QUADRO Nº 3
DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA EM RELAÇÃO AO SEXO.

HOSPITAL	H.R.		H.C.	
SEXO	Ni	fi%	Ni	fi%
Feminino	10	40	10	40
Masculino	15	60	15	60
TOTAL	25	100	25	100

QUADRO Nº 4
LOCAL DE PROCEDÊNCIA DAS CRIANÇAS.

HOSPITAL	H.R.		H.C.	
LOCAL	Ni	fi%	Ni	fi%
Capital	4	16	10	40
Interior	21	60	15	60
TOTAL	25	100	25	100

QUADRO Nº 5
RELAÇÃO DAS ENFERMIARIAS PESQUISADAS.

HOSPITAL	H.R.		H.C.	
ENFERMARIA	Ni	fi%	Ni	fi%
Especialidades*	21	84	19	76
Ortopedia	1	4	2	8
Dialisis	---	---	2	8
Cirurgia	3	12	2	8
TOTAL	25	100	25	100

*Especialidades: Endocrinologia, Pneumologia, Hematologia...

QUADRO Nº 6

TIPO DE INFORMAÇÃO SOBRE O DIAGNÓSTICO E PROCEDIMENTOS REALIZADOS.

HOSPITAL	H.R.		H.C.	
INFORMAÇÃO	Ni	fi%	Ni	fi%
Não	1	4	1	4
Vagamente	10	40	6	24
Tecnicamente	9	36	17	68
Afetivamente	5	20	1	4
TOTAL	25	100	25	100

QUADRO Nº 7

REAÇÃO DA FAMÍLIA A INTERNAÇÃO DA CRIANÇA.

REAÇÃO	HR						HC					
	PAI		MAE		IRMAO		PAI		MAE		IRMAO	
	ni	Fi%	ni	Fi%	ni	Fi%	ni	Fi%	ni	Fi%	ni	Fi%
DEPRESSÃO	1	4	16	64	6	24	5	20	10	40	1	4
DIST. APETITE	12	48	16	64	2	8	4	16	14	56	4	16
DIST. SONO	6	24	14	56	4	16	2	8	4	16	7	28
MUDANÇAS NO HUMOR	12	48	6	24	7	28	10	40	10	40	7	28
AMBIVALENCIA	2	8	15	60	--	--	1	4	3	12	--	--
DISTÚRBIOS PSICOSSOM.	3	12	2	8	--	--	2	8	2	8	--	--

QUADRO Nº 8

REAÇÃO DA CRIANÇA À INTERNAÇÃO NAS DISTINTAS
FAIXAS ETÁRIAS

REAÇÃO	(1) IDADE				6 - 7				8 - 10				11 - 12			
	HR		HC		HR		HC		HR		HC		HR		HC	
	ni	Fi%	ni	Fi%	ni	Fi%	ni	Fi%	ni	Fi%	ni	Fi%	ni	Fi%	ni	Fi%
APATIA	6	24	3	12	5	20	5	20	4	16	2	8				
ALTERAÇÃO DO APETITE	2	8	3	12	4	16	3	12	2	8	2	8				
ALTERAÇÃO DO HUMOR	3	12	2	8	6	24	4	16	3	12	3	12				
DIMINUIÇÃO DA SOCIABI- LIDADE	7	28	8	32	5	20	6	24	4	16	2	8				
ALTERAÇÃO DO SONO	3	12	3	12	2	8	3	12	1	4	2	8				
HIPERATIVI- DADE	3	12	3	12	7	28	5	20	4	16	3	12				
NENHUMA	--	--	--	--	2	8	1	4	1	4	--	--				
NÃO SABE	1	4	--	--	1	4	--	--	--	--	--	--				

(1) UMA MESMA CRIANÇA PODE APRESENTAR MAIS DE UMA.

QUADRO Nº 9

REAÇÃO DA CRIANÇA A INTERNAÇÃO, UTILIZANDO O
DESENHO COMO MEIO DE EXPRESSÃO

(1) IDADE	6 - 7				8 - 10				11 - 12			
	HR		HC		HR		HC		HR		HC	
	ni	Fi%	ni	Fi%	ni	Fi%	ni	Fi%	ni	Fi%	ni	Fi%
REAÇÃO												
ATITUDE ADEQUADA	6	67	4	67	9	82	8	73	4	80	6	75
ATITUDE INADEQUADA	3	33	2	33	2	18	3	27	1	20	2	25
REGRESSÃO	6	67	4	67	10	91	9	82	4	80	7	87
NEGAÇÃO	6	67	4	67	9	82	10	91	4	80	7	87
DEPRESSÃO	8	89	5	83	9	82	8	73	4	80	7	87
ANSIEDADE	7	78	5	83	10	91	10	91	4	80	7	87
MÁ INTERPRETAÇÃO	7	78	5	83	6	55	7	64	3	60	4	50
SIMBOLISMOS	8	89	5	83	10	91	9	82	4	80	6	75

QUADRO Nº 10

TEMA DO DESENHO REALIZADO PELA CRIANÇA.

TEMA	6 - 7				8 - 10				11 - 12			
	HR		HC		HR		HC		HR		HC	
	ni	Fi%	ni	Fi%	ni	Fi%	ni	Fi%	ni	Fi%	ni	Fi%
LIGADO AO AMB. HOSP.	--	--	--	--	5	20	3	12	3	12	2	8
RELAC. AO SEU AMBIEN.	9	36	6	24	6	24	8	32	2	8	6	24
TOTAL	9	36	6	24	11	44	11	44	5	20	8	32

QUADRO Nº 11

FATORES AVALIADOS NO DESENHO.

IDADE	6 - 7				8 - 10				11 - 12			
	H.R.		H.C.		H.R.		H.C.		H.R.		H.C.	
	Ni	fi%	Ni	fi	Ni	fi	Ni	fi	Ni	fi%	Ni	fi%
EXPRESSIVO	9	36	6	24	11	44	11	44	5	20	8	32
PROJETIVO	9	36	6	24	11	44	11	44	5	20	8	32

VI - ANÁLISE DOS RESULTADOS

Nos nossos dados, encontramos que:

- Crianças entre seis e sete anos de idade apresentaram sintomas de depressão caracterizados por:
 - apatia 12-24%;
 - alteração do apetite 8-12%;
 - alteração do sono 12%, e
 - hiperatividade 12%.

O que vem de encontro com o descrito na literatura, enfatizando as características da depressão nesta faixa etária assinaladas por *DAN GREGORY (1983)*.

- 36% das crianças do HC e 48% das crianças do HR apresentaram alteração do humor. Percentagem similar ao descrito por *KASHANI et al (1981)*, que num estudo sobre a depressão na criança hospitalizada encontrou que 38% das crianças apresentou mudanças no humor.
- 64% das crianças apresentou diminuição da sociabilidade, sendo que na faixa etária dos 11-12 anos de idade, 16% das crianças guatemaltecas e 8% das brasileiras apresentaram esta alteração. A diferença nos dois hospitais é devido à mudança radical que apresenta o ambiente hospitalar para crianças indígenas e também porque elas apresentam um comportamento muito tímido fora da sua comunidade (mesmo adultos, os indígenas não respondem a qualquer um, primeiro tem que ganhar a sua confiança).

- A criança precisa de informação sobre a sua doença e sobre o que será feito. Através da fala, ela expressa a sua angústia e o seu medo. Por exemplo, ao serem questionadas sobre o que gostariam de saber sobre a sua doença, encontramos que:

4% gostaria de saber se "VOU FICAR IGUAL?"

Estão aqui expressando o seu medo à castração, à sua integridade física. E esta pergunta tem que ser respondida com veracidade, não fomentando na criança falsas expectativas, pois ela assim passará a desconfiar de afirmações posteriores.

Consideramos muito significativo que entre 80-88% das crianças gostariam de saber:

"QUE LÍNGUA ELES FALAM?"

Ou seja, a comunicação com o médico e a equipe é quase inexistente.

Há um discurso que circula entre equipe de saúde que dificilmente incorpora a criança como interlocutor. Esse discurso é eminentemente técnico, enquanto a criança precisa também de um referencial afetivo.

Ela, que é a mais interessada em saber o que acontece, não compreende o que é dito, ou escuta nas visitas médicas sem entender o que se passa, aumentando as suas fantasias de impotência, aniquilação e morte, gerando ansiedade e medo.

Dentro desta mesma linha 48-60% queriam que "ME FALEM SOBRE A MINHA DOENÇA" e "SABER SE DEMORA MUITO PARA ACABAR?" 60-68% queriam sabese "SE VAI DOER?"

Muitos vezes, ao ser internada, a criança passa a sentir dores ou tem intensificado seu sofrimento físico através dos exames realizados e das condutas que embora necessárias são agressivas. Os primeiros dias no hospital, em geral, são marcados pela realização de exames para se determinar um diagnóstico, justamente no momento mais difícil para a criança: insegura, temerosa, desfamiliarizada com as diferentes situações. CHIATTONI, H (1987). Temos também aquelas crianças que chegam ao hospital sem nada sentir concretamente - portanto não se sentem doentes - e que passam, a vivenciar diretamente situações agressivas (imobilizar para coleta de exame...).

Ao perguntar se "É PERIGOSO," e se "VOU SARAR?", observamos diferença significativa nas crianças do HR (68% e 80% respectivamente) em relação as crianças do HC (20-44%). O que fez com que um maior número de crianças guatemaltecas se expressassem desta forma?

Poderíamos supor que:

- a. no Hospital Roosevelt da Guatemala, o psiquiatra usa avental branco e crachá para identificar-se como médico, aos pais e a criança. Isto longe de afastá-lo da criança, faz com que ela o identifique como alguém da

equipe que a escuta, com quem pode conversar sobre seus medos e fantasias relacionados à sua doença.

No HC, a orientação para os psiquiatras é não usar roupa branca, pois isto pode infundir medo ou temor na criança.

b. O fato da autora falar espanhol, poderia ter facilitado a comunicação com as crianças guatemaltecas e dificultado com as crianças brasileiras.

- Ao analisar o desenho, encontramos que os itens mais frequentes apresentados pelas crianças na faixa etária de cinco aos sete anos foram:-

83-88% aspectos depressivos (avaliados através do uso das cores: variação, intensidade, frequência de uso, disposição, traço...);

78-83% ansiedade, má interpretação da doença como culpa e castigo;

67% negação da realidade e apresentação de aspectos regressivos;

67% apresentou uma atitude positiva à internação. Nestes casos as crianças estavam acompanhadas pelas mães;

33% das crianças apresentou uma atitude inadequada a mesma.

Como visto anteriormente na revisão da literatura, o medo da mutilação do corpo e o sentimento de culpa, interpretando a doença como um castigo é muito grande nestas crianças.

- A reação mais frequente em crianças entre oito e dez anos, expressadas nos desenhos foram:

91% traços de ansiedade;

82-91% traços regressivos, negação;

73-82% traços depressivos;

73-82% apresentaram uma atitude adequada em relação à internação;

18-27% apresentaram uma atitude inadequada, geralmente crianças submetidas a procedimentos cirúrgicos ou crianças cuja visita dos pais não era frequente.

Estes dados são similares ao exposto anteriormente por outros autores, que colocam que geralmente as reações à hospitalização por estas crianças estão ligadas às mudanças corporais que acontecem nesta faixa etária e ao medo do que poderá acontecer a certos órgãos. Fantasias de castração, aniquilação e morte são frequentes nesta idade (fig. 18).

- Crianças entre onze e doze anos de idade já compreendem melhor a hospitalização:

75-80% apresentaram uma atitude adequada a mesma;

20-25% dos casos apresentaram uma atitude inadequada e encontramos neste grupo crianças com doenças crônicas.

Na literatura encontramos que estas crianças apresentam regressão e ansiedade sobre o funcionamento de certos órgãos, principalmente ligados à área da sexualidade; o fato de ficar longe do seu ambiente os torna depressivos.

- Na nossa avaliação dos desenhos, encontramos que:

80-87% das crianças apresentaram traços regressivos, depressivos com negação da doença e ansiedade pelo que poderia acontecer (Figs. 2,11);

- 75-91% das crianças utilizavam simbolismos para expressar o que estavam vivenciando. Estes simbolismos foram, não só culturais (figs. 1,2), como também se utilizaram heróis dos desenhos animados lutando contra doença (fig. 11).

Desenhos com coisas proibidas (figs. 12, 13), foram frequentemente observados em crianças diabéticas, assim como globos, borboletas (fig. 3), objetos ligados ao ar nas crianças asmáticas e a projeção do órgão doente no desenho (figs. 2,18), foi observado em várias crianças. ABERASTURY (1971) coloca que crianças que "foram submetidas à cirurgia desenhavam rostos sem olhos, nariz boca e orelhas, mostrando assim o desaparecimento da percepção durante a anestesia" (Fig. 1).



L.L.L., 83, f.
mi: TB pulmonar, ascitis.
Fig. 18.

A violência e crueldade dos acontecimentos vividos pela criança é refletida no desenho, sobressaindo o trágico (fig. 14).

- Na escolha do tema do desenho 12-20% das crianças na faixa etária dos oito aos dez anos e 8-12% compreendidas entre 11-12 anos realizaram o desenho relacionado ao ambiente hospitalar. Interessante notar que como citado por CHIATTONI, H. (1987) é muito comum as crianças desenharem o Hospital na cor preta, enorme, com pacientes minúsculos, desproporcionados, refletindo a postura de medo perante o desconhecido e principalmente demonstrando graficamente a situação de impotência perante a instituição (figs. 4,5,6,8,9). Algumas crianças colocam flores coloridas e árvores, quem sabe na tentativa de dar ao hospital impessoal, um toque mais "familiar" (fig. 4).

Assim, através do desenho as crianças externaram os seus sentimentos de culpa, agressividade, saudades da família, fantasias e medos.

- Encontramos que os processos adaptativo, expressivo e projetivo estiveram presentes em todos os desenhos analisados. (figs. 1,2, 19, 5, 10. como exemplo).

O desenho é uma atividade muito rica que ajuda a criança ansiosa, intranquila e cheia de fantasias, pois ela tem a oportunidade de trabalhar as diferentes situações que vivencia.

- Como sabemos, cada membro da família lida de uma maneira diferente com a internação da criança. No nosso estudo encontramos que as reações mais frequentes foram:

- nos pais:

20-24% depressão caracterizada por:

16-28% distúrbios do apetite;

16-24% distúrbios do sono, e

40-48% mudanças no humor.

- nos irmãos:

16-24% depressão caracterizada por:

16-24% distúrbio do apetite e do sono;

28% mudanças no humor.

Como consequência, as crianças apresentavam problemas na escola, inadaptados e comportamento regressivo.

- nas mães:

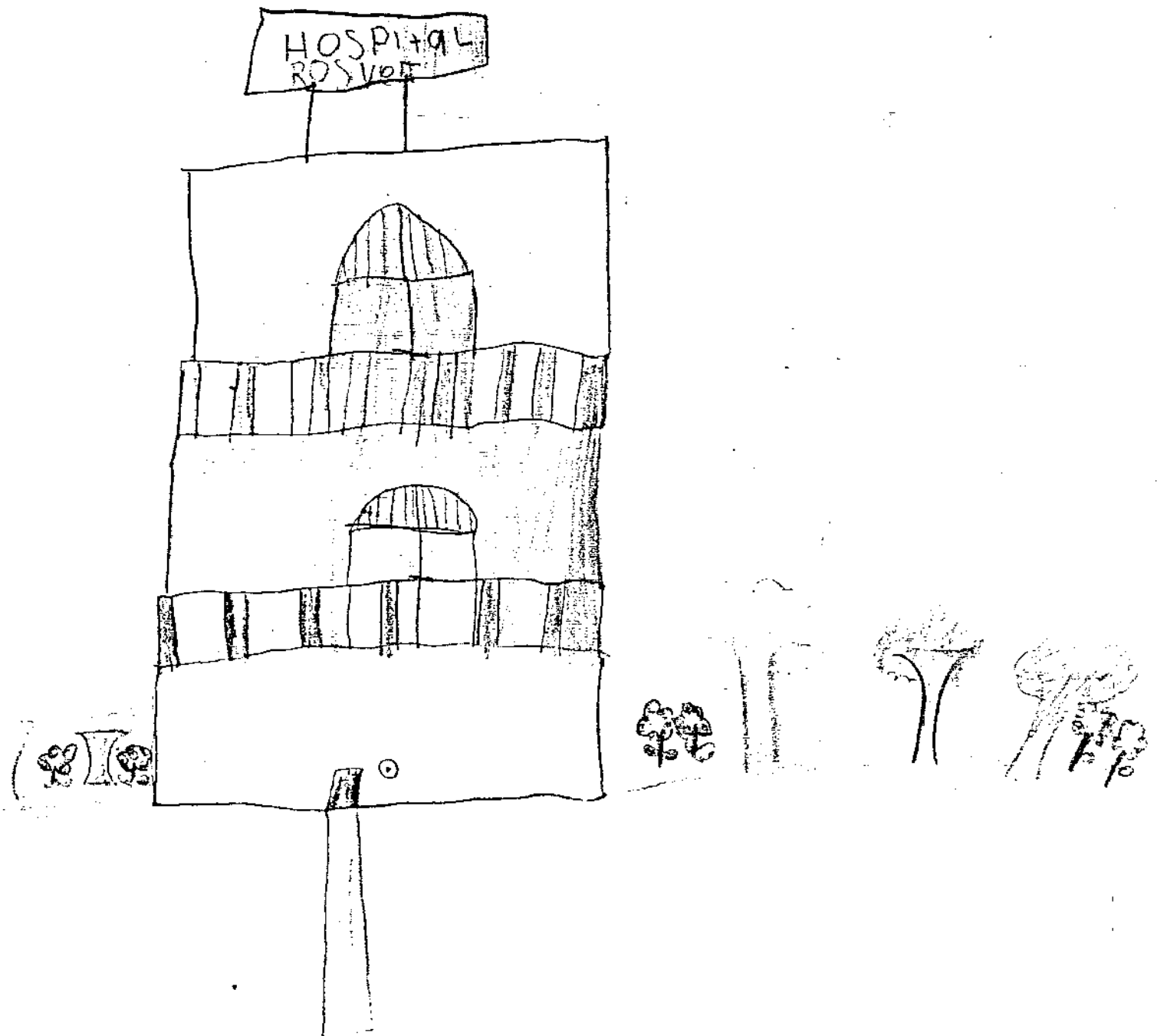
40-64% depressão caracterizada por:

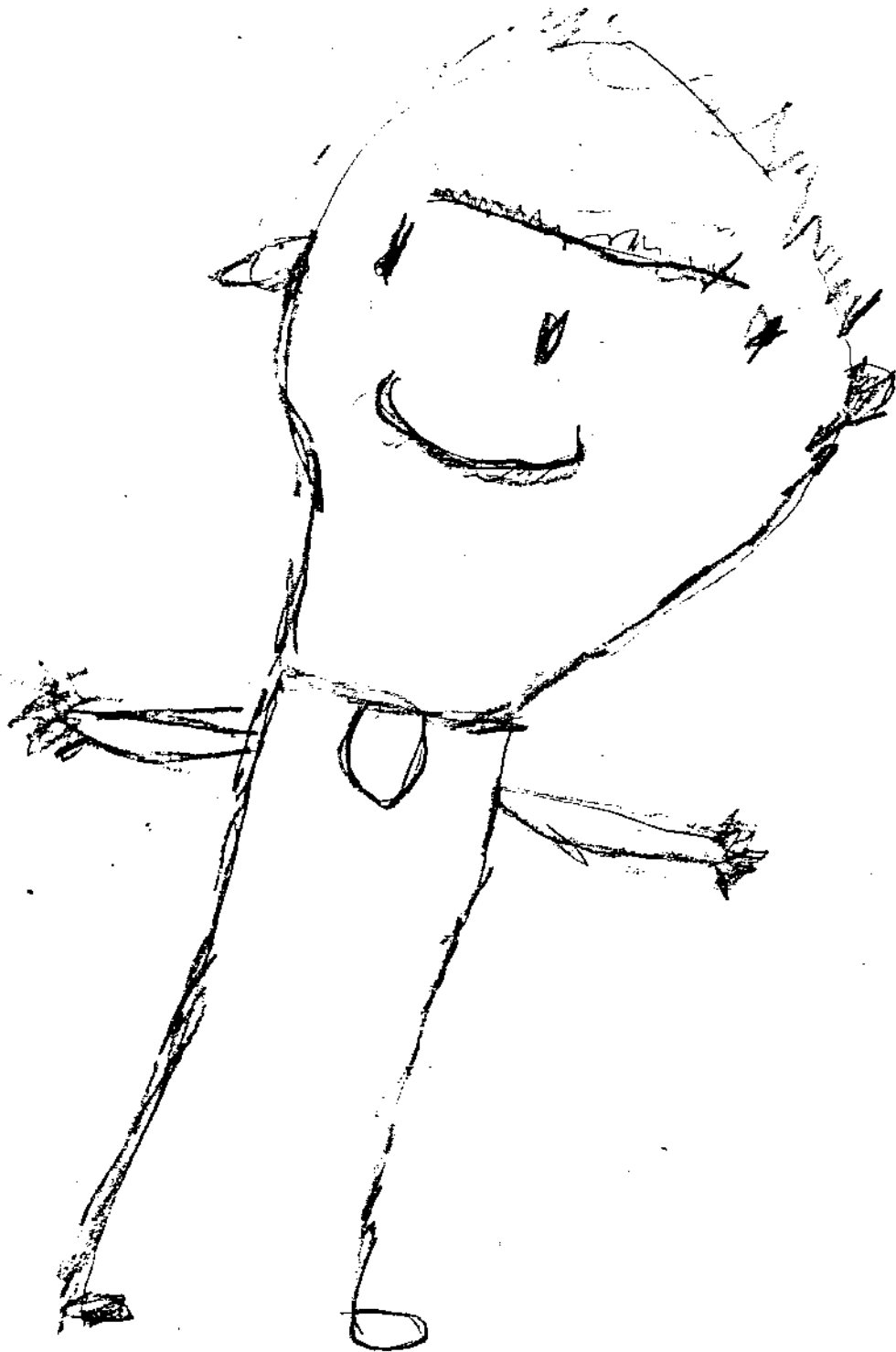
24-40% mudanças no humor;

56-64% alteração do sono e do apetite.

Reações que maioria tentou "manter sob controle" a fim de não "transparecer" para a família. Elas foram evidentes na nossa entrevista: quando perguntávamos: - como a senhora se sente?

C.E.G.F., 7a 10m, f
mi: crise asmática
Fig. 4

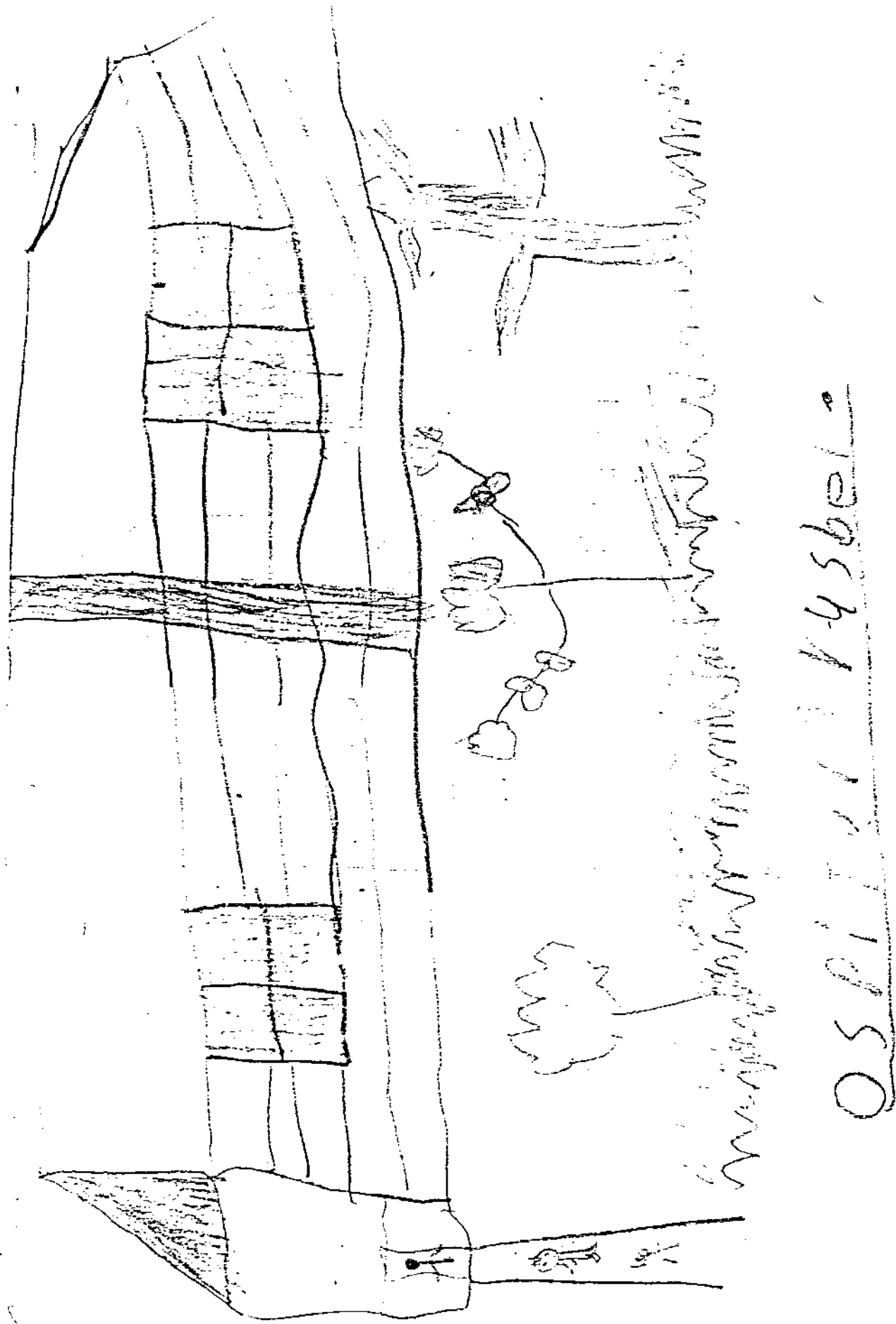




E.G.G., 11a m.
mi: cirurgia
Fig. 14

Muitas delas choravam, colocando como é difícil se dividir entre as tarefas domésticas e a criança no hospital. Sentiam-se culpadas por abandonarem os outros filhos em casa.

Em geral tanto a mãe como o pai se sentiam sem saber que atitude tomar em relação ao filho internado e à equipe. Não sabiam que papel desempenhar, apesar de 36-68% dos pais dizerem que lhes foi explicado "tecnicamente" o que acontecia com o seu filho, muitas vezes não compreendiam o significado dos procedimentos e ficavam "sem jeito" de perguntar.

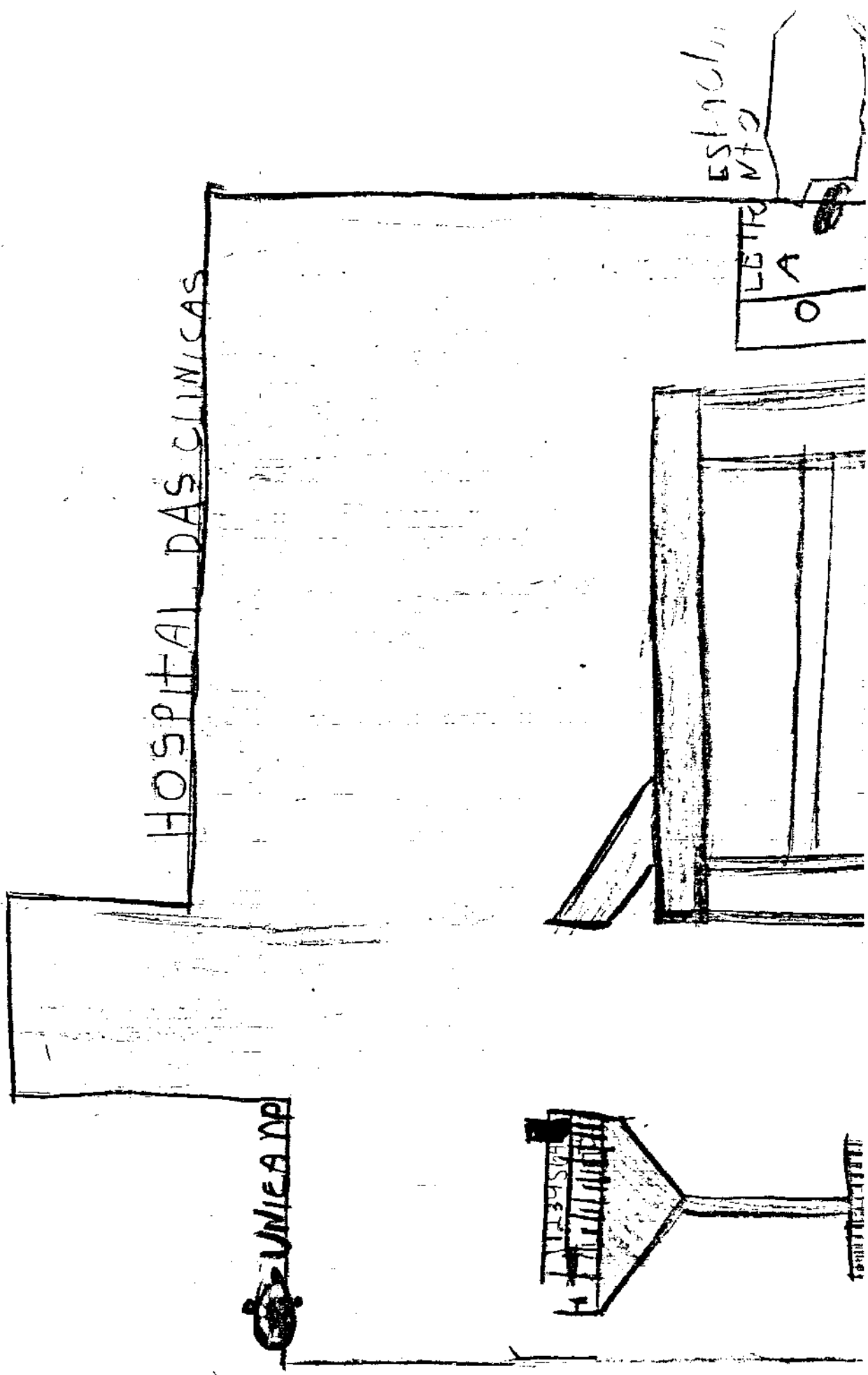


J.M.V. 9a, m
mi: doença hematológica
fig. 6



UNICAMP

Fig. 9



VII - CONCLUSÕES.

"Junto com a criança constrói-se
uma sabedoria e vivencia-se uma
partilha emocional
E disso cresce o indefinível
conhecimento da vida..."

PETER SLADE

A avaliação de nossos dados permitem conclusões para os grupos estudados, já que em função do pequeno número de crianças avaliadas não podemos universalizar nossos resultados, ainda que corroborem o senso comum.

1. As reações emocionais mais freqüentemente observadas na nossa pesquisa foram:

- a) regressão;
- b) depressão;
- c) ansiedade, e
- d) má interpretação.

Similares à descritas na literatura.

Não encontramos diferença significativa entre os dois contextos culturais.

2. A utilização do desenho-história numa única entrevista foi um instrumento útil na avaliação do estado emocional da criança em um determinado momento.⁴ A criança é capaz de transmitir os seus sentimentos em relação à situação em que vive, e, em muitos casos, é um pedido de auxílio para orientação, informação e "conforto emocional".
3. Os desenhos das crianças provenientes de culturas diferentes são igualmente ricos em seu conteúdo. O conjunto dos desenhos das crianças estudadas apresentaram analogias no nível de ilustração dos temas, o que poderia nos indicar mecanismos psicológicos comuns. Observamos algumas divergências nos detalhes secundários, demonstrando

que a sua expressão tem características próprias, reforçando a nossa maneira de pensar de que o grafismo deve ser avaliado na cultura a qual pertence e não da nossa.

Assim, aparecerá toda a riqueza de suas conotações.

4. Analisando os desenhos das crianças indígenas da Guatemala, observamos o uso de símbolos próprios de sua cultura (Figs. 1,2), assim como a escolha e emprego das diferentes cores, onde predominam as tonalidades fortes nas cores vermelha, verde, amarela, laranja, azul (Figs. 1,2,4,5,7).

A frequência de cores puras é menor nos desenhos das crianças brasileiras e a tonalidade menos intensa.

5. A importância da inter-relação criança-família e equipe ficou clara na nossa pesquisa que a participação dos pais no cuidado da criança foi fundamental para eles se sentirem úteis e diminuir a sua ansiedade. Ao dividir os cuidados da criança com a equipe, eles tiveram uma experiência mais positiva. Crianças que permanecem com a mãe ficam mais tranquilas e apresentam uma melhor adaptação à hospitalização.

Em geral, os pais encontravam-se desinformados acerca do que estava acontecendo. Isto foi uma importante causa do estresse, assim como a estranheza frente a atmosfera hospitalar e o desconhecimento da terminologia médica.

VIII - RECOMENDAÇÕES.

"Lo que estoy propugnando es simple y sencillamente dejar de ver el problema como corrientemente lo hemos visto: desde afuera de la comunidad, desde afuera de la cultura; por el contrario, propongo ver el problema desde el interior de la comunidad"

JUAN JOSÉ HURTADO

01. Devemos procurar compreender o sofrimento físico e psicológico da criança e tratá-la com paciência e carinho.
02. Regras não podem ser ditadas no trato da criança. A maneira individual de ser de cada uma precisará de uma aproximação diferente: a criança superprotegida, temerosa, que se aferra aos pais, precisará de mais tempo para adaptar-se à hospitalização do que aquela criança aberta, "feliz" por explorar tudo.
03. Diminuir as consequências da internação é tarefa de todos os que lidam com a criança no hospital: médicos, enfermeiros, atendentes, laboratoristas...
04. Retardar, se possível, para depois dos seis anos as internações eletivas, evitando que sejam prolongadas. Quando não for possível, permitir o acompanhamento da mãe o máximo de tempo possível.
05. O número de pessoas que lida com a criança não é tão importante quanto a presença de algumas figuras constantes (KAPLAN, 1990), sobretudo em casos de crianças com doenças crônicas, permitindo uma ligação afetiva e diminuindo desta forma a sua ansiedade.
06. Humanizar os cuidados com a criança internada, evitando que ela presencie práticas em outras crianças como: colocação de sondas, coleta de sangue, etc., com a colocação, por exemplo, de um biombo e explicando sempre cada procedimento a ser realizado.

07. A preparação para sua internação é importante, básica e indispensável no caso de procedimentos cirúrgicos, por "leves" que sejam, por que a criança precisa ser preparada e ter um acompanhamento antes, durante (a caminho da sala de cirurgia e antes da anestesia) e após a cirurgia.
08. A nossa ênfase na preparação pré-cirúrgica objetiva:
- prover informação do que está para acontecer à criança;
 - encorajar a expressão das suas emoções (através do desenho, jogos...);
 - auxiliar a criança a estabelecer vínculo com a equipe do hospital, e
 - prevenir reações depressivas e outras seqüelas da cirurgia e hospitalização da criança.
09. Até os sete anos a criança deve ser preparada para procedimentos dolorosos, mediante uma informação clara e objetiva, enfatizando que eles não são um castigo, tentando descobrir como ela vê a sua internação, a sua doença e a morte.
10. Dos oito anos em diante, esclarecer à criança que órgão será mexido, reassegurando que os procedimentos serão realizados naquele órgão somente (mesmo ela estando anestesiada).

A respeito da morte que é um fenômeno real e angustiante, as informações devem ser dadas de forma clara e aberta, a nível de compreensão daquela criança.

11. O médico deve informar aos pais tudo o que se sabe sobre a doença da criança e tudo o que se pretende fazer.
12. Deve-se ter sempre em mente a condição social da família, pois muitas vezes a sua não assiduidade nas visitas à criança pode ser por falta de recursos.
13. A família, como a criança, é afetada pela condição da doença e a internação e as suas reações emocionais são as mais diversas, podendo expressar a sua ansiedade em forma de críticas dirigidas à equipe e se esta não perceber pode se antagonizar com os pais e tornar a comunicação difícil.
14. A presença dos pais não aumenta a infecção cruzada, já que diminui o número de pessoas que manipulam a criança. A sua presença em enfermarias como a Hematologia é fundamental para o bem estar emocional da criança.
15. Para poder ajudar a sua criança os pais precisam ser instruídos pela equipe. A medida em que os pais vão obtendo informações sobre a doença e os cuidados no hospital, desenvolvem uma nova interpretação do seu papel.
16. É muito importante que a comunicação entre equipe, família e criança seja estabelecida de forma positiva. A en-

farmagem deve esclarecer as dúvidas dos pais e ajudá-los sem, no entanto, os julgar.

17. A preparação da equipe inicia-se pela compreensão do que se passa com os pais, bem como pela compreensão dos seus próprios sentimentos freqüentemente mobilizados pela situação.

IX - BIBLIOGRAFIA:

- ABERASTURY, A. *Aportaciones al Psicanálisis de niños*. Buenos Aires, Paidós. 1971, pgs. 189-209.
- ABRAM, H.S. "Survival by machine: the psychological stress of chronic hemodialysis". *Psychiatry Med.* 1970, 1: 37-51.
- ACEVEDO, JOAQUIM ANTONIO L. *Una aproximación a la antropología médica en Todos Santos Cuchumatán, Huehuetenango*. Tese Guatemala, julio 1986.
- ADAMS, R. *Introducción a la antropología aplicada* (Guatemala: Seminario de Integración Social Guatemalteca) 1975.
- AJURRIAGUERRA, J. de. *Manual de psiquiatria Infantil*, Masson do Brasil, ltda. 1990.
- ALEXANDRE, F. *Psychosomatic Medicine*. W.W. Norton et. CO, N.Y. 1950.
- ALVES, R. *A operação de Lili*. São Paulo: Paulinas, 1987.
- ANDRADE E SILVA, P.S.L.; AGUIAR, A.A.; SOUZA, I.S.; & ALMEIDA, I.N. Internação conjunta (ic) mãe-filho em enfermaria coletiva de hospital conveniado com o INAMPS. *Jornal de Pediatria*, 52(6): 391-394, 1982.
- ANDRADE e SILVA, P.S.L., Aguiar A.A. Souza, & Almeida, I.N. "Internação conjunta mãe-filho em enfermaria coletiva de hospital conveniado com o INAMPS". *Jornal de Pediatria* 52(6) 391-394. 1982.

AUBRY, J. *Relatório Aubry*, Presses Universitaires de France, 1955.

AUERBACH, S.M. "Emotional reaction to surgery". *Journal of consulting and clinical psychology*. 40, 264-271, 1973.

BAKWIN, H. "The Hospital care of infants and children". *J. Pediatrics*, 39: 383, 1951.

BARBOSA, L.T. "Aspectos psico-sociais da assistência à criança". *Temas de Pediatria*, Nestlé, no.9, Serviço de Informação Científica.

BENEVIDES DE CARVALHO, H. "A criança e a hospitalização". *A psicologia no hospital*. Traço Ed., 1987. pgs. 40-132.

BENEVIDES DE CARVALHO, H. "Relato de experiência de intervenção psicológica junto a crianças hospitalizadas". *Psicologia Hospitalar*, A atuação do psicólogo no contexto hospitalar. São Paulo: Traço, 1984, pgs. 15-57.

BLD16 DE ASSIS J. R. "Aspectos psicológicos do paciente internado". *Clinica hospitalar*. ano 2, vol. 2. no. 1, 1986, pgs. 15-19.

BLOM, G.E. "The reactions of hospitalized children to illness". *Pediatrics*. 22: 590, 1958.

BLOM, J. L. "Emotional implications of tonsillectomy and adenoidectomy of children". *Psychoanal. Study child*, 7: 126, 1952.

- BOWLBY, J. "CRIANÇAS CARENCIADAS". Revista de psicologia normal e patológica, 1960.
- BOWLBY, J. *MATERNAL CARE AND MENTAL HEALTH ORG.* Geneva, 1951.
- BREITKOFF, L.Z. KINDERCHIR. "Emotional reactions of children to hospitalization". Feb., 1990, 45(1); 3-8 (18ref) (Eng. Abst).
- CHARNEY, E. "Patient-doctor communication". *Ped. Clin. N. Am.*, vol. 19. no.2, 263-279, 1972.
- CLEARY, J.; GRAY, D.P.; HALL, D.J.; ROWLANDSON, P.H.; SAINSBURG, C.P.G. & DAVIS, M.M. Parental involvement in the lives of the children in hospital. *Archives of Disease in childhood*, 61: 779-787, 1986.
- DESCARTES, R. Discurso do método (Discours de la Méthode) trad. João Cruz Costa, Rio Ed. de ouro. 1965.
- DI LEO, J. H. *A interpretação do desenho infantil*. Trad. de Marlene Neves Strey. Porto Alegre, Artes Medicas, 1985, 218p.
- DOUGLAS, J.W.B. "Early hospital admission and later disturbances of behaviour and learning" *Develop. Med. Child. Neuropsychiat.* 17, 456-80, 1975.

- DUBERNARD, C.; QUENARD, G. et CLERE, J. "Aspects psychologiques de l'insuffisance rénale chronique" *Confrontations psychiatriques*, no. 17, 1979, pgs. 249-273.
- EISER, C. "COMMUNICATING With sick and hospitalised children". *J. Child Psychol Psychiat.* 25, 181-189, 1984.
- ELKISCH, P. *Expresión Artística Libre*, M. Rabin, A.i. Y Haworth, M. *Técnicas proyectivas para niños*, Editorial paidós, B. Aires, 1966.
- FALCK, H. S. "Social and psychological care before and during hospitalization". *Soc. Sci. Med.* vol. 25, no. 6, 711-720, 1987.
- FERGUSON, B.F. "Preparing young children for hospitalization: a comparison of two methods. *Pediatrics* 64, 656-664, 1979.
- FERREIRA, A. B. H. *Enriqueça o seu vocabulário*, 4a. ed, Editora Nova Fronteira, R. de J, 1984.
- FLORIANZANO, E. *Dicionário de ouro Espanhol-Português*, Ed. Tecnprint Ltda.
- GELLERT, E. Reducing the emotional stress of hospitalization for children. *The Journal of Occupational Therapy*, vol. XII, no.3, May/June, 1958.

- GOFMAN, H.B., BUCKMAN, W. & SCHADE, G.H. "Parents emotional response to child's hospitalization". *Am. J. Child. Disease.* 93, 629-637, 1957.
- GOLDBERGER J. "Lengthy of repeated hospitalization in infancy. Issue in stimulation and intervention". *J. Clin. Perinatol*, march 17 (1): 197-206, 1990.
- GREGORY, I.; SMELTZER, D.J.M.A. *Psychiatry. Essentials of clinical practice*. 2nd ed. Little Brown and Company Inc, Boston, Toronto. 205-206, 378.
- GRUNBERG, J; SILVA, D.; SITKEWICH, A; ESQUIVEL, N. & FARIAS, Y. El impacto en la dinámica familiar en la ausencia de la madre en el hogar durante la hospitalización conjunta con el hijo. *Boletín Instituto Interamericano del niño*. Montevideo, 216: 45-51, 1981.
- GULL, H. J. "The chronically ill patient's adaptation to hospitalization". *Nursing clinics of N.A.*, vol. 22, no.3, Sept. 1987.
- GURM-SCHEHAYNE A. "Aspectos psicológicos em cirurgia". Serviço de Psiquiatria e Psicologia Médica. Hospital Cantonal Universitário, Genebra, maio, 1985.
- HAMMER, F. Tests proyectivos gráficos. Trad. Ed., Paidós, B. Haires, Argentina, 1969.
- HAWKINS. N.E. "Bravery training: an approach to desensibilizing young children to fears encountered in the

- hospital setting" *Arch. Phys. Med. Rehabil.* Aug 72(9): 697-700, 1991.
- HAYNAL, A. PASINI, W. *Manual de Medicina Psicossomatica.* Ed. Masson. 1983, 274p.
- HEISEL J.S., REAM S, RAITZ R. "The significance of life events as contributing factors in the disease of children". *J. Pediatrics*, 83: 119, 1973.
- HURTADO, JUAN J. Algunas ideas para un modelo estructural en relación con enfermedad en el altiplano de Guatemala. *Guatemala indigena* 8(1-2): 7-22, 1973.
- ISSNER, N. (1972) The family of the hospitalized child, *Nursing Clinics of North America*. Philadelphia 7(1) 12-52, mar, 1972.
- JACKSON K. "Psychologic preparation as a method of reducing emotional trauma of anesthesia in children". *Anesthesiology*. 12: 293, 1951.
- JAMES, V.L. & WHEELER, W. E. The care by parent unit. *Pediatrics*. 43:488-498, 1969.
- JELLNEK M, EVANS N. KNIGHT R.B. "Evaluating the need for psychiatric referral". *Pediatrics* 94: 156-158, 1979.
- JESSNER, L. BLOM, G.E. & Waldfogel S. "Emotional implications of tonsilectomy and adenoidectomy on

- children". *The psychoanalytic study of the child* 7, 126-169, 1952.
- KAPLAN H. R. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, vol. III, 3a. ed. William & Wilkins Baltimore. London. printed Waverly Press, Inc. 1975. Pgs. 1975, 1917-29 (1990).
- KASHANI J.G. BARBEIRO, G.J. BOLANDEI. "Depression in hospitalized pediatrics patients". *J.A. Acad. child. Psychiatry*, 20: 123-134, 1981.
- KENNEDY C.M. et als. "The influence of the timing of preparation on the anxiety of preschool children experiencing surgery". *Matern. child nurs.* 1989 summer, 8 (20, 117-32.
- KENNY T.J. "The hospitalized child". *Pediatric Clin. N.A.*, 22, 583-593, 1975.
- KNOBEL, M. *Psiquiatria infantil psicodinámica*, Buenos Aires, Paidós, 1977. pgs. 84-89.
- LA GRECA A.M. and STONE W.L. "*Behavioral Medicines: The biopsychosocial approach*". 267-271, Hillsdale, N.J., 1985.
- LAPLANCHE. J. et PONTALIS, J.- B: *Vocabulaire de la psychanalyse*, 3a ed. Presses Universitaires de France, Paris, 1971.

- LANGFFORD W.S. "The child in the pediatric hospital: adaptation to illness and hospitalization". *Am. J. Orthopsychiatry* 31: 667, 1961.
- LEVY, S. Figure drawing as a projective test, in ABT, L. E and Bellack, L. (Eds). *Projective Psychology*, Grove Press, N.Y. USA 257-297, 1959.
- LIPSKY, D.K. "A parental perspective on Stress and coping". *Am. J. Orthopsychiat.* 55, 614-617, 1985.
- LOOF D.H. "Psychophysiology and conversation reactions in children". *J. Am. acad. Child. Psychiatry.* 9: 318-381, 1970.
- LUQUET, G.H.: *Le dessin enfantin*. Lib. Félix Alcam, Paris, 1927.
- MACCARTHY, D. The under fives in hospital. *Nursing Times*, London, 77 (30 suppl): 22-28, July, 1981.
- MACHOVER, K.: *Personality projection in the drawing of the human figure*, Charles C. Thomas, Springfield, U.S.A. 1949.
- MALISH R.W. "Preparation of a child for hospitalization and surgery", *Pediatrics Clin. N.A.* 16:553, 1969.
- MASON E.A. "The hospitalized child - his emotional needs", *New Eng. J. Med* 272:406, 1965.

- MELAMED B.G. and Siegel I.J. "Psychological preparation for hospitalization". Behavior Medicine Practical applications in Health Care, 307-355, Springer, N.Y., 1980.
- MEREDIEU F. *O desenho infantil*. Trad. Alvaro Lorencini e Sandra Nitrini. Ed. Cultrix, S.P., 1974, 116p.
- MILLER H.; BARUCH, D. "Psychological dynamics in allergic patients as shown in individual and group psychotherapy". *J. Consult. Psych.* 12, 111, 1948.
- MILLSTEIN S.G.; ADLER N.E. and IRWIN C.E. "Conceptions of illness in young adolescents". *Pediatrics* 68, 834-839, 1981.
- MUSSEN, P. "O desenvolvimento psicológico da criança". 2a. ed. Prentice - Hall Inc, Englewood Cliffs, N. Jersey, USA. Pgs. 67-74.
- NASCIMENTO, M.J.P. Participação dos pais na assistência à criança hospitalizada: opinião de enfermeiras do Recife. *Revista Paulista de Enfermagem*, S.P. 5(3): 119-126, Jul, set. 1985.
- NEIRA-HUERTA E. del P., MADEIRA, L.M.; MIRANDA, M.M. & GARCIA, T.R. Relações sociais entre equipe de enfermagem e pais de crianças hospitalizadas. *Revistas da Escola de Enfermagem - USP*, São Paulo, 20(1): 55-69, 1986.

- NEUENSWANDER, H.L.R. *Estudios cognitivos del Sur de Mesoamérica*. Instituto Lingüístico de Verano, Museo de Antropología, Publicación no.3, Dallas, Texas, 1977.
- NOLAN, H. Hospitalization of infants and pre-schoolers. *The Lamp*. Sidney, 38(8): 29-35, Aug. 1981.
- DANILOWICA D.A., Gabriel H.P. "Postoperative reactions in hospitalized children: normal and abnormal responses after surgery". *Am. J. Psychiatry*. 1971, 128: 185-88.
- OLIVA FILHO, A. L. "Opções de indução da criança rebelde". *Rev. Bras. Anesthesiol.* 35 (5) 405-419, Set-out, 1985.
- OSORIO, D.A.; FERRARI, A.M.; ALONSO, R. & CARDOZO, N. Hospitalización conjunta del hijo con su madre: programa de madre participante. *Bol. of. Sanit. Panam* 84(3): 240-245, 1978.
- PERRIN E.C. and GERRITY P.S. "There's a demon in your belly: children's understanding of illness". *Pediatrics* 67, 841-849, 1981.
- PRUGH, D.G., STAUB, E.M., SANDS, H.K. & LENIHAN E. "A study of emotional reactions of children and families to illness and hospitalization". *Am. J. Orthopsych.* 23: 70-106, 1953.
- QUOTED in ZETTERSTROM R. "Responses of children to hospitalization". *Acta Paed. Scand.* 73, 289-295, 1984.

- RANNA, W. *Aspectos psicossociais da assistência à criança hospitalizada: vivência com grupos de crianças e de pais*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina - USP, São Paulo-1987.
- RIBBLE M. A. *Os direitos da criança*. 2a. ed. Imago Editora, 1975.
- ROSENBLITH J. F.; SIMS-KNIGHT J. *In the Beginning*. Brooks/Cole publishing company, Monterrey, California, 1985. Pgs. 482-52.
- RYAN, M. Mother care for children in hospital. *British Medical Journal*, 288: 381-382, 1984.
- SARGENT A.J. "The sick child and the family". *J. Pediatrics*. vol. 102, 982-87, no.6, June 1983.
- SCHAFFER H.R. and CALLENDER W.M. "Psychologic effects of hospitalization in infancy". *Pediatrics*, 24: 528-39, 1959.
- SCHYFF, G. The role of parents during their child's hospitalization. *Australian Nursing Journal*, Port. Adelaide, # (11): 57-61, 1979.
- SHAFFER D.R. "Social and personality development". Brooks/cole Publishing Company, Monterey, California, 1979. Pgs. 162-164, 138, 154-155, 163, 166-168, 197-198.
- SLADE P. *O jogo dramático Infantil*, Trad. Tatiana Belinky, S.P. Summus 1978, Novas buscas em educação, vol 2.

SPERLING M. "The mayor neuroses and behavior disorders in children". Aronson, New York, 1974.

SPERLING M. "The role of the mother in psychosomatic disorders" in *Children Psychosom. med.* 11, 377-385, 1949.

SPITZ R.T. "Hospitalization: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood". *The Psychoanalytic study of the child* 1, 53-74, 1945.

TREZZA E.M.C.; TREZZA E. "Prejuízos emocionais à criança hospitalizada". *Pediatria (S. Paulo)* 7 (4) 181-183, Dez 1985.

TRINCA, W. *Diagnóstico psicológico: Prática clínica*. S.P. Ed. Pedagógica e universitária, 1984.

TRINCA, W. *Investigação clínica da personalidade*. O desenho livre como estímulo de percepção temática. Interlivros, Belo Horizonte, M.G., 1976.

VANDERVEER, A.H. "The psychopathology of physical illness and hospital residence". *Quartely Journal of child behavior* 1, 55-71, 1949.

VAUGHAN G.F. "Children in hospital" *Lancet* 1: 1117-1120, 1957.

VERNON D.T.A. "Use of modelling to modify children's potentially stressful situation". *Journal of applied Psychology* 58, 351-56, 1973.

- VERNON D.T.A. Foley, J.M., Lipowitcz R. and SHULMAN, "*The psychological responses of children to hospitalization and illness*" Springfield, I.C. Thomas, J.L., 1985.
- VILLATORIO M. E. *La medicina tradicional y los problemas de salud en Guatemala*. Tese, 1986. Universidad de San Carlos, Guatemala, C.A.
- WAIDLEY E.K. "Preparing children for invasive procedures" *Am. J. Nurs.* 85(7) 811-12, July 1985.
- WALLGREN, A.J. "Children in hospital". *J. Pediatrics*. 46, 458, 1955.
- WINNICOTT, D.W. *Therapeutic consultations in child psychiatric*. Ed. M. Masud, R. Kham, The Hogarth press and The Institute of Psycho-analysis, London, 1971a.
- _____. *A criança e o seu mundo*. Zachar Editora, Rio, 1971b.
- WOLFER J.A. & VISINTAINER M.A. "Pediatric surgical patients and parents stress responses and adjustment". *Nurs. res.* 24, 244-55, 1975.
- WOLFER J.A. & VISINTAINER M.A. "Prehospital psychological preparation for tonsillectomy patients: effects on children's and parent's adjustment". *Pediatrics* 64, 646-55, 1979.

DA CRIANCA HOSPITALIZADA

1 - NOME DO PACIENTE:.....
2 - DATA:..... DATAEM:.....
3 - DIAGNOSTICO CLINICO:.....

A - NOME DO FASE:

1. **NAME** _____
 2. **DATE** _____
 3. **TIME** _____
 4. **PLACE** _____
 5. **REASON** _____
 6. **HOW** _____
 7. **WHAT** _____
 8. **WHO** _____
 9. **HOW** _____
 10. **WHAT** _____
 11. **WHO** _____
 12. **HOW** _____
 13. **WHAT** _____
 14. **WHO** _____
 15. **HOW** _____
 16. **WHAT** _____
 17. **WHO** _____
 18. **HOW** _____
 19. **WHAT** _____
 20. **WHO** _____
 21. **HOW** _____
 22. **WHAT** _____
 23. **WHO** _____
 24. **HOW** _____
 25. **WHAT** _____
 26. **WHO** _____
 27. **HOW** _____
 28. **WHAT** _____
 29. **WHO** _____
 30. **HOW** _____
 31. **WHAT** _____
 32. **WHO** _____
 33. **HOW** _____
 34. **WHAT** _____
 35. **WHO** _____
 36. **HOW** _____
 37. **WHAT** _____
 38. **WHO** _____
 39. **HOW** _____
 40. **WHAT** _____
 41. **WHO** _____
 42. **HOW** _____
 43. **WHAT** _____
 44. **WHO** _____
 45. **HOW** _____
 46. **WHAT** _____
 47. **WHO** _____
 48. **HOW** _____
 49. **WHAT** _____
 50. **WHO** _____
 51. **HOW** _____
 52. **WHAT** _____
 53. **WHO** _____
 54. **HOW** _____
 55. **WHAT** _____
 56. **WHO** _____
 57. **HOW** _____
 58. **WHAT** _____
 59. **WHO** _____
 60. **HOW** _____
 61. **WHAT** _____
 62. **WHO** _____
 63. **HOW** _____
 64. **WHAT** _____
 65. **WHO** _____
 66. **HOW** _____
 67. **WHAT** _____
 68. **WHO** _____
 69. **HOW** _____
 70. **WHAT** _____
 71. **WHO** _____
 72. **HOW** _____
 73. **WHAT** _____
 74. **WHO** _____
 75. **HOW** _____
 76. **WHAT** _____
 77. **WHO** _____
 78. **HOW** _____
 79. **WHAT** _____
 80. **WHO** _____
 81. **HOW** _____
 82. **WHAT** _____
 83. **WHO** _____
 84. **HOW** _____
 85. **WHAT** _____
 86. **WHO** _____
 87. **HOW** _____
 88. **WHAT** _____
 89. **WHO** _____
 90. **HOW** _____
 91. **WHAT** _____
 92. **WHO** _____
 93. **HOW** _____
 94. **WHAT** _____
 95. **WHO** _____
 96. **HOW** _____
 97. **WHAT** _____
 98. **WHO** _____
 99. **HOW** _____
 100. **WHAT** _____
 101. **WHO** _____
 102. **HOW** _____
 103. **WHAT** _____
 104. **WHO** _____
 105. **HOW** _____
 106. **WHAT** _____
 107. **WHO** _____
 108. **HOW** _____
 109. **WHAT** _____
 110. **WHO** _____
 111. **HOW** _____
 112. **WHAT** _____
 113. **WHO** _____
 114. **HOW** _____
 115. **WHAT** _____
 116. **WHO** _____
 117. **HOW** _____
 118. **WHAT** _____
 119. **WHO** _____
 120. **HOW** _____
 121. **WHAT** _____
 122. **WHO** _____
 123. **HOW** _____
 124. **WHAT** _____
 125. **WHO** _____
 126. **HOW** _____
 127. **WHAT** _____
 128. **WHO** _____
 129. **HOW** _____
 130. **WHAT** _____
 131. **WHO** _____
 132. **HOW** _____
 133. **WHAT** _____
 134. **WHO** _____
 135. **HOW** _____
 136. **WHAT** _____
 137. **WHO** _____
 138. **HOW** _____
 139. **WHAT** _____
 140. **WHO** _____
 141. **HOW** _____
 142. **WHAT** _____
 143. **WHO** _____
 144. **HOW** _____
 145. **WHAT** _____
 146. **WHO** _____
 147. **HOW** _____
 148. **WHAT** _____
 149. **WHO** _____
 150. **HOW** _____
 151. **WHAT** _____
 152. **WHO** _____
 153. **HOW** _____
 154. **WHAT** _____
 155. **WHO** _____
 156. **HOW** _____
 157. **WHAT** _____
 158. **WHO** _____
 159. **HOW** _____
 160. **WHAT** _____
 161. **WHO** _____
 162. **HOW** _____
 163. **WHAT** _____
 164. **WHO** _____
 165. **HOW** _____
 166. **WHAT** _____
 167. **WHO** _____
 168. **HOW** _____
 169. **WHAT** _____
 170. **WHO** _____
 171. **HOW** _____
 172. **WHAT** _____
 173. **WHO** _____
 174. **HOW** _____
 175. **WHAT** _____
 176. **WHO** _____
 177. **HOW** _____
 178. **WHAT** _____
 179. **WHO** _____
 180. **HOW** _____
 181. **WHAT** _____
 182. **WHO** _____
 183. **HOW** _____
 184. **WHAT** _____
 185. **WHO** _____
 186. **HOW** _____
 187. **WHAT** _____
 188. **WHO** _____
 189. **HOW** _____
 190. **WHAT** _____
 191. **WHO** _____
 192. **HOW** _____
 193. **WHAT** _____
 194. **WHO** _____
 195. **HOW** _____
 196. **WHAT** _____
 197. **WHO** _____
 198. **HOW** _____
 199. **WHAT** _____
 200. **WHO** _____
 201. **HOW** _____
 202. **WHAT** _____
 203. **WHO** _____
 204. **HOW** _____
 205. **WHAT** _____
 206. **WHO** _____
 207. **HOW** _____
 208. **WHAT** _____
 209. **WHO** _____
 210. **HOW** _____
 211. **WHAT** _____
 212. **WHO** _____
 213. **HOW** _____
 214. **WHAT** _____
 215. **WHO** _____
 216. **HOW** _____
 217. **WHAT** _____
 218. **WHO** _____
 219. **HOW** _____
 220. **WHAT** _____
 221. **WHO** _____
 222. **HOW** _____
 223. **WHAT** _____
 224. **WHO** _____
 225. **HOW** _____
 226. **WHAT** _____
 227. **WHO** _____
 228. **HOW** _____
 229. **WHAT** _____
 230. **WHO** _____
 231. **HOW** _____
 232. **WHAT** _____
 233. **WHO** _____
 234.

4 - ESTADO CIVIL

7 - RELIGIAO: _____

8 - ORIGINARIO DE

9 - ESCOLARIDADE:

5. Answer sheet

$\frac{1}{2} \times \frac{1}{2} = \frac{1}{4}$

2. Principles of the Law of the Sea

Figure 1

ש.ח.ת.ל. - איננו מלא

— 107 —

u. Urivovitaric

10 - Ocupação _____

14 - Ingresso mens.

a. Menos de un salario mínimo

b. Un salario mínimo.

c. Dois a quatro salarios m.

d. Mas de quatro salarios.

12 - NOME DA MÃE: _____

13 - IDADE: _____

14 - ESTADO CIVIL: _____

SE - PELIGRO:

16 - ORIGINARIA DE:

17 - ESCOLARIDADE: A B

18 - OCUPAÇÃO.

10. Proposed name: _____

29 - 0000000

100-443886-100

22 - HENRY GORRANA:

23 - MOTIVO DE CONSULTA: _____

24 - História Clínica: _____

25 - REALIZAÇÃO DO DIAGNOSTICO: a. P. S. .
b. Medico particular
c. Hospital.

SAK.
Emergência

26 - DE QUE FORMA LHE FOI DITO: _____

27 - A QUEM LHE FOI COMUNICADO? _____

28 - O QUE TEM SIDO FEITO ATÉ AGORA? _____

29 - FOI HOSPITALIZADO?

- a. Primeira vez
- b. Duas vezes.
- c. Mais de tres vezes.

30 - QUEM E COMO LHE FOI COMUNICADO QUE SUA CRIANÇA FICARIA HOSPITALIZADA? _____

31 - NOTOU ALGUMA MUDANÇA NO COMPORTAMENTO DO SEU FILHO (A)?

A. SEM B. NÃO

(Na ENFERMARIA E SE FOI HOSPITALIZADO ANTERIORMENTE, NA VOLTA EM CASA).

- a. SONO.
- b. APETITE
- c. APATIA.
- d. RELACIONAMENTO COM FAMILIARES E AMIGOS
- e. DIFIC. NA FALA.
- f. DIFIC. DE APRENDIZAGEM.
- g. OUTROS.

32 - QUANDO FOI HOSPITALIZADO QUEM FICOU COM ELE?

- a. MÃE
- b. PAI
- c. FAMILIAR
- d. OUTROS

- e. NINGUEM (POSSUI)
- 33 - NO CASO DE NÃO TER ALOJAMENTO COMUNITÁRIO, RECORRER ÀS VISITAS:
- | | |
|-------------|-----------------------|
| a. MÃE | a1. TODA DIA |
| b. PAI | a2. 1 vez por semana. |
| c. FAMILIAR | a3. 2x/semana. |
| d. AMIGO | a4. 3x/semana. |
| | a5. SO FINAL DE SEM. |

MOTIVO: _____

- 34 - COMO FOI O PRIMEIRO REENCONTRO DEPOIS DA INTERNAC?
- a. Chorou ao ver a mãe.
b. Indiferente.
c. Apegou a mãe.
d. Regrediu.
e. Outros.
- 35 - Apego com membros da ENFERMARIA:
- a. Medico.
b. Enfermeira.
c. Estudante de Medicina.
d. Pes. que leva o alimento.
e. Pes. da limpeza.
f. Ninguém.

- 36 - Foi submetido algum ato cirurgico?

Sem _____ Nao _____

- 37 - Se afirmativo, do que foi operado? _____

QUEM O COMUNICOU AOS PAIS? _____

QUEM O COMUNICOU A CRIANÇA? _____

- 38 - Como a internação tem modificado a rotina familiar? _____

- 39 - Reação de:

a. Pai: _____
b. Mãe: _____
c. Irmãos: _____
d. Outros: _____

- 40 - Informação sobre a evolução da doença dada pelo MD _____

- 41 - Sobre o tratamento e medicamentos _____

- 42 - Quais são as suas expectativas em relação a doença de seu filho(a) _____

- 43 - Conversa com o seu filho(a) sobre a doença? _____

ANEXO No. 2.

1. Nome do paciente: _____
2. Idade: _____
3. No. de cama: _____
4. Enfermaria: _____
5. Orientação:
 - a. Tempo: _____
 - b. Espaço: _____
 - c. Local: _____
6. Porque você está acê? _____

7. O que você sabe sobre a sua doença? _____

8. O que você gostaria de saber: _____

9. O que você acha do:
 - Hospital: _____
 - Quarto: _____
 - Médico: _____
 - Enfermeira: _____
 - Outros: _____
10. Fantasia em relação ao tratamento: _____

11. Se vai ser operado:
 - a. O que sabe: _____
 - b. Que pensa: _____
 - c. Fantasia: _____
 - d. Foi preparado pelo médico: _____
12. Qual é o seu brinquedo favorito? _____

13. Gostaria de terlo com você? Porque? _____

14. Quais as suas atividades na enfermaria:
 - a. Atividades com a T.O. _____

- b. Com outras crianças:
- c. Fica no cama:
- d. No Balcão das enfermeiras
- e. Outros:

Anexo 3: Dizenho a historia.