

**AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DISSOCIATIVOS E PÓS-TRAUMÁTICAS EM
CRIANÇAS INTERNADAS EM UNIDADES PEDIÁTRICAS**

**EVALUATION OF DISSOCIATIVE AND POST-TRAUMATIC SYMPTOMS IN
INJURED CHILDREN IN PEDIATRIC UNITS**

Edficher Margotti¹

Illa Prazeres²

Resumo

O objetivo foi investigar a presença de sintomas dissociativos pós-traumáticos infantis decorrentes de hospitalizações superiores a cinco dias. Investigação avaliativa descritiva. Abrangeu crianças de cinco a doze anos. Critérios de inclusão: crianças entre cinco e doze anos, internadas por mais de cinco dias, autorizadas por seus cuidadores e/ou responsáveis à participar da pesquisa. Critérios de exclusão: crianças menores de cinco anos e maiores de doze anos, que apresentaram patologias neurofisiológicas, crianças indígenas, surdas e mudas. Foi utilizada a Child Dissociative Checklist (CDC) e Children's Dissociative Experience Scale (CDES) para a coleta de dados. De acordo com Children Dissociative Checklist, as crianças sem transtornos dissociativos foram de 58% e sem transtorno foram de 42%, em ambos os hospitais, de acordo com a Children's Dissociative Experience Scale, na Santa Casa as crianças sem transtorno foram de 27%, com síndrome pós trauma foram de 26%, com transtorno dissociativo foram de 27% e falsa escala foram de 26%, no hospital Barros Barreto foram de 21% sem transtornos dissociativos, com síndrome pós trauma foram de 27%, com transtorno dissociativo foram de 13% e falsa escala foram de 33%. Concluiu se que os transtornos dissociativos afetaram a população infantil que estava hospitalizada, e a ideia da infância como um período puramente alegre e livre de sofrimentos, foi desmitificada.

Palavras chave: Transtornos dissociativos. Depressão. Crianças. Hospitalização.

Abstract

The objective was to investigate the presence of dissociative children's post-traumatic symptoms resulting from hospitalizations of more than five days. Descriptive evaluative research. It covered children from five to twelve years. Inclusion criteria: children between five and twelve years old, hospitalized for more than five days, authorized by their caregivers and / or caregivers to participate in the research. Exclusion criteria: children younger than five years and older than twelve years, who presented neurophysiological pathologies, indigenous children, deaf and dumb. The Child Dissociative Checker (CDC) and Children's Dissociative Experience Scale (CDES) were used for data collection. According to the Children Dissociative Checklist, children without dissociative disorders were 58% and no disorder were 42%, in both hospitals, according to the Children's Dissociative Experience Scale, at Santa Casa children without disorder were 27%, With post-trauma syndrome were 26%, dissociative disorders were 27% and false-scale were 26%, Barros Barreto hospital were 21% without dissociative disorders, with post-trauma syndrome were 27%, with dissociative disorder were 13% and false scale were 33%. It was concluded that dissociative disorders affected the hospitalized infant population, and the idea of childhood as a purely joyous and suffering-free period was demystified.

Keywords: Dissociative disorders. Depression. Child. Hospitalization.

¹ Docente da Faculdade de Enfermagem, Universidade federal do Pará-UFPA.

² Graduanda do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pará-UFPA.

Introdução

No mundo contemporâneo muito se fala e estuda acerca de doenças de caráter psicológico. O fomento deste grande interesse deve ater-se ao fato de que tais distúrbios são apontados como uma das principais causas de prejuízo funcional e suicídio ao redor do globo (Kapczinski, 2011).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2002) é enfática ao afirmar que em 2020 a depressão, listada entre os transtornos dissociativos, seria a maior causa de incapacidade humana, superada somente por doenças cardiovasculares (OMS, 2002).

Dentre os múltiplos transtornos, encontram-se os ditos Transtornos Dissociativos, os quais se caracterizam por uma perda parcial ou completa das funções normais de integração das lembranças, da consciência, da identidade, das sensações imediatas e do controle dos movimentos corporais (DSMV, 2013). O transtorno dissociativo apresenta-se disposto em quatro variedades descritivas, a saber: amnésia dissociativa, fuga dissociativa, transtorno dissociativo de identidade e transtorno de despersonalização (DSM V, 2013).

O transtorno dissociativo frequentemente tem início súbito (quadro agudo) e podem perdurar por horas ou dias e, mais raramente, meses a anos (quadro crônico). Podem se apresentar como amnésia, fuga repentina, mudança de identidade, experiências de estar “fora” do próprio corpo ou ainda experiência de ter o corpo tomado por entidades (Othmer, 2002).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2013) dentre os brasileiros com depressão, 52% faz uso de medicamentos no tratamento da doença e apenas 16,4% tem acompanhamento psicoterapêutico.

Gomes (2013) afirma que entre a vasta variedade de fatores desencadeadores de transtornos psicológicos, está a hospitalização, que é, em especial para crianças, fonte de fatores estressantes, o que por sua vez, são desencadeadores eficazes de transtornos. O autor afirma ainda que:

A internação hospitalar representa uma importante fonte de estresse para a criança além de contribuírem para o desenvolvimento de quadros ansiosos nas mesmas. Experiências estressantes no início do desenvolvimento infantil podem promover uma ruptura no

desenvolvimento típico do indivíduo, uma vez que apresenta-se como fatores de risco para problemas de saúde mental na adolescência e na vida adulta (Drugg, 2010).

Segundo Sousa et al (2008), quando uma criança é submetida à internação, várias implicações psicológicas podem ocorrer: depressão, ansiedade, negação da doença, regressão, baixa estima, solidão, reações de culpa, sensação de punição etc. Tais implicações variam em cada indivíduo podendo também ser influenciadas por situações sócio familiares, econômicas e também da gravidade do diagnóstico.

De acordo com Angerami (2004), crianças hospitalizadas por um período superior a cinco (5) dias apresentam tendência ao desenvolvimento de transtornos psicológicos relevantes. O autor assegura ainda que fatores tais como faixa etária, tipo de diagnóstico e prognóstico clínico e estabelecimento dos vínculos familiares afetivos são fundamentais e diretamente ligados à apresentação de implicações para a vivência da criança.

Reis e Figueira (2001) relataram também que por diversas vezes as próprias crianças tem dificuldades em identificar e nomear seus sintomas, que aparecem de maneiras variadas. Por outro lado, pais e profissionais em contato com as crianças acabam identificando fatores que, a princípio, não são reconhecidos como sendo de dissociação, já que encontram-se atrelados à queixas como cefaleia, dores abdominais e diarreia, que dificultam o diagnóstico referido.

Assim sendo, a necessidade de realização de avaliação psicológica o mais cedo possível possibilitando prosseguimento à atenção psicológica a esses primeiros anos é reiterada ao passo que o período evolutivo infantil é não somente um período de vulnerabilidade às mais diversas alterações, mas também é um período essencial na formação da personalidade (Cunha, 2008).

O menor hospitalizado precisa ter um acompanhamento psicológico profissional que pondere acerca do impacto emocional do adoecimento e da internação do indivíduo infantil, que deve ser analisada e ponderada a partir da ótica da própria criança e da família/acompanhantes envolvidos, uma vez que a hospitalização favorece o isolamento da criança de tudo o quanto ela conhece, gerando inúmeros e diversos sentimentos difíceis de conter (Nigro, 2004).

Em decorrência do apontado pela OMS e de estudos de caráter nacional e internacional realizados acerca da dissociação e seus resultados devastadores e, por reconhecer a carência de estudos no tocante à diagnose, prevalência e tratamento nos âmbitos bio físico psicossocial de infantes, o presente estudo teve por objetivo investigar e

analisar os sintomas e cognições dissociativas pós-traumáticas infantis decorrentes de um processo de hospitalização superior a cinco dias.

Metodologia

A proposta metodológica seguiu a linha de investigação avaliativa descritivo com abordagem quantitativa. Tal categoria de estudo “visa identificar tendências e comportamentos enquanto estabelecem relações existentes no fenômeno, favorecendo a formulação clara do problema e de hipóteses na tentativa de solução”.

O estudo foi realizado nas instituições de saúde pública: Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA), que é referência no Estado, em saúde materno infantil e o Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), que é referência no Estado, em doenças infecto contagiosas e parasitárias, ambos os hospitais localizados na cidade de Belém, capital do Estado do Pará.

A população da pesquisa abrangeu crianças na faixa etária de cinco (5) a doze (12) anos de idade, em processo de internação hospitalar, que se encontraram nas alas pediátricas de ambas as instituições.

O calculo amostral foi realizado através da média de internações de infantes inseridos na população etária de cinco (5) a doze (12) anos e aptos à participação, conforme critérios estabelecidos nos termos de inclusão/exclusão, em ambas as Instituições participantes. Foi utilizado um erro amostral de 10%, com um nível de confiança da amostra de 95%, com um percentual máximo de 50%, obtendo-se uma amostra de 34 crianças.

Foi realizado um teste piloto com 5 crianças, de ambas as Instituições, cujo objetivo foi testar a aplicabilidade e confiabilidade dos questionários e realizar ajustes caso fossem necessários. Os resultados obtidos através de entrevistas com população do teste piloto, não foram inseridos aos resultados.

Os critérios de inclusão foram: crianças com faixa etária entre cinco (5) e doze (12) anos de idade, crianças internadas por um período superior a cinco (5) dias, crianças devidamente acompanhadas e autorizadas por seus cuidadores e/ou responsáveis à participar da pesquisa.

Os critérios de exclusão foram: crianças menores de cinco (5) anos e maiores de doze (12) anos de idade, crianças que apresentassem patologias neurocognitivas, crianças indígenas e crianças surdas e mudas.

A coleta de dados foi realizada no período de Maio à Agosto de 2017, por meio dos instrumentos Internacionais *Child Dissociative Checklist* (CDC) e *Children's Dissociative Experience Scale* (CDES), os quais são compostos por duas vias de questionários avaliativos – uma voltada aos responsáveis e outra às crianças –, uma vez respondidos e cruzados tornam possíveis as detecções de transtornos dissociativos, a exemplo da depressão; sintomas pós-traumáticos e falsas escalas de trauma. As ditas falsas escalas de trauma, se constituem quando um indivíduo hospitalizado apresenta um “comportamento de doença”, que não coincide necessariamente com o estado real da doença (López, 1998).

Todos os representantes legais das crianças receberam uma declaração onde era concedido o prazo de 1 (um) dia, para refletir sobre as conveniências ou inconveniências da participação da criança e do responsável, inclusive a oportunidade para consultar familiares ou outras pessoas, com o fito de caso achar conveniente, participar e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi assinado, em duas vias, pelo responsável; uma via ficando recolhida aos interesses do participante e a outra, aos interesses do pesquisador.

Ao início da entrevista parental, participantes eram elucidados acerca de termos contidos nas perguntas, bem como tinham itens do questionário esclarecidos e exemplificados a fim de que, com uma melhor assimilação dos itens, as respostas fossem as mais fidedignas possíveis, evitando viés na resposta.

O questionário CDC aplicado aos responsáveis, teve como finalidade a descrição de comportamentos que definem a criança no presente momento e nos últimos doze meses. O instrumento de coleta de dados é composto de vinte itens que são preenchidos em um tempo estimado de cinco (5) minutos (Feindler, Rathus e Silver, 2003). Contém alternativas classificadas de zero (0) a dois (2), onde zero (0) é considerado “falso”, um (1) é considerado “verdadeiro” e dois (2), considerado “muito verdadeiro”, somadas ao fim de cada pergunta.

O questionário CDES utilizado para as crianças, teve a finalidade de identificar a compreensão da mesma sobre sua doença e hospitalização, bem como seu comportamento e enfrentamento frente à situação vivenciada. O questionário infantil consta de um total de trinta e sete itens e leva entre quinze e vinte minutos para ser aplicado. Nesta forma de coleta de dados, crianças encontram a possibilidade de auto avaliação à medida que são estimuladas à comparação de seus comportamentos aos comportamentos expostos nos modelos pré-estabelecidos no questionário.

Para cada resposta do questionário, a pontuação varia entre zero (0) e três (3). Para calcular a pontuação total para resultados de Síndrome Pós Traumática, foram combinadas as pontuações de todas as respostas, exceto os itens 20, 28, e 36. A pontuação total de quarenta e três (43) é o ponto de corte derivado do estudo original de Putnam (1997), e o subsequente uso clínico da medida sugeriu que este é um ponto de corte válido. Total em meados dos trinta pontos (30) pareceu estar relacionado a sintomas subliminares de Transtorno de Estresse Pós Traumático (Putnam, 1997).

Para calcular a pontuação total para resultados de Transtornos Dissociativos, combinaram-se as pontuações dos itens 1, 2, 4, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 16, 19, 21, 23, 24, 25, 27, 29, 31, 32, 33 e 34. A pontuação total de vinte e quatro (24) ou mais foi o ponto de corte derivado do estudo original, e o subsequente uso clínico da medida sugeriu que este é um ponto de corte válido (Putnam, 1997).

Por fim, o elaborador do questionário de Experiências Infantis, Putnam (1997), adverte que a somatória de uma pontuação de sete (7) ou superior para as questões 20, 28 e 36 sugere que as demais respostas não são válidas, uma vez que estes itens delatam uma falsa escala de trauma, anulando a veracidade das demais respostas obtidas no questionário infantil.

Os dados foram analisados tendo como subsídios os resultados descritivo-quantitativos da pesquisa comparados entre si, considerando-se o preconizado pelos autores do método CDC e CDES, para mensuração e associação de resultados de ambos os questionários aplicados.

A participação no Projeto não acarretou em riscos físicos, embora houvesse a possibilidade de desconfortos decorrentes da participação, os quais foram amenizados através de confidencialidade e sigilo sobre a participação e nome. Os benefícios

relacionados à participação, por sua vez, caracterizaram-se por sua ordem intelectual, social e cultural, visto que crianças e responsáveis se interessaram e poderiam continuar a vir a se interessar sobre o tema, aprofundando-se no assunto, e até mesmo quebrando tabus, superando preconceitos e discriminação quanto à hospitalização e quanto a transtornos psicológicos ocasionados pela internação.

Foi deixado claro aos pais e responsáveis, que a participação não era obrigatória e a recusa não acarretaria em prejuízos ao atendimento, podendo se recusar a qualquer momento; bem como a participação não foi associada a benefícios econômico-financeiros ou matérias de quaisquer formas.

A pesquisa foi conduzida de acordo com a Declaração de Helsinque e o projeto encontrou-se em conformidade com a Resolução número 466/2012 e com as diretrizes e normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto tem a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará sob o número da CAAE 58409516.4.0000.0018.

Resultados

A tabela de número 1 mostra a idade e o diagnóstico de cada criança internada, e a pontuação dos questionários; aplicado com a familiar e sua com a criança.

Tabela 1 – Resultados de Questionários *Children Dissociative Checklist* (CDC) e *Children's Dissociative Experiences Scale* (CDES) referentes à entrevistas na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.

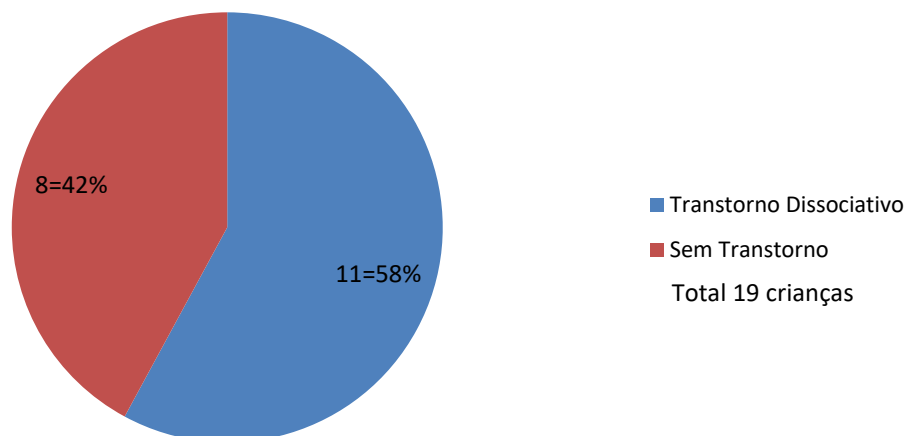
Idade da criança	Dias de internação	Diagnóstico de internação	Questionário Parental (CDC)	Questionário Infantil (CDES)			
				Dissociação	Pós Trauma	Total	Falsa Escala de trauma
11	9	Doença Renal Crônica	21	16	22	38	2
10	57	Doença Renal Crônica	21	23	21	45	6
5	12	Artrite séptica	24	38	35	73	9
11	6	Farmacodermia	21	42	10	52	9
9	6	Papiloma laríngeo	4	17	18	35	9
10	15	Doença Renal Crônica	7	7	22	29	3
9	5	Gastroenterite	14	21	13	34	7
12	6	Síndrome Nefrítica	12	13	23	36	8
10	6	Pielonefrite	13	17	6	23	6
5	10	Pielonefrite	4	5	17	22	6
8	5	Dor Crônica	23	29	24	53	3

10	6	Síndrome Nefrítica	5	31	26	57	5
5	6	Doença Renal Crônica	3	12	7	19	6
11	7	Artrite Idiopática Juvenil	9	21	14	35	4
11	7	Doença Mista do Tecido Conjuntivo	10	36	15	51	6
11	6	Dermatomiosite	21	23	9	32	5
11	5	Sem diagnóstico	12	30	6	36	4
11	10	Doença Renal Crônica	10	39	12	51	3
11	8	Sepse e Colelitíase	12	20	14	34	3

O gráfico a seguir nos mostra a porcentagem de crianças investigadas através da aplicação do questionário parental, no hospital Santa Casa da Misericórdia do Pará, que apresentaram indícios de Transtornos Dissociativos.

Gráfico 1 – Distribuição de Transtornos de acordo com *Children Dissociative Checklist* (CDC) na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, 2016.

Santa Casa de Misericórdia do Pará

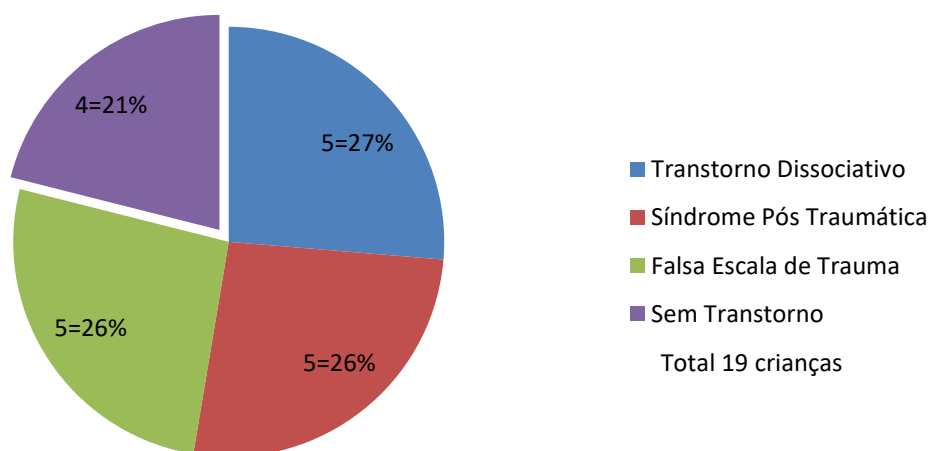


Fonte: Pesquisa de Campo (2016)

O gráfico a seguir nos mostra a porcentagem de crianças investigadas através da aplicação do questionário direcionado à elas, no hospital Santa Casa da Misericórdia do Pará, que apresentaram indícios de Transtornos Dissociativos.

Gráfico 2 – Distribuição de Transtornos de acordo com *Children's Dissociative Experiences Scale* (CDES) na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, 2016.

Santa Casa de Misericórdia do Pará



Fonte: Pesquisa de Campo (2016)

Tabela 2 – Resultados de Questionários *Children Dissociative Checklist* (CDC) e *Children's Dissociative Experiences Scale* (CDES) referentes à entrevistas no Hospital Universitário João de Barros Barreto, 2016.

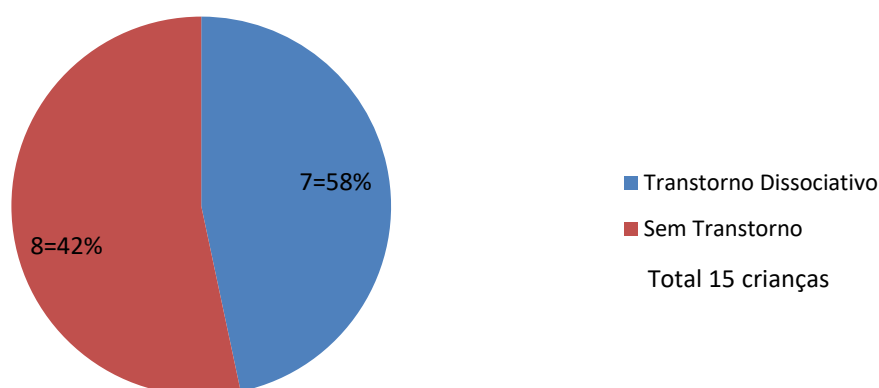
Idade da criança	Dias de internação	Diagnóstico de internação	Questionário Parental (CDC)	Questionário Infantil (CDES)			
				Dissociação	Pós Trauma	Total	Falsa Escala de Trauma
8	23	Vírus da Imunodeficiência Adquirida	13	20	17	37	5
9	5	Criptococose Cerebral	16	11	28	39	3
7	5	Sem Referência	12	18	13	31	9
7	6	Pneumonia	11	24	12	36	6
7	5	Meningite Bacteriana	13	20	24	44	5
9	23	Estafilococose	10	8	9	17	7
6	6	Broncopneumonia	2	7	13	20	6
9	5	Meningite Bacteriana	19	14	22	36	1
7	6	Vírus da Imunodeficiência Adquirida e Pneumonia	23	22	24	46	5
10	8	Acidente Ofídico	11	17	10	27	7
10	5	Vírus da Imunodeficiência Adquirida	11	15	10	25	7
10	11	Broncopneumonia	14	37	19	56	5
6	6	Acidente Ofídico	11	11	28	39	8

9	13	Pneumonia	6	22	28	50	5
		Derrame Pleural					
8	16	Pneumonia Bacteriana	11	20	9	29	6

O gráfico a seguir nos mostra a porcentagem de crianças investigadas através da aplicação do questionário parental, no hospital Santa Casa da Misericórdia do Pará, que apresentaram indícios de Transtornos Dissociativos.

Gráfico 3 – Distribuição de Transtornos de acordo com *Children Dissociative Checklist* (CDC) no Hospital Universitário João de Barros Barreto, 2016.

Hospital Universitário João de Barros Barreto

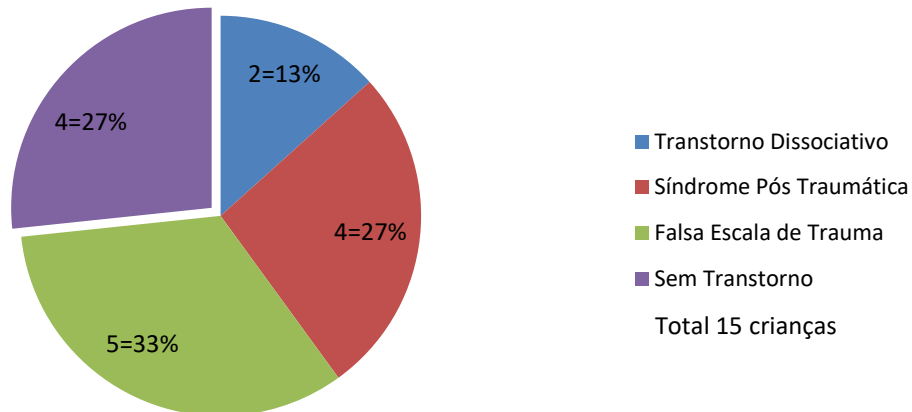


Fonte: Pesquisa de Campo (2016)

O gráfico a seguir nos mostra a porcentagem de crianças investigadas através da aplicação do questionário direcionado à elas, no hospital Santa Casa da Misericórdia do Pará, que apresentaram indícios de Transtornos Dissociativos.

Gráfico 4 – Distribuição de Transtornos de acordo com *Children's Dissociative Experiennces Scale* (CDES) no Hospital Universitário João de Barros Barreto, 2016.

Hospital Universitário João de Barros Barreto



Fonte: Pesquisa de Campo (2016)

4 Discussão

No decorrer do processo de análise de dados, constatou-se que a presença de Transtorno Dissociativo e Síndrome Pós-Traumática são diretamente proporcionais ao período de internação, tendo sido mais encontradas em crianças internalizadas por um período entre sete (7) e onze (11) dias, o que corrobora os achados de Angerami (2004), o qual afirma que após um período de hospitalização superior à cinco (5) dias, crianças apresentam mais tendência ao desenvolvimento de transtornos psicológicos relevantes.

No que diz respeito à conexão entre idade e índice de presença de transtorno dissociativo e síndrome pós traumática, o presente estudo evidenciou que crianças entre sete (7) e onze (11) anos foram mais facilmente apontadas pelo questionário CDES como sendo os maiores predisponentes à ambas patologias, o que também confirma o dito por Angerami (2004), o qual lista 'faixa etária' como fator diretamente ligado à apresentação de implicações de cunho psicológico.

Falsas Escalas de Trauma não encontraram direta ligação com diagnósticos e/ou período de internação, tendo sido encontradas em crianças que se encontravam hospitalizadas entre cinco (5) e doze (12) dias em ambas as Instituições, e, distribuídas indistintamente entre crianças de cinco (5) a doze (12) anos de idade. Putnam (1997), não apresenta em seus estudos fatores de predisponência à ocorrência deste item.

Nenhum dos itens analisados pelo questionário CDES encontrou ligação direta com o diagnóstico clínico das crianças entrevistadas, contrapondo-se ao dito por Angerami (2004), o qual assegura a conexão direta do “tipo de diagnóstico e prognóstico clínicos” à apresentação de implicações psicológicas em infantes.

O formulário parental CDC, no entanto, encontrou ligação direta com ambos: período de internação e severidade de diagnósticos clínicos, apresentando maior índice de respostas indicativas de dissociação quanto mais longos eram o período de internação e mais grave o diagnóstico infantil.

Quanto à compatibilidade na comparação de resultados dos questionários parental e infantil para a presença de Transtorno Dissociativo, enquanto 58% dos pais de crianças internalizadas em ambas as instituições tiveram respostas que apontaram para a presença do transtorno nos infantes, apenas 27% das crianças entrevistadas na FSCMPa e 13% das crianças entrevistadas no HUIBB apresentaram pontuação compatível para o resultado indicativo de transtorno, e, conforme o afirmado por Putnam (1997), crianças do sexo masculino foram avaliadas por suas mães/acompanhantes com uma pontuação entre um (1) e dois (2) pontos mais elevada do que a dada por mães/acompanhantes à crianças do sexo feminino.

Os resultados comprovaram o envolvimento familiar no processo de tratamento da doença de base dos infantes entrevistados em 100% dos casos. O acompanhamento do infante nos critérios de inclusão e exclusão foi relevante não somente ao preenchimento do questionário parental, CDC, mas também à comprovação da participação familiar durante o processo de hospitalização. Dentre as crianças participantes da pesquisa, 91% contavam com a presença de acompanhantes integrantes do círculo familiar em sistema de “revezamento”, ora sendo acompanhadas por suas mães, ora por pais, tios, avós e irmãos mais velhos. Os 9% restante, contavam com a presença materna de forma integral. Segundo Collet (2002), o fator é relevante uma vez que “a entrada no ambiente hospitalar somada ao afastamento familiar, provocam na criança não somente os sofrimentos físico e psicológico, mas também a potencialização de um cenário estressor, o que tende a afetar suas respostas comportamentais e físicas”. Marcadores socioeconômicos e demográficos familiares não foram analisados neste trabalho.

O questionário CDC em seu primeiro item questiona acerca de processos traumáticos sofridos por infantes nos últimos 12 meses. A definição de tais processos foi

esclarecida e exemplificada aos acompanhantes durante a aplicação do questionário, conforme estabelecido na metodologia deste trabalho. A significação de trauma foi dada pela American Psychiatric Association e dentre os principais possíveis fatores desencadeadores da sintomatologia dissociativa e traumática identificados nas crianças entrevistadas, pode-se listar os seguintes: repetidas internações hospitalares em curtos períodos de tempo, perda do contato com familiares e amigos devido ao(s) processo(s) de internação hospitalar, profundo incômodo por perda de autonomia sobre o próprio corpo devido à rotinas hospitalares, necessidade de mudança de cidade e interrupção do processo educacional escolar, separação/divórcio parental. Tais fatores são não somente listados pela American Psychiatric Association (DSM V, 2013), mas também por Collet (2002), Angerami (2004) e Jack (2012) os quais asseguram que quadros ansiolíticos decorrentes do enfrentamento da patologia, do afastamento familiar, do sofrimento físico e psicológico por meio da interrupção do seu cotidiano, somados à presença de equipamentos estranhos, dolorosos e à incapacidade em manter controle sobre sua rotina e seu próprio corpo, exigem da criança uma agressiva resposta adaptativa, a qual é capaz de romper circuitos cerebrais, tornando-se precursores de prejuízos posteriores ao desenvolvimento e à instauração de doenças crônicas relacionadas ao estresse físico e mental.

Considerações finais

O resultado da pesquisa mostrou de maneira clara, o modo como os transtornos dissociativos afetam a população infantil, e a ideia da infância como um período puramente alegre e livre de sofrimentos foi, um pouco mais desmitificada. Saber também que mesmo traumas provenientes de causas não abusivas podem levar a psicopatologia dissociativa, a qual pode interferir no desenvolvimento da criança e do funcionamento geral de maneira profunda foi muito importante e trouxe um novo significado e mais entusiasmo para o desenvolvimento deste estudo.

Ao final deste estudo foi possível constatar que a avaliação psicológica inicial é indispensável no atendimento infantil, e que por exigir dos profissionais de saúde uma postura diferente, esse processo costuma se diferenciar da psicoterapia. Através da realização deste estudo, foi também possível compreender que a forma como os processos adotados em prática são nomeados, é carregada de sentidos, fazendo diferença não somente no olhar e a prática profissionais mas na forma como tais práticas são assimiladas e praticadas pelos clientes em uso e/ou acompanhamento as mesmas.

Verificou-se que a aplicação de testes com fins de diagnósticos psiquiátricos, muito embora seja carregada de pré-conceitos, tem inúmeras funções, podendo favorecer o cliente e inclusive contribuir para o diálogo com os cuidadores/responsáveis, escola e outros profissionais, desde que, sejam utilizados de uma maneira coerente e que esteja como qualquer outra técnica em saúde, a serviço da relação com os clientes visando a melhora de seus prognósticos. Espera-se que a escolha do modelo aqui adotado possa ter contribuído para reflexão do tema e que este estudo possa gerar novas discussões, novos desdobramentos e principalmente, novas práticas. O que nos faz pensar no quanto a abordagem ainda pode produzir neste campo, talvez até construindo recursos ainda mais afinados com seus pressupostos.

Considera-se o estudo de significativa complexidade, dadas as variáveis envolvidas, expressas no contexto de vulnerabilidade social e nas dificuldades da criança, salientando-se a primeira como a mais significativa e que, portanto, necessitaria de uma avaliação mais profunda a fim de que pudesse se obter maiores esclarecimentos e proficiência de um diagnóstico bem como uma análise mais profunda acerca dos marcadores sociais em saúde presentes e talvez característicos desta área.

Considerações para a Enfermagem

Este trabalho visou, sobretudo, a ampliação da importância de um olhar diferenciado para a prática da avaliação psicológica infantil, entendendo a proposta como mais uma possibilidade de imensa importância para profissionais de saúde, em especial a enfermagem.

Destaca-se também a importância da Enfermagem ao investir na saúde mental e envolvimento familiar no processo de saúde-doença viabilizando meios geradores de fortalecimento social, familiar e de saúde.

Espera-se, por fim, que as informações obtidas contribuam para incentivar novas pesquisas relacionadas ao assunto, mas principalmente, que sirvam de reflexão para aqueles profissionais que trabalham e que convivem com crianças que apresentam sintomas dissociativos e pós traumático.

Referências

- American Psychiatric Association – APA. *Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais – DSM-V*. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- ANGERAMI, V. A. *Tendência em Psicologia hospitalar*. São Paulo: Thompson Learning, 2004.
- COLLET, N.; OLIVEIRA, B.R.G. *Manual de enfermagem em pediatria*. Goiânia: AB, 2002.
- CUNHA, J.A. *Psicodiagnóstico V*. [SI]: Artmed, 2008.
- DRUGG, A, et al. *A Depressão na infância. Escritos da clínica*. Ijuí: Editora Unijuí, 2010.
- EISENSTEIN, E. *Adolescência definições, conceitos e critérios*. *Adolesc. Saúde*. 2005;2(2):6-7 & IBGE Censo, 2013.
- FEINDLER, E.L., RATHUS, J.H., SILVER, L.B. *Assessment of Family violence: A handbook for reserchers and practitioners*. Pages:580. ISBN: 978-1-55798-900-0.
- JACK, P.; SHONKOFF, MD.; ANDREW, S.; GARNER, MD. *The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress*. *PEDIATRICS* Volume 129, Number 1, January 2012
- KAPCZINSKI, F. *Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos: uma abordagem translacional*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- LOPEZ, M. A. *Hospitalização*. Trad. Maria Teresa Ramalhal Teixeira. São Paulo: McGraw-Hill, 1998.
- _____. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* / [American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2014.
- MITRE, R.M.A.; GOMES, R.A. *A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde*. *Ciência Saúde Coletiva* 9 (1): 147-54, 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19832.pdf>> Acesso em 09 de set de 2011.
- NIGRO, M. *Hospitalização: o impacto na criança, no adolescente e no psicólogo hospitalar*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- Organização Mundial da Saúde – OMS. *Violence and health*. Geneva. Suíça: World Health Statistics Quarterly do World Health Organization, 2002.
- OTHMER, E.; OTHMER, S.C. *The clinical interview using DSM-IV-TR*. Vol. 2. The Difficult Patient. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2002. p.119-55.

PUTNAM, F.W. *Dissociation in Children and Adolescents*. New York, NY: The Guilford Press, 1997.

REIS, R. L. R.; FIGUEIRA, I. L. V. *Transtorno depressivo na clínica pediátrica*. [SI]: Revista Pediatria Moderna, 37, 212-222, 2001.

SOUSA, E.S. et al. *A importância do psicólogo no tratamento de crianças Hospitalizadas*. Disponível em http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/504.%20a%20import%C2ncia%20do%20psic%D3logo%20no%20tratamento%20de%20crian%C7as%20hospitalizadas.pdf> Acesso em 10 de jul de 2016.