



Instituto Superior de Psicologia Aplicada

**DOR E PARENTALIDADE: A VINCULAÇÃO NA
CRIANÇA HOSPITALIZADA**

RITA BORREGO SILVA RUSSO

Orientador de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR EDUARDO SÁ

Coordenador de Seminário de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR EDUARDO SÁ

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Clínica

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Professor Doutor Eduardo Sá, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº 19673/2006 publicado em Diário da Republica 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

AGRADECIMENTOS

Agradeço antes de mais a meus pais e irmãos toda a compreensão, apoio constante e paciência, sem os quais teria conseguido ir avante com este trabalho.

Ao Prof. Doutor Eduardo Sá agradeço a sua orientação e confiança que demonstrou para comigo, determinante para a concretização desta tese de mestrado.

No que diz respeito aos amigos não posso deixar de agradecer o entusiasmo e colaboração da Joana, da Carolina, da Inês e da Joana R. que acompanharam esta minha etapa até ao último momento. Agradeço igualmente à solidariedade e disponibilidade da Teresa, da Paula, da Maria João e da Dora.

Ao Dr. Costa Martins agradeço todo o apoio, compreensão e inesgotável disponibilidade ao longo deste trabalho.

Agradeço ao presidente do Conselho de Administração do Hospital do Espírito Santo, da cidade de Évora, Prof. Doutor António Serrano por ter aprovado o projecto de investigação, tornando possível a realização deste trabalho. Um agradecimento especial ao Dr. Rui Rosado pela sua motivação, disponibilidade e pelo seu permanente entusiasmo. Agradeço também ao Dr. Jorge Palácios e à importante colaboração da Enfermeira Chefe do Serviço de Pediatria Maria da Conceição e da Enfermeira Antónia Charneca.

Ao Instituto de Apoio à Criança por toda a bibliografia facultada.

Finalmente uma palavra de gratidão às mães e crianças que com a sua participação tornaram possível a execução deste trabalho.

RESUMO

O objectivo principal deste trabalho consistiu em averiguar se o tipo de vinculação existente na relação entre a criança e a sua figura parental – aqui representada pela mãe – influencia a capacidade (ou incapacidade) de resiliência face à dor cirúrgica, na criança hospitalizada. Implicou uma amostra de 20 díades mãe-criança, com crianças entre os 3 e os 7 anos de idade.

Este estudo foi desenvolvido com base numa prática de investigação de cariz descritivo e exploratório, no qual se usou a Escala Numérica e a Escala de Faces na mensuração da intensidade da dor – aplicada durante todo o período de hospitalização – e o Inventário de Auto-Estima Materna com o objectivo de estabelecer a relação entre as representações maternas e o modelo de vinculação existente nas díades – aplicado às mães no momento pós-cirúrgico.

Os resultados demonstraram valores globais e individuais de auto-estima materna bastante elevados e uma regularidade da resposta “Sem Dor” resultante da avaliação da intensidade da dor contribuindo, desta forma, para a ideia inicial e reflexão final de que o modelo de vinculação existente influencia a capacidade de resiliência da criança.

Palavras-chave: Criança hospitalizada, Avaliação da intensidade da dor, Vinculação.

ABSTRACT

The main objective of this study consisted in check out if the attachment model between the child and his mother has influence in the capacity (our incompetence) of holding out and resistance when confronted with surgical pain, in hospitalized children.

The sample has 20 children (with age between 3-7 years) and the respective mothers. This study was developed on the basis of an exploration and descriptive type of investigation, in which was used a Numerical and Facial Scales in order to measured the pain intensity in children – applied during the whole period of hospitalization – and the Maternal Self Report Inventory, with the objective of establish the relation between the maternal representations and the attachment model existent in the mother-child relationship – applied to the mothers in a post-surgical moment.

The results had demonstrated global and individual high self-esteem levels and regularity in children answer – “No Pain”. Subsequently, this study sends to the idea that the attachment model influences the capacity of holding out and resistance of the children.

Key-words: Hospitalized children, Evaluation of pain intensity, Attachment.

ÍNDICE

LISTA DE TABELAS	vii
INTRODUÇÃO	1
REVISÃO DA LITERATURA	2
Algumas Reflexões em Torno da Hospitalização	2
Dor: Definição e Caracterização	12
Vinculação	16
MÉTODO	21
Amostra	21
Delineamento	21
Instrumentos	21
Procedimento	23
RESUTADOS	26
DISCUSSÃO	29
Interpretação dos Resultados	29
Limitações	36
Propostas para Futuras Investigações	36
Conclusões	37
Referências Bibliográficas	38
Anexos	43
Anexo A: Escala numérica e escala facial	44
Anexo B: Inventário de auto-estima materna	46
Anexo C: Output do <i>alpha de cronback</i>	52
Anexo D: Carta de consentimento informado	55
Anexo E: Resposta das mães à escala de auto-estima	57
Anexo F: Média dos itens da escala de auto-estima materna	59
Anexo G: Registo da intensidade da dor e tipo de cirurgia	61
Anexo H: Folha de classificação dos doentes	67

Lista de Tabelas

TABELA 1: Média global obtida pelas mães na resposta à escala de auto-estima materna	26
TABELA 2: Média das respostas por item correspondente à escala de auto-estima materna	27
TABELA 3: Classificação da intensidade da dor nas crianças	28

INTRODUÇÃO

A qualidade das relações precoces que acontecem no seio familiar tem sido alvo de inúmeras investigações, dissertações e reflexões suscitando grande curiosidade ao longo dos anos. Esta é uma temática que assenta na Teoria da Vinculação e na qualidade da interacção existente entre o cuidador, na maioria das vezes representado pela mãe, e a criança (<http://www.virtualpsy.org/psicossomatica/apego.html>).

A evolução do sistema de vinculação produziu-se, segundo Bowlby (in Guedeney & Guedeney, 2004), numa perspectiva darwiniana defendendo que este sistema teria uma vantagem selectiva, em que a proximidade das figuras de ligação prestadoras de cuidado, seriam úteis na luta contra as adversidades do meio, constituindo o seu modelo de relação uma condição fundamental na resposta da criança a situações de stress (<http://www.virtualpsy.org/psicossomatica/apego.html>). É, pois, evidente que os cuidados maternos possam resultar na transmissão de respostas adaptativas ao longo de várias gerações, resultando numa transmissão transgeracional de resiliência e influenciando a saúde do indivíduo ao longo da sua vida (Meaney & Szyf, 2005).

Com base neste referencial teórico surgiu o interesse de estudar a problemática da criança hospitalizada e a sua capacidade (ou incapacidade) de resiliência face à dor cirúrgica, considerando o tipo de vinculação existente na relação entre a criança e a figura parental, aqui representada pela mãe.

A importância de um estudo como este, justifica-se pelo modo como a qualidade de vinculação influencia ou não a capacidade de resiliência da criança. Assim, realizou-se a revisão da literatura em três partes que se consideram fundamentais para a compreensão do estudo.

Numa primeira parte realizar-se-á uma reflexão em torno da hospitalização. Posteriormente, elaborar-se-á a caracterização e definição de dor e por último abordar-se-á a revisão da literatura sobre a vinculação.

Os restantes capítulos englobam questões metodológicas, os resultados e a sua discussão.

Algumas Reflexões em Torno da Hospitalização

A doença e o internamento constituem para a criança uma experiência extremamente exigente, sendo crucial a forma como são prestados os cuidados durante este período (http://www.iacrianca.pt/crianca/carta_livro.pdf). Segundo Kudo (<http://www.proext.ufpe.br/cadernos/saude/criancas.htm>), sempre que estar doente obriga a uma hospitalização, verificam-se grandes mudanças no dia-a-dia e quebras de rotina na vida de qualquer indivíduo, em particular, se falamos de uma criança. Esta especificidade, atendendo à faixa etária, acrescenta uma menor tolerância ao sofrimento físico, à limitação de actividade, aos regimes alimentares, bem como aos procedimentos clínicos, frequentemente dolorosos e traumatizantes. Por sua vez, Santa Roza (in Mitre & Gomes, 2004), defendeu ser a infância a fase da vida em que a hospitalização adquire contornos mais traumáticos para o indivíduo, sendo este um momento em que a criança se afasta do seu quotidiano, do seu ambiente familiar, colocando-a “frente a frente” com a dor, com as limitações físicas e com o sofrimento.

Todas estas circunstâncias levam a criança a elaborar conceitos em relação à sua doença e ao hospital. Estas elaborações passam, muitas vezes, por sentimentos de culpa, por acreditar que está a ser castigada por “forças superiores”, etc.. Este tipo de sentimentos é muito frequente em crianças mais pequenas e não é invulgar em crianças mais velhas e até mesmo em adultos (Schmidt, 1997). Kudo (<http://www.proext.ufpe.br/cadernos/saude/criancas.htm>) defende que as modificações dos costumes diários da criança, provocados pela hospitalização e agravados pela separação materna são, habitualmente, encarados como agressões ou castigos, dando origem aos já referidos sentimentos de culpa, de abandono em relação aos pais e embotamento afectivo. Como consequência de toda esta experiência e alteração no percurso de vida da criança, surge uma diversidade de danos, nomeadamente, ao nível da maturação psicoafectiva da criança, verificando-se, por exemplo, infecções, distúrbios de comportamento e manifestações de desadaptação.

Embora muitas crianças permaneçam no hospital por um breve período de tempo, por vezes apenas um dia, é bem provável que estas se defrontem com numerosas experiências desagradáveis bem como com alguns procedimentos médicos invasivos (Siegel & Conte, 2001). Nesta sequência, surge outro aspecto muito importante na forma de gerir o internamento, denominado de natureza da hospitalização da criança, que foi estudado por

Barowsky (in Siegel & Conte, 2001), referindo que esta pode ser electiva/opcional, episódica ou crónica. A maior parte das admissões feitas pelo hospital são planeadas, o que permite a preparação prévia da criança para os acontecimentos que irá experimentar.

A hospitalização de natureza episódica representa admissões de emergência que, por serem habitualmente imprevisíveis, não permitem que a criança esteja antecipadamente preparada para tal experiência. Temos também crianças que dão entrada no hospital por motivos de natureza crónica, muitas vezes por períodos de tempo muito prolongado. Certas doenças crónicas são altamente ameaçadoras para a vida da criança. Como resultado, a admissão num hospital pode ter um significado consideravelmente diferente para essa criança e para a sua família, em comparação com uma hospitalização de outra natureza. Por esse motivo, embora as crianças hospitalizadas possam defrontar-se com muitas experiências semelhantes, enquanto estão no hospital, a qualidade dos seus problemas médicos e o objectivo da sua admissão podem apresentar particularidades na adaptação da mesma a esta experiência (Siegel & Conte, 2001).

Neste sentido, foi fundamental que, ao longo dos anos, surgissem autores dispostos a elaborar estudos com o objectivo de melhorar a qualidade de vida da criança que se encontra hospitalizada. James Robertson, na Clínica Tavistock em Londres, contribuiu para mudanças nas práticas hospitalares, de forma a ser mais atento o tratamento e o cuidado médico prestados. Robertson fez dois filmes em 1950: um que representava a intensa angústia e sofrimento de uma criança que foi separada dos pais por uma semana, enquanto se submetia a uma pequena cirurgia no hospital; outro que demonstrava a harmonia de uma criança a quem foi permitida a permanência da mãe durante a sua hospitalização para se submeter, também ela, a cirurgia. Estes filmes foram um impulso para promover mudanças nas políticas de muitos hospitais que negavam a oportunidade aos pais de permanecerem com os seus filhos durante a hospitalização (Siegel & Conte, 2001).

Actualmente, e desde Maio de 1988, existe em Portugal um documento que sintetiza e consagra os dez direitos das crianças hospitalizadas, dizendo este que:

A admissão de uma criança no hospital só deve ter lugar quando os cuidados necessários à sua doença não possam ser prestados em casa, em consulta externa ou em hospital de dia; uma criança hospitalizada tem direito a ter os pais ou os seus substitutos, junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estatuto; os pais devem ser encorajados a ficar junto dos seus filhos, devendo ser-lhes facultadas facilidades materiais sem que isso implique qualquer encargo financeiro ou perda de salário. Os pais devem ser informados sobre as regras e as rotinas próprias do serviço para que participem activamente nos cuidados aos seus filhos; as crianças e os pais

têm direito a receber informação sobre a doença e os respectivos tratamentos, adequada à idade e à sua compreensão, a fim de poderem participar nas decisões que lhe dizem respeito; deve evitar-se todo o exame ou tratamento que não seja indispensável. As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo; as crianças não devem ser admitidas em serviços de adultos. Devem ficar reunidas por grupos etários para beneficiarem de jogos, recreios e actividades educativas adaptadas à idade, com toda a segurança. As pessoas que as visitam devem ser aceites sem limite de idade; o hospital deve oferecer às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afectivas e educativas, quer no aspecto do equipamento, do pessoal e da segurança; a equipa de saúde deve ter a formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e da família; a equipa de saúde deve estar organizada de modo a assegurar a continuidade dos cuidados que são prestados a cada criança; a intimidade de cada criança deve ser respeitada. A criança deve ser tratada com cuidado e compreensão em todas as circunstâncias (http://www.iacrianca.pt/crianca/carta_livro.pdf).

Um dos pontos mais abordados pelos estudos, que foram surgindo anteriormente, coincide com as fontes de stress na criança que necessita de recorrer à hospitalização. Segundo Goslin e Rae (in Siegel & Conte, 2001), muitas das fontes de stress numa criança hospitalizada que passa por procedimentos médicos, foram identificadas como: a separação dos membros da família; a dor, o sofrimento e o desconforto causados pela doença ou pelos tratamentos médicos; não estar familiarizada com o ambiente hospitalar nem com os técnicos; a imobilidade; a quebra das rotinas e a perda de controlo sobre os acontecimentos diários; a maior dependência dos outros; as precauções em relação aos danos corporais; distorções e equívocos acerca do objectivo da hospitalização e dos procedimentos médicos. Estudos de Eiser, Rudolph *et al.*, Schmidt, Saile *et al.* e Smorti *et al.* (in Schmidt, 1997), reforçam, ainda, a ideia anterior, referindo que existem muitos diferentes acontecimentos que tornam o hospital um local potencialmente stressante, dando como exemplos: a separação da mãe, pai e irmãos (caso existam); as fantasias e ansiedades irrealistas acerca da escuridão; monstros, assassinos e animais selvagens, segundo Smorti e Tani (in Schmidt, 1997), que não estão especificamente relacionados com os hospitais, mas que emergem pulsionados pela situação estranha; a privação de contactos sociais; as exigências e ameaças sociais; a dor e outras complicações derivadas da doença ou cirurgia; os procedimentos médicos stressantes, especialmente os extremamente dolorosos, de acordo com Pruitt e Elliott (in Schmidt, 1997); e o medo da inabilidade e da morte.

Todavia, existe um número de variáveis que podem influenciar e que antecedem os factores de stress na criança. Autores como Farenfort *et al.*, Melamed e Siegel (in Siegel & Conte, 2001), mencionaram, assim, variáveis como a idade, o sexo, o nível de

desenvolvimento cognitivo, o diagnóstico médico, a duração da hospitalização, se existiram ou não experiências anteriores com procedimentos médico e hospitalar, a organização psicológica pré-hospitalar e a capacidade parental para funcionar como fonte de suporte para a criança.

Derivado destes factores de stress surge, apesar de não haver consenso em relação à altura ideal para preparar as crianças para a experiência hospitalar, e segundo autores como Peterson *et al.* e Siegel (in Siegel & Conte, 2001), a necessidade de existir alguma forma de preparação para reduzir o stress associado à hospitalização. Elkins *et al.* e Vernon *et al.* (in Siegel & Conte, 2001), defendem que a maior parte dos programas para preparar crianças focam cinco componentes: dar informação, encorajar a expressão emocional, estabelecer uma relação de confiança entre a criança e os técnicos do hospital, dar informação aos pais e sugerir estratégias de *coping* à criança e/ou aos pais.

Os primeiros esforços para reduzir a angústia e dor associadas à cirurgia e hospitalização utilizaram técnicas de educação e modelagem. Estes estudos, que frequentemente usavam um modelo que demonstrava o procedimento a que a criança era submetida, documentavam que os programas de preparação eram eficazes na redução da angústia das crianças durante e depois da hospitalização (Harbeck-Weber & Mckee, 1995). Um dos primeiros estudos que utilizou uma estratégia educacional demonstrou que sessões informativas individualizadas eram uma ajuda para reduzir a ansiedade e comportamentos de aflição. Wolfer e Visintainer (in Harbeck-Weber & Mckee, 1995) tinham uma enfermeira em forma de boneca que usavam como modelo para contar uma história à criança acerca do que poderia acontecer. Estas sessões tinham como propósito definir pontos de stress (admissão no hospital, tensão antes de uma análise ao sangue, antes da primeira noite em que fica hospitalizada, antes de qualquer procedimento médico, imediatamente no momento que se segue à volta para o quarto de recuperação). Neste programa, foi dada às mães informação e a oportunidade de fazerem perguntas. Os pais envolvidos no programa aparentavam menos ansiedade e estavam mais satisfeitos com o cuidado que os técnicos do hospital estavam a dar ao seu filho.

Foram também referidas, nas diversas pesquisas feitas, diferenças significativas entre as crianças mais pequenas e as crianças mais velhas, no que confere à forma como lidam com a situação hospitalar. Barros (in Pires, 2004), afirmou e defendeu que as crianças mais pequenas apresentam maiores dificuldades em gerir a situação de hospitalização, devido ao facto de não terem disponíveis as mesmas capacidades para entenderem os procedimentos médicos e para perguntarem o que não compreendem, do que as crianças mais velhas ou do

que os adultos. Esta ideia foi, igualmente, constatada por Pidgeon (in Harbeck-Weber & Mckee, 1995). Siegel e Smith (in Siegel & Conte, 2001), sustentam também essa ideia, referindo que a resposta de uma criança à experiência hospitalar é influenciada por um determinado número de factores. Um dos mais importantes a considerar é o nível de desenvolvimento cognitivo da criança. Em geral, a literatura sustenta, como por exemplo o fazem Melamed e Siegel (in Siegel & Conte, 2001), que as crianças mais pequenas tendem a encontrar-se em maior risco para desenvolverem problemas emocionais e comportamentais, durante e após a hospitalização.

Siegel (in Siegel & Conte, 2001) disse, ainda, que as crianças mais pequenas têm um nível mais baixo de compreensão acerca da doença e dos procedimentos médicos que vai, por sua vez, contribuir para o seu elevado nível de ansiedade e comportamento receoso. Compreendendo o nível de raciocínio cognitivo da criança permite-se que os prestadores de cuidados respondam, de forma mais eficaz, aos medos e preocupações das crianças relacionadas com a condição e tratamento médico (Siegel & Conte, 2001).

Tal como referiu Eiser (in Mrazek, 1986), uma avaliação da compreensão da criança relativamente à doença leva directamente a uma melhor forma de comunicar com ela. Se as crianças forem capazes de compreender a patofisiologia básica da sua doença e do seu tratamento, poderão tornar-se co-participantes na sua própria terapia, em vez de ficarem confusas e amedrontadas pelos acontecimentos que fogem ao seu controlo. Existem, desta forma, grandes diferenças individuais nas capacidades das crianças lidarem com factores de stress, sendo a fase de desenvolvimento da criança uma das variáveis mais críticas em todo o sistema interactivo. Estudos empíricos levados a cabo por Prugh *et al.*, Illingworth, Holt, Schaffer e Callender (in Mrazek, 1986), sustentam o ponto de vista de que as crianças, com idades inferiores a quatro anos, estão em grande risco de sofrer problemas ao nível do comportamento, durante e depois da hospitalização pediátrica. Muitos autores, como por exemplo, Willis, Elliott e Jay (in Harbeck-Weber & Mckee, 1995), sugeriram que a preparação da informação a dar às crianças deve ter em conta o seu nível de desenvolvimento cognitivo.

No que diz respeito ao nível de desenvolvimento emocional dos pacientes de pediatria, pode dizer-se que este é fundamental para compreender como estes se adaptam aos factores médicos stressantes. Em particular as crianças em idade pré-escolar podem mostrar uma maior vulnerabilidade. Ao dar entrada num hospital estas crianças encontram-se numa posição confusa e dependente, perdendo, de um momento para o outro, o controlo de muitos dos aspectos do seu meio que já tinham aprendido a gerir. Além disso, como consequência de

um olhar mais egocêntrico sobre a realidade, poderá surgir um falso juízo relativamente à culpa e responsabilidade que, inadvertidamente, será reforçado pela experiência médica negativa. Uma preocupação comum para crianças nesta fase de desenvolvimento é a de que podem fazer construções erradas acerca dos tratamentos médicos, encarando-os como castigos relacionados com impulsos e comportamentos inaceitáveis que possam ter tido. Uma consequência geral de um aumento da maturidade é que a criança desenvolve uma maior variedade de competências adaptativas (Mrazek, 1986).

Uma das abordagens, referida por Siegel, Spirito, Starck e Tyc (in Siegel & Conte, 2001), para aceder ao estilo de *coping* das crianças foi a de identificar estratégias comportamentais específicas que as crianças usam quando confrontadas com procedimentos médicos ou outros acontecimentos geradores de stress. Uma segunda abordagem, defendida por Field *et al.*, Levenson *et al.*, Peterson *et al.* e Smith *et al.* (in Siegel & Conte, 2001), foi a de investigar as preferências das crianças em obter ou evitar informação relacionada com os procedimentos médicos ou com as doenças. Por outro lado, estudos como os de Levenson *et al.*, Smith *et al.* e Spirito *et al.* (in Siegel & Conte, 2001), sugerem que a preferência dos estilos de *coping* em relação à informação parece estar relacionada com a duração da doença da criança. Nas crianças que tiveram a sua doença durante um curto período de tempo é menos provável quererem informação em relação a ela ou informação detalhada durante procedimentos médicos invasivos, necessários ao tratamento. Um dos primeiros estudos a incluir técnicas de *coping* foi conduzido por Peterson e Shigetomi (in Harbeck-Weber & Mckee, 1995), utilizando a componente análise para examinar quatro preparações. As crianças foram distribuídas aleatoriamente por um dos seguintes grupos:

- 1) Preparação básica usando como modelo um boneco;
- 2) A mesma preparação básica, mais o filme “*Ethan Has an Operation*”;
- 3) Preparação básica, mais o treino de três técnicas de *coping* (relaxamento muscular profundo, visionamento, auto-instrução);
- 4) Todas as três componentes.

Observadores, pais e enfermeiros estavam em consenso quando referiam que o grupo de tratamento de crianças que inclui o treino de técnicas de *coping*, mostrava crianças menos perturbadas e mais cooperativas, tanto antes como depois da cirurgia, do que crianças que não receberam treino de técnicas de *coping*. As crianças que receberam as três componentes do programa de preparação foram avaliadas pelo técnico do laboratório como estando menos perturbadas e mais cooperativas do que as crianças dos outros grupos.

Por outro lado, não podemos esquecer a importância que tem, para a criança hospitalizada, a possibilidade de ser acompanhada pela sua família, dado que a presença dos pais é necessária e essencial, adquirindo um cariz importantíssimo na sua fase de recuperação. Tendo noção do quão indispensável é a presença dos pais junto das crianças internadas, é indispensável garantir a estes pais condições mínimas de conforto, protecção e assistência (http://www.iacrianca.pt/crianca/carta_livro.pdf). No hospital, as crianças são, frequentemente, portadoras de problemas de saúde graves, encontrando-se numa situação de fragilidade e também de grande vulnerabilidade ao meio que as rodeia, donde, a capacidade que os pais têm de serem elementos estabilizadores e contentores da ansiedade destas crianças, faz com que se tornem figuras muito importantes. No entanto, é fundamental que, na execução da sua função, tenham o apoio da equipa técnica que cuida dos seus filhos (<http://www.iacrianças.pt/boletim>).

Quando os pais de crianças pequenas podem permanecer com elas e fornecer-lhes um sentimento de estabilidade emocional, durante o decorrer do tratamento médico, muita da qualidade perturbadora da experiência pode ser mediada (Mrazek, 1986). Fagin (in Mrazek, 1986) fez observações das reacções das crianças à hospitalização e sugeriu que poderia haver uma relação entre as suas reacções e a qualidade do sistema de apoio familiar. A capacidade dos pais manterem o seu equilíbrio emocional é essencial. Se a ansiedade relacionada com o bem-estar do seu filho se acentua, alguns pais podem experimentar uma reacção intensa em relação ao stress, que pode inibir a sua possibilidade de fornecer o cuidado apropriado.

Fazer uma avaliação das capacidades dos pais para lidarem com factores geradores de stress associados à doença do seu filho e fornecer-lhes um apoio específico, deve ser uma parte a considerar para maximizar os benefícios da hospitalização.

Foi em 1945, nos Estados Unidos, que René Spitz analisou, pela primeira vez, a síndrome do “hospitalismo” com origem numa carência afectiva, causada pela separação da criança da mãe. Estas separações referiam-se a longos internamentos hospitalares que se faziam acompanhar de regressões no plano psicomotor e afectivo, incluindo, também, a presença de estados depressivos (<http://www.iacrianças.pt/boletim>).

Posto isto, pode-se acrescentar que este termo foi inicialmente empregue para designar “o conjunto das perturbações somáticas e psíquicas provocadas em crianças (durante os dezoito primeiros meses) por permanência prolongada numa instituição hospitalar onde estão completamente privadas da mãe”. Este conceito foi posteriormente alargado, abarcando, também, todo o tipo de consequências nocivas relativas a uma carência geral de ambiência em crianças pequenas que permanecem, durante um largo período de tempo, em hospitais ou

instituições. Todavia, esta generalização veio estabelecer uma certa confusão (in Dicionário de Psicologia da Criança, 1984, pp. 273-277).

Foram descritas por Spitz (in Dicionário de Psicologia da Criança, 1984, pp. 273-277) duas síndromas: carência afectiva total e carência afectiva parcial. A carência afectiva total resultou do primeiro estudo comparativo de Spitz. Este estudo foi realizado com crianças que se encontravam entregues aos cuidados de um orfanato, em circunstâncias deploráveis e com falta de apoio de pessoal técnico (uma enfermeira para um total de oito a doze crianças). Esta situação provocava, mais do que a declarada ausência da mãe e de uma carência afectiva (a única tida em conta por Spitz), uma visível carência ao nível da higiene e do condicionamento, no sentido mais geral da palavra. As noventa e uma crianças usadas como amostra neste estudo, teriam sido anteriormente tratadas pela mãe, sendo sujeitadas a estas condições de vida após os três meses de idade (até aos três meses, o seu comportamento era considerado normal). Depois dos oito meses de idade, constatou-se uma diversidade de perturbações nas crianças: choro, regressão psicomotora, um voltar-se progressivo sobre si, inexpressividade, perda de peso e predisposição para contrair doenças; no segundo semestre desaparecem os efeitos da imunidade herdada da mãe face a infecções provocadas por vírus desconhecidos na época dos trabalhos realizados por Spitz. Estas perturbações foram agrupadas sob o nome de depressão anaclítica. Passados dois anos, trinta e quatro daquelas crianças tinham falecido, aproximadamente 36 não voltaram a ser vistas, permanecendo 21 crianças para as quais se orientou a atenção do autor. Era evidente nestas crianças um atraso em relação às crianças da mesma idade, principalmente sob o ponto de vista motor. Tendo passado pelo período de “depressão dita anaclítica”, permaneciam imóveis nos seus berços. Ao fim destes dois anos a viver sob aquelas condições, verificou-se que o seu quociente de desenvolvimento era cerca de 45, equivalendo este valor a uma debilidade profunda. Por volta dos quatro anos de idade, a maioria das crianças não conseguia sentar-se, manter-se de pé, andar e falar, tendo-se tornado este estado irreversível.

Spitz (in Dicionário de Psicologia da Criança, 1984, pp. 273-277) sublinhou ainda a diferença entre mortalidade ocasional do infantário (nesta instituição as crianças eram tratadas pelas mães) e a mortalidade catastrófica do orfanato (nesta instituição os cuidados prestados às crianças não eram feitos pelas mães). Concluiu que toda a perturbação que a criança possa ter é consequência da ausência da mãe. Ao mencionar os estudos de Spitz, devemos ter em conta que o autor não concebe quaisquer outros factores na origem das perturbações verificadas nas crianças. Ao longo dos anos, estes estudos foram alvo de críticas, tendo sido feita menção, nomeadamente, ao pequeno número de crianças observadas, à multiplicidade de

carências a que as crianças estavam sujeitas, das quais apenas uma é tida em conta, bem como à relação estabelecida entre condições afectivas de vida e uma taxa de mortalidade, sem exame dos factores objectivos de morbidez.

No que diz respeito à carência afectiva parcial, que designa a depressão anaclítica, Spitz descreveu-a como sendo “um quadro clínico perturbado de desenvolvimento progressivo nas crianças de um infantário”. Neste caso, tratava-se de 34 crianças que tinham tido, durante os primeiros seis meses, relações normais com a mãe e faziam progressos. Posteriormente, foram privadas da mãe por um período de três meses tendo cada criança apresentado o quadro clínico acima referido. Verificou-se que, no decurso deste período de privação, o quociente de desenvolvimento decresce, podendo, caso a separação ultrapasse os cinco meses, dar origem a uma síndrome de carência afectiva total. Todavia, e segundo Spitz, se passados os três meses de ausência, a mãe retomar a criança, a perturbação desaparece (in *Dicionário de Psicologia da Criança*, 1984, pp. 273-277).

Por outro lado, o autor faz alusão ao facto de todas estas manifestações só serem visíveis nas crianças que tenham tido, durante os dez primeiros meses, boas relações com as suas mães, caso contrário a sua reacção será diferente. É, pois, desta forma que o autor confirma a importância da relação objectal durante o primeiro ano de vida.

As críticas dizem faltar a estes dados um estudo longitudinal. Defendem que deveriam estender-se por bastante tempo, de forma a ter-se conhecimento do que virão a ser, aos dezoito ou vinte anos de idade, crianças educadas no começo da sua vida sem mãe individual (in *Dicionário de Psicologia da Criança*, 1984, pp. 273-277).

Simplificando e sintetizando, é devido ao leque de perturbações apresentadas pelo bebé, com origem na carência materna, que se chegou à definição de hospitalismo. As reacções que surgem como consequência da separação entre a criança e a sua mãe, podem causar, ao fim de três meses, uma depressão anaclítica, devida à ausência da figura materna. Alguns estudos defendem ainda que, ao fim de cinco meses, se surgir um quadro grave de hospitalismo, este pode não ser completamente reversível. Crianças de idades muito precoces, quando submetidas a uma privação de contacto com as pessoas que são para elas mais significativas, quer seja por abandono ou por uma temporada passada num hospital, podem vir a sofrer de perturbações físicas e psicológicas, que irão, eventualmente, afectar o seu desenvolvimento. Podem-se dar como exemplo dessas perturbações, o atraso no desenvolvimento corporal, insónias, perda de peso, alteração do seu estado geral, incapacidade de adaptação ao meio, fragilidade e imunidade a doenças infecciosas, mutismo semelhante ao autismo (este autismo pode levar a uma psicose). Nos casos em que a carência

afectiva é total, associada à ausência de vínculo materno, os distúrbios podem, inclusive, levar à morte. A carência afectiva prolonga-se ao mesmo tempo que se vai acentuando a indiferença, chegando a um estado que Spitz denominou de depressão anaclítica, como já foi referido. Há uma regressão do desenvolvimento motor e o estado somático fica severamente afectado (perda de peso, debilidade do sistema imunitário, chegando um estado próximo da caquexia, que facilita a mortalidade). Ou seja, o termo “hospitalismo” especifica o efeito negativo do cuidado institucional a crianças, colocadas em instituições desde tenra idade, particularmente do ponto de vista psiquiátrico. A estimulação feita pela mãe irá sempre ser mais intensa, até mesmo do que a de uma enfermeira treinada da melhor forma. É ainda dito por Spitz, que mesmo a mais destituída das casas oferece mais estimulação mental do que um quarto de hospital (Spitz, 1945). O único “tratamento curativo” desta síndrome de frustração precoce é a relação materna: volta a mãe ou ocorre uma substituição eficaz por outra pessoa (<http://www.educacioninicial.com/ei/contenidos>).

Do ponto de vista psicológico, as reacções à doença física podem ser explicadas ao nível da realidade e ao nível do imaginário. Ao nível da realidade, as crianças apresentam um grande sofrimento, originado pela separação dos pais, dos amigos e do seu meio. Por sua vez, ao nível do imaginário, a doença vai mobilizar angústias e fantasmas, em função do modo como a criança se representa na doença [a criança vive a doença como um castigo, que lhe alimenta um sentimento de culpa, sentindo que está a ser punida por algo que cometeu (<http://www.medicosdeportugal.pt>)].

Este breve apanhado de ideias e de estudos visa, unicamente, mostrar o modo de conseguir proporcionar às crianças hospitalizadas as melhores condições físicas e psicológicas para que mais facilmente se adaptem à situação de hospitalização. Neste sentido, é muito importante que o pediatra e restante equipa de profissionais hospitalares demonstrem um elevado nível de competência, de forma a desenvolver na família um sentimento de garantia e confiança. Adicionalmente, devem ter uma apreciação empática das necessidades da criança, isto, se querem ser eficazes a minimizar as componentes stressantes da experiência hospitalar (Mrazek, 1986). Por fim, é fundamental, na tentativa de humanizar os hospitais e de melhorar a qualidade de vida da criança hospitalizada, que se criem relações de confiança entre a criança doente, a família e o meio hospitalar (<http://www.iacrianca.pt/boletim>).

Dor: Definição e Caracterização

Actualmente, a dor é considerada o 5º sinal vital, a par da frequência cardíaca, respiratória, pressão arterial e temperatura corporal. Como resultado desta ponderação é possível assistir, nos dias de hoje, a uma avaliação regular da intensidade da dor manifestada pelos doentes, tendo como principal objectivo o melhorar da qualidade de vida daqueles que, por algum motivo, têm de recorrer às instituições hospitalares (<http://www.saude.sapo.pt/artigos>). De acordo com a *International Association for the Study of Pain*, definir-se-ia dor como:

Uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só uma componente sensorial mas também uma componente emocional, que se associa a uma lesão tecidual concreta/potencial, ou é descrita em função dessa lesão. A dor não é apenas uma sensação, mas sim um fenómeno complexo que envolve emoções e outros componentes que lhe estão associados, devendo ser encarada como um modelo biopsicossocial (Instituto de Apoio à Criança, 2006).

Segundo Ross e Ross (in Woodgate, 1996), a descrição que a criança faz em relação à sua experiência com a dor é crucial para que ocorra uma evolução no que diz respeito ao conhecimento e à gestão da dor na infância. Neste sentido, estudos como os de Abu-Saad; de Alex e Ritchie; de Branson, McGrath, Craig, Rubin, e Vair; de Ely; de Gaffney e Dunne; de Gordon; de Hurley e Whelan; de Jerret e Evans; de Reissland; de Ross e Ross; de Savedra, Gibbons, Tesler, Ward, e Wegner; de Schultz; e de Spence, Miller, e Hendricks (in Woodgate, 1996), convergiram para resultados comuns, nomeadamente no que toca à capacidade da criança para relembrar e descrever acontecimentos dolorosos; na percepção que a criança tem da dor enquanto algo mau, sem nenhum valor positivo associado; e a identificação, por parte da criança, dos medicamentos, descanso e apoio da família e amigos como estratégias para lidar com a dor. No entanto, as diferenças nos relatos de crianças acerca da dor podem estar relacionados com um leque de variáveis, destacando-se o estado emocional referido por Ross, Ross, Weeks e Savedra (in Woodgate, 1996), o meio cultural, abordado por Abu-Saad (in Woodgate, 1996), e o nível de desenvolvimento cognitivo da criança. Foi neste sentido que Beales; Jay, Ozolins, Elliott, e Caldwell; e McGrath e Craig (in Woodgate, 1996), afirmaram que as capacidades cognitivas, as respostas emocionais, o comportamento específico da idade, a capacidade de comunicação, a maturidade fisiológica, a socialização no seio familiar e a cultura são factores que influenciam a capacidade dos doentes pediátricos para compreender e

reagir a procedimentos médicos, estando as estratégias de *coping* usadas, de acordo com Bush, Melamed, Sheras, e Greenbaum (in Bennett-Branson & Craig, 1993), directamente relacionadas com a interacção estabelecida entre a mãe e a criança.

No que confere aos aspectos de cariz neurofisiológico, relacionados com a dor, é importante referir que com a *Gate Control Teory* ou Teoria da Comporta, desenvolvida por Melzack e Wall (in Bastos, 2005), surge a noção de controlo da transmissão nociceptiva através da modulação, processada a nível do Corno Dorsal da Medula, com uma verdadeira área sensitiva primária, recebendo, para além das inibições segmentares a influência de uma via descendente inibitória, com origem nos centros superiores. A comporta nunca está completamente aberta ou fechada, mas sim num estado dinâmico dependente da interacção de factores excitatórios e inibitórios. Este controlo aplica-se no sentido ascendente, facilitando ou inibindo a propagação do estímulo da periferia até ao cérebro, e descendente, do cérebro para os cornos posteriores da medula. Assim sendo, o estímulo nociceptivo é alvo de actividade mental, discriminação, prospecção e eleição, resultando na sua transformação um fenómeno que inclui a cognição e as emoções, constituindo-se como uma experiência e forma de comunicação com o outro. Desta forma, não é errado afirmar que a dor é subjectiva, estando dependente da avaliação cognitiva que cada pessoa faz do acontecimento que provoca a lesão constituindo-se este, um factor crucial na determinação do comportamento da pessoa com dor. É, pois, importante relevar a influência dos factores psicológicos (Bastos, 2005).

Tempo depois, Melzack (in Bastos, 2005) desenvolveu a Teoria da Neuromatriz, sugerindo a existência de uma complexa rede de circuitos neuronais em interacção com diversas regiões cerebrais preparada para a recepção de estímulos nociceptivos, incluindo a actividade límbica.

Bastos (2005), refere ainda que, perante o acontecimento que provoca a lesão, o indivíduo vai reagir com emoção (medo, expectativa, raiva) que resulta numa resposta fisiológica por activação neurovegetativa ou stress de intensidade variável e, simultaneamente, numa resposta psicológica com expressão e comportamentos de dor (vocalização, postura e modificação da actividade). Pode assim dizer-se que existe um componente afectivo específico e intrínseco à própria dor e diferente da reacção afectiva que pode surgir posteriormente à experiência da dor e respectivas consequências, donde a necessidade de aludir a aspectos neurobiológicos se revela crucial, nomeadamente, o funcionamento do Sistema Límbico e sua relação com a etiologia das emoções. O Sistema Límbico possui uma série de funções pelas quais as emoções, como o amor, ódio, tristeza, entre outras, se estendem ao cérebro e, deste, ao corpo na sua totalidade. É também

responsável pelo centro coordenador da percepção, memória e comportamento; pela avaliação do valor ou significância de um estímulo; pelo processamento da cognição social (reconhecimento, afiliação, “teoria da mente”). A actividade límbica evidencia-se ainda pelo seu papel na transformação da composição do meio interno para uma melhor adaptação do corpo ao meio externo. Especialmente sensível às interações sociais, estabelece ainda vastas ligações com outras áreas que influenciam o funcionamento mental, o registo dos estados corporais e a acção sobre o Sistema Nervoso Autónomo, exercendo um controlo sobre as funções neurovegetativas (respiração, batimentos cardíacos, movimentos intestinais, etc.) e destacando-se como sistema “chave” na determinação da união entre o corpo e a mente. É, pois, através das relações funcionais do Sistema Límbico que melhor podemos compreender a mútua e estreita influência existente entre os aspectos psíquicos e somáticos, tal como afirmar que esta interface tem uma base neurofisiológica (Mota-Cardoso, 2001).

Ao organizar a sua actividade, o cérebro solicita um mecanismo de avaliação de estímulos (útil, lesivo ou neutro). Este é o papel desempenhado pela amígdala, afigurando-se crucial na avaliação do impacto da activação emocional na arquitectura neural. Enquanto avalia o valor dos estímulos, a amígdala avalia, em simultâneo, a expressão facial e o contexto social em que se insere, referidos por Allman e Brothers (in Mota-Cardoso, 2001), bem como os estados corporais em que se embebe. De acordo com Porges (in Mota-Cardoso, 2001), uns e outros influenciam directamente os processos de avaliação e os estados de activação subsequentes. Logo, todo este decurso envolve mecanismos onde factores internos e externos são determinantes, tais como, a memória, o estado emocional, o meio ambiente, a intensidade e familiaridade do estímulo e as expectativas (Mota-Cardoso, 2001). Uma amígdala em desregulação contribui para uma hiperexcitabilidade generalizada, estado de hiperalerta, sentimento de perigo e estabelecimento de um mecanismo aprendido de retroacção positiva. Segundo Kagan (in Mota-Cardoso, 2001), uma das suas etiologias comprovadas assenta nas perturbações da vinculação.

Uma outra estrutura constituinte do Sistema Límbico, o hipotálamo, organiza os detalhes das manifestações motoras e hormonais dos programas autonómicos. Mantém, ainda, uma ligação com a mais importante glândula do organismo, a hipófise – responsável pela regulação de outras glândulas fundamentais – demonstrando a interface entre o sistema nervoso central e o eixo endócrino. Estas interligações neuro-hormonais visam, essencialmente, a adequação da resposta do organismo a situações críticas, sejam elas físicas, psíquicas ou sociais (Mota-Cardoso, 2001). A resposta a situações de stress é activada para ajudar o organismo a regular uma ameaça, constituindo-se numa defesa necessária à vida. A

sua principal base anátomo-funcional está na acção e regulação do eixo hipotálamo-hipófise-supra-renal (HPA). Os neurónios parvocelulares do núcleo paraventricular do hipotálamo, tido como o primeiro elo da cadeia do eixo HPA, quando activados, libertam o factor libertador de corticotropina (CRF) e vasopressina que, ao agirem sobre a hipófise, aumentam a secreção hipofisária de adrenocorticotrofina (ACTH). Esta hormona provoca a libertação supra-renal de corticosteróides que, juntamente com as catecolaminas, são responsáveis pelas manifestações de adaptação (Mota-Cardoso, 2001). Ao longo dos anos foram efectuados estudos – com humanos e não-humanos – que realçaram o facto de as experiências precoces funcionarem como modulador para a saúde mental e física, ao longo da vida. Estudos realizados com roedores salientaram que as crias a quem foram prestados escassos cuidados maternos – qualificados como lambidelas e manipulação com arqueamento dorsal, iguados às carícias nos humanos – manifestavam respostas HPA desadaptadas. Através desta base empírica tornou-se então possível argumentar que o cérebro analisa a privação de carícias como ausência do prestador de cuidados, levando posteriormente a alterações de funcionamento, ou seja, passa de um modo de desenvolvimento para um modo de sobrevivência, por acção de uma resposta generalizada ao stress, com prolongada e excessiva libertação de glicocorticoides. Por outro lado, no caso de animais lambidos pelas mães, verificaram-se alterações epigenómicas com diferenciação da expressão génica, proporcionando-se condições para que houvesse um acréscimo da produção de receptores de glicocorticoides, por parte dos genes hipocampais tornando-se, assim, possível constituir um mecanismo de auto-regulação do hipocampo capaz de detectar mais eficazmente a presença das hormonas de stress. As crias destas mães apresentam-se mais tranquilas, menos temerosas e com respostas hormonais e comportamentais de stress mais adequadas e controladas (Maeney & Szyft, 2005).

A criança alcança a sua capacidade de auto-regulação, através do desenvolvimento de mecanismos reguladores internos, desencadeados pelos estímulos externos fornecidos pela mãe. No caso desta ser afectivamente responsiva, ou seja, estabelecendo regularmente “bons contactos”, cheios de sensorialidade, a criança desenvolve um sistema frontolímbico maduro que passará a regular as suas próprias funções autonómicas, endócrino-imunitárias e cerebrais superiores, na presença e posteriormente, na ausência da mãe. Consta-se, então, que a vinculação estrutura literalmente o cérebro em desenvolvimento, estabelecendo-se a sua maturação na interface dos processos neurofisiológicos e das relações interpessoais. Neste sentido, poder-se-á afirmar que a vinculação promove proximidade, sentimento de segurança e bem-estar, competência social, funcionamento mental e resiliência, destacando-se os pais

como os arquitectos do desenvolvimento cerebral, geneticamente programado e experiêncio-dependente (Mota-Cardoso, 2001).

A qualidade das relações precoces que acontecem no seio familiar, vai influenciar a saúde do indivíduo ao longo da sua vida – todavia, esta influência não possui um cariz, necessariamente, definitivo. Em parte, tal influência parece ser mediada pelos efeitos que as interacções existentes na relação pais-criança terão sobre o desenvolvimento dos sistemas neuronais, incluindo aqueles que intervêm nas respostas do indivíduo a situações de stress. É, pois, evidente que os cuidados maternos possam resultar na transmissão de respostas adaptativas ao longo de várias gerações, resultando numa transmissão transgeracional de resiliência (Meaney & Szyf, 2005). Neste sentido, torna-se crucial determinar qual o ponto de partida que desencadeará o tipo de interacção que a criança irá estabelecer com os pais.

Vinculação

A relação que o filho estabelece com os seus pais antecede em muito a gravidez da mãe (Sá, 2004). Baseando esta afirmação num determinante emocional, Lopes (in Sá, 2004) afirma que esta relação surge pela primeira vez durante a infância dos pais, enquanto fantasias de maternidade/paternidade e mais tarde, no imaginário dos pais, concedendo ao filho – que há-de ser – o estatuto de ser relacional mesmo antes do nascimento. Contudo, é no momento posterior ao parto que a mãe vai confrontar e integrar o bebé imaginário com o bebé real, estando esta integração na base da viabilização do processo de vinculação.

Os conceitos de base psicanalítica que remetem para a disponibilidade e ajustamento da mãe, assentam no estado de preocupação materna primária e na noção de mãe suficientemente boa defendida por Winnicott (in Wendland, 2001), nas antecipações criativas e na empatia referida por Lebovici (in Wendland, 2001), na harmonização afectiva mencionada por Stern (in Wendland, 2001) e na disponibilidade emocional de Emde e Sorce (in Wendland, 2001). Emde (in Wendland, 2001) afirma ainda que estas concepções direccionam-nos para um diversificado leque de condicionantes existentes no diálogo de intenções, bem como para afectos e sinais emocionais que se estabelecem, precocemente, entre a figura de ligação e a criança, condicionando o saudável desenvolvimento afectivo desta última.

Bion (in Sá, 2003), por sua vez, conceptualizou a relação mãe-criança tendo como base o modelo continente-conteúdo, no qual a capacidade continente da mãe lhe possibilita compreender os conteúdos emocionais do seu filho. O autor remete ainda para o facto de o amor materno se revelar através da *rêverie* – estado psicológico que extingue as necessidades de amor e compreensão da criança, possibilitando uma maior capacidade de tolerância às frustrações e um desenvolvimento do seu sentido de realidade, ambos aspectos essenciais no processo de desenvolvimento.

Winnicott (in Sá, 2003), como já referi anteriormente, fala-nos da preocupação maternal primária abrangendo, deste modo, mães que se identificam com o seu filho e com as suas necessidades, funcionando como ambiente facilitador dos processos de desenvolvimento. O papel representado pela mãe, dando resposta às exigências do seu filho de forma adequada e suficiente foi resumido pelo autor na expressão “mãe suficientemente boa”, que não sendo perfeita é aquela que assume as suas limitações, mantendo a empatia na base da relação com o seu filho.

Os estudos dos efeitos do cuidado materno sobre as crianças nos primeiros anos de vida, feitos por Bowlby (in Guedeney & Guedeney, 2004), destacaram as diversas repercussões adversas ao desenvolvimento, desencadeadas pelo rompimento da relação com a figura de ligação. Bowlby (in Guedeney & Guedeney, 2004) defendeu que os laços afectivos da criança recém-nascida são independentes das necessidades alimentares, que cada ser humano tem tendência para se vincular a outro e que todo o processo de vinculação tem uma base biológica de busca por protecção e suporte.

De acordo com Bowlby (in Wendland, 2001), a criança nasce com uma necessidade social primária que é satisfeita pelos contactos sociais maternos, sendo a mãe a figura de vinculação habitual. Por outro lado, Freud (in Wendland, 2001) dizia que a vinculação era consequência do prazer proporcionado pela satisfação das necessidades, em que a experiência de satisfação potenciava o desenvolvimento da vinculação à figura associada aos momentos de prazer, a qual seria investida libidinalmente.

A evolução do sistema de vinculação produziu-se, segundo Bowlby (in Guedeney & Guedeney, 2004), numa perspectiva darwiniana, defendendo que este sistema teria uma vantagem selectiva, em que a proximidade das figuras de ligação, prestadoras de cuidados seriam úteis na luta contra as adversidades do meio. Neste sentido, tudo o que promovesse a proximidade munindo a criança de um sentimento de segurança, pertenceria ao comportamento de vinculação. Sendo assim, o comportamento de vinculação é uma qualquer forma de comportamento que resulta na tentativa de alcançar ou manter proximidade por parte

de uma pessoa em relação a outra, claramente identificada como a mais apta para lidar com o mundo. Esta situação torna-se mais óbvia quando uma pessoa está assustada, cansada ou doente (Bowlby, 1989). A proximidade da criança em relação à sua figura de vinculação varia em função do contexto, sendo o objectivo principal o estabelecimento de uma distância ideal, condicionada pelas circunstâncias ambientais que envolvem possíveis situações de perigo ou stress e por factores internos inerentes à própria criança, como a dor, a fadiga, entre outros (Guedeney & Guedeney, 2004). A criança direcciona o seu comportamento de forma preferencial às potenciais figuras de vinculação com o objectivo de obter protecção, sustento, conforto e apoio, ao mesmo tempo que aparece o protesto aquando da separação e a angústia perante um estranho. A relação de vinculação combina assim a procura de proximidade, a noção de base de segurança, a noção de comportamento de refúgio e as diversas reacções marcadas pela separação (Guedeney & Guedeney, 2004). Quando uma pessoa percebe que a figura de vinculação está disponível, transmite-lhe um forte e penetrante sentimento de segurança que, por sua vez, a encoraja a valorizar e a manter a relação (Bowlby, 1989). A principal função das figuras de vinculação passa, então, por activar um leque de comportamentos que visam os cuidados físicos e afectivos prestados à criança, promovendo a proximidade e o reconforto quando a criança se sente em perigo (Guedeney & Guedeney, 2004). Neste sentido, os autores Sá, Matela, Morais e Veiga (in Sá, 2004) defendem que são as respostas adequadas da mãe às necessidades do seu filho que proporcionam uma relação harmoniosa e tranquilizante, promovendo e facilitando a futura autonomização da criança.

No teor da Teoria da Vinculação, a noção de base de segurança assenta na confiança da criança numa figura de vinculação promotora de apoio, protectora, acessível e disponível, capaz de responder de forma adaptada e adequada às necessidades da criança. Ao construir uma base de segurança a criança pode explorar o mundo, desenvolvendo um sentimento de autonomia e independência (Guedeney & Guedeney, 2004). Neste sentido, adicionado ao comportamento de vinculação e oposto a este, está a grande vontade, por parte da criança, de explorar o meio, de brincar e de fazer parte em variadas actividades com os seus pares, afastando-se da sua figura de vinculação. Por outro lado, quando alarmada, ansiosa, cansada ou doente sentirá grande necessidade de restabelecer a proximidade. Este padrão de interacção entre a mãe e a criança denomina-se de exploração com base segura (Bowlby, 1989).

De acordo com Miljkovitch (in Guedeney & Guedeney, 2004) as primeiras interacções da mãe com o seu filho são cruciais para as primeiras representações da criança, uma vez que é através das sequências, dos ritmos, das sensorialidades e dos afectos que esta vai construindo os seus objectos internos. É a partir destas trocas, que resultam da interacção com

as pessoas mais próximas, que a criança desenvolve modelos de relação que a auxiliam a compreender e a interpretar o comportamento no campo social. Estes modelos foram designados por Bowlby, e referidos por Miljkovitch (in Guedeney & Guedeney, 2004), de Modelos Operantes Internos, apresentando como principal função permitirem à criança antecipar as reacções do outro, orientando-a na sua forma de perceber e de se comportar nos seus relacionamentos interpessoais. Deste modo, a criança formará em simultâneo um modelo de si, como sendo mais ou menos merecedora de ser amada, e um modelo do outro, como estando mais ou menos atento às suas necessidades. De forma genérica, afirmar-se-ia então que a principal função dos Modelos Operantes Internos é a de simular acontecimentos do mundo real, possibilitando a planificação do comportamento (Bowlby, 1989). Johnson-Laird (in Bowlby, 1989) refere ainda que quanto mais adequada e precisa for a simulação melhor adaptado estará o comportamento, bem como terá maior probabilidade de se inserir no que provavelmente virá a ser.

O modelo de vinculação associado ao desenvolvimento saudável é o de vinculação segura, no qual o indivíduo está confiante que a sua mãe (ou figura de substituição) estará disponível e que o apoiará caso ocorram situações adversas. Com esta segurança, ele sente-se ousado nas suas explorações do mundo e competente a lidar com ele. Este modelo é promovido pela disponibilidade dos pais que se encontram sensíveis e atentos aos sinais da criança, aquando da necessidade de protecção, conforto ou assistência, especialmente nos primeiros anos de vida. Um segundo modelo de vinculação é o ambivalente, no qual o indivíduo não tem certeza se a mãe vai ou não estar disponível e apoiante quando chamada. Devido a esta incerteza, o indivíduo está sempre propenso a que surja ansiedade no momento da separação, com tendência a “colar-se” à mãe e ansioso no que toca à exploração do mundo envolvente. Este modelo é promovido por uma mãe que se apresenta disponível e apoiante em algumas ocasiões, mas não em outras. Um outro modelo é o evitante, no qual a criança não tem qualquer confiança e certeza de que quando procurar cuidados junto à figura de vinculação obterá uma resposta de apoio; pelo contrário, ela espera ser rejeitada. Tal criança tenta viver a sua vida sem o amor e apoio dos outros. Este modelo é o resultado da constante rejeição por parte da mãe, aquando da aproximação da criança na procura de conforto ou protecção (Bowlby, 1989).

Diversos estudos referiram que o modelo de vinculação desenvolvido pela criança durante a primeira infância, para além de ser influenciado pela forma como a figura de vinculação presta os cuidados à criança, também está ligado a aspectos temperamentais e genéticos (Wendland, 2001). O temperamento definiu-se como sendo uma parte

constitucional da personalidade, fazendo parte do potencial biológico da pessoa e desenvolvendo-se ao longo da vida, sofrendo simultaneamente influências do meio. Neste sentido, o temperamento da criança influencia e é influenciado pela formação do modelo de vinculação que se estabelece com a figura de ligação, colaborando esta na constituição da componente ambiental do temperamento (<http://www.virtualpsy.org/psicossomatica/apego.html>). O conceito de temperamento tornou-se, assim, e segundo Chess e Thomas (in Wendland, 2001), crucial para que se passasse a reconhecer a individualidade da criança, passando desta forma a indivíduo activo na interacção. Bell, Ainsworth, Belsky, Rovine e Taylor (in Wendland, 2001), salientaram ainda o facto da descoberta da criança competente ter originado uma necessidade do ajustamento da resposta por parte da figura de vinculação como garantia de um bom desenvolvimento emocional da criança. As competências da criança passavam a requerer uma figura de ligação atenta e disponível que reunisse duas condições: a sensibilidade e a responsividade, implicando uma sensibilidade aos sinais da criança, mas com um elemento de reciprocidade adequado, de disponibilidade e de resposta activa (Guedeney & Guedeney, 2004).

De forma genérica, poder-se-á dizer que a Teoria da Vinculação diz respeito à interacção entre o cuidador, na maioria das vezes representado pela mãe, e a criança, constituindo o seu modelo de relação uma condição fundamental na resposta da criança a situações de stress (<http://www.virtualpsy.org/psicossomatica/apego.html>). Bowlby (1989) acrescentou, ainda, que condições familiares favoráveis levam a um desenvolvimento resiliente por parte da criança, ou seja, o desenvolvimento da criança e esta se tornar ou não resiliente a situações de stress e ansiedade seria determinado pelo padrão de vinculação existente na relação mãe-criança durante os primeiros anos de vida.

Com base nesta revisão da literatura surge o interesse de estudar a problemática da criança hospitalizada e a sua capacidade (ou incapacidade) de resiliência face à dor cirúrgica, considerando o tipo de vinculação existente na relação entre a criança e a figura parental, aqui representada pela mãe.

MÉTODO

Amostra

Este estudo implica uma amostra de 20 díades mãe-criança, com crianças de ambos os sexos, constituída por um tipo de amostragem de conveniência (Maroco & Bispo, 2003). As condições que a amostra deve respeitar compreendem a faixa etária das crianças – entre os 3 e os 7 anos de idade, o âmbito da intervenção cirúrgica e a saída da maternidade em simultâneo da mãe e da criança no momento pós-parto.

Delineamento

Este estudo foi desenvolvido com base numa prática de investigação de cariz descritivo e exploratório. Considera-se um estudo exploratório pelo facto de existir enquanto forma de recolha de informação sobre o tema e descritivo transversal, pelo facto da informação ser recolhida num único momento (Ribeiro, 1999).

Instrumentos

São dois os instrumentos que servem de base a este estudo. A mensuração da intensidade da dor efectuar-se-á com recurso à Escala Numérica e à Escala de Faces, validadas internacionalmente e aprovadas pela Direcção-Geral de Saúde. A intensidade da dor deverá ser sempre referida pelo doente, consciente e colaborante, com idade superior a 3 anos. No caso particular do Serviço de Pediatria do Hospital do Espírito Santo (H.E.S.), na cidade de Évora, existe uma fusão das duas escalas adoptando-se o formato de régua, que apresenta num dos lados a Escala Numérica, dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10, na qual a classificação 0 corresponde a “Sem Dor”, a de 0 a 2 corresponde a “dor

ligeira”, a de 2 a 5 corresponde a “dor moderada”, a de 5 a 8 a “dor intensa” e a de 8 a 10 a “dor máxima”. No outro lado da régua encontra-se a Escala de Faces, na qual é solicitado ao doente que classifique a intensidade da dor de acordo com a mímica representada em cada face desenhada, pertencendo à expressão de felicidade a classificação “Sem Dor” e à expressão de máxima tristeza, a classificação “Dor Máxima” (<http://www.dgs.pt>) (ver anexo A).

Neste trabalho em concreto, a aquisição dos dados relativos à avaliação da intensidade da dor na criança serão recolhidos através da folha de registo de enfermagem que engloba, igualmente, os restantes sinais vitais – frequência cardíaca, respiratória, tensão arterial e temperatura. A recolha destes dados processa-se desta forma pelo facto do Serviço de Pediatria do H.E.S. respeitar a circular normativa (Nº 09/DGCG, 14/06/2003), aprovada pela Direcção-Geral de Saúde, que institui a dor como o 5º sinal vital, considerando como norma de boa prática o registo sistemático da intensidade da dor através de escalas validadas internacionalmente (http://www.myos.pt/download/circular5sinal_vital.pdf).

O outro instrumento utilizado é o Inventário de Auto-Estima Materna (Galvão, 2002), no qual os itens se encontram escritos na primeira pessoa, sendo pedido às mães que indiquem, numa escala de Likert, a forma como se sentem assinalando a resposta que expressa o grau de verdade da afirmação. Os vinte e seis itens constituintes do inventário agrupam-se por cinco diferentes dimensões: Capacidade para Cuidar do Bebé – dimensão que confronta a mãe com a sua auto-percepção da adaptação à maternidade, quer ao nível dos cuidados práticos, quer nos aspectos sociais e psicológicos, à qual correspondem os itens 8, 10, 17, 18, 20 e 25; Capacidade e Preparação Geral para a Função Materna – dimensão que avalia a satisfação da mãe em cuidar do bebé, estando esta relacionada com a sua auto-confiança relativamente à função materna, equivalendo aos itens 2, 4, 9, 12, 16, 21, 23 e 24; Aceitação do Bebé – que pretende averiguar a expectativa de ser mãe, à qual pertencem os itens 6, 14 e 22; Relação Esperada com o Bebé – que se refere àquilo que a mãe imagina, enquanto grávida, relativamente à relação que irá estabelecer com o seu filho, fazendo correspondência com os itens 3, 5, 11 e 26; Sentimentos Respeitantes à Gravidez, Trabalho de Parto e Pós-Parto – dimensão que está relacionada com os sentimentos experienciados durante a gravidez e com a importância destes na relação que se estabelecerá entre a mãe e a criança, correspondendo aos itens 1, 7, 13 e 19.

Como já foi referido anteriormente, trata-se de um inventário construído na forma de escala de Likert, no qual as respostas vão de 1 a 5, em que o 1 corresponde à posição “Discordo Totalmente” e o 5 a “Concordo Totalmente”. Contudo, para a sua cotação, o

diferencial inverte-se sempre que se trata de um item negativo, em que a pontuação 1 corresponde ao sentimento que expressa uma auto-estima baixa e o 5 aquele que expressa uma auto-estima elevada.

O resultado final é obtido pela soma dos valores de cada item, variando de 26 a 130, sendo a auto-estima materna tanto maior, quanto maior for o resultado alcançado (ver anexo B).

A fim de avaliar a consistência interna da escala, considerou-se o *Alpha de Cronbach* como índice de validade. Verificou-se assim um ¹*Alpha de Cronbach* para a escala geral de (.836) que, ao ser bastante elevado, demonstra uma boa consistência interna da escala. Por outro lado, o *Alpha de Cronbach* não apresenta consistência interna para as diferentes ² dimensões constituintes da escala não se procedendo a uma observação individual das mesmas (ver anexo C).

Procedimento

Antes de qualquer tipo de organização metodológica e recolha de dados, obteve-se junto da comissão de ética do H.E.S. a aprovação para desenvolver este estudo.

Num primeiro momento, e em conjunto com o cirurgião pediátrico Dr. Rui Rosado, fez-se uma selecção do grupo etário com maior incidência de necessidade de intervenção cirúrgica no Serviço de Pediatria do H.E.S., destacando-se as crianças na faixa etária dos 3 aos 7 anos de idade, aquelas com maior frequência de patologia cirúrgica. De seguida, foram seleccionadas as cirurgias que, embora de técnicas diferentes seriam equivalentes em possibilidade de reacção à dor no pós-operatório decorrente de se tratar da mesma região do corpo, do mesmo grau de “agressão” cirúrgica e do mesmo tempo operatório. Dentro das cirurgias foram escolhidas a Hérnia Inguinal, na qual o intestino exerce pressão desde um

¹ *Alpha de Cronbach* Geral = (.836)

² *Alpha de Cronbach* Dimensão 1 = (.803)

Alpha de Cronbach Dimensão 2 = (.597)

Alpha de Cronbach Dimensão 3 = (.336)

Alpha de Cronbach Dimensão 4 = (.258)

Alpha de Cronbach Dimensão 5 = (.858)

orifício que se localiza na parede abdominal até ao canal inguinal. A manifestação da hérnia inguinal resulta num volume de variadas dimensões, que surge na região inguinal ou mais abaixo, a nível dos testículos, podendo ser unilateral ou bilateral; a Hérnia Umbilical, que resulta de um processo, em que após a queda do cordão umbilical e a cicatrização do umbigo, permanece uma pequena abertura na parte mais interna do abdómen, localizada precisamente onde se situava a comunicação dos vasos sanguíneos que transportavam o alimento da mãe para o feto, denominada de anel umbilical. Esta pequena abertura mantém-se, uma vez que a musculatura abdominal ainda não se encontra desenvolvida nem consolidada na sua totalidade. Por este motivo, pode ocorrer que parte do intestino saia por esta abertura, provocando um aumento de volume nesta região, ao nível da cicatriz umbilical; o Hidrocelo, que trata de uma acumulação de líquido à volta do testículo. Quando os testículos descem para o escroto, por volta do oitavo mês de gravidez, um saco de revestimento também se desloca desde a cavidade abdominal. Geralmente, o saco fecha e o fluído é absorvido. Todavia, se não refluir e permanecer no interior do saco fechado produzirá o hidrocelo designado, neste caso, de não-comunicante. Se, por outro lado, o saco permanece aberto, o líquido deslocar-se-á de forma ascendente e descendente, entre o escroto e o abdómen, tratando-se neste caso de um hidrocelo comunicante; e a Criptorquidia, que resulta da ausência de um ou de ambos os testículos da sua localização natural. Na base desta falha estão habitualmente questões associadas a um cordão espermático curto ou a variações de tipo anatómico, como por exemplo, o denominado testículo pendular, a descida anómala dos testículos em posição ectópica ou a situação de testículo intra-abdominal que não migrou desde o abdómen até ao escroto (Rickham, Soper & Stauffer, 1986).

Após esta selecção é apresentada às mães, cujos filhos se enquadrem nas condições previamente estabelecidas, uma carta de consentimento informado para que estas autorizem, voluntariamente, a participação dos filhos e delas mesmas no estudo. Nesta carta encontram-se aclaradas as instruções e a problemática do projecto (ver anexo D). Verificados os procedimentos iniciais efectuar-se-á a recolha de informação junto das díades.

A recolha da avaliação da intensidade da dor na criança hospitalizada realizar-se-á de forma contínua, ou seja, em situação de pré e pós-operatório, através dos registos de enfermagem. Numa outra fase, e em situação de pós-cirúrgico, será aplicada às mães o Inventário de Auto-Estima Materna. Acrescento, ainda, que no contacto com as mães são requeridas outras informações, nomeadamente ao nível do número de hospitalizações da criança, da permanência da mãe junto do filho durante o internamento, do momento de

separação no bloco operatório, do recobro – momento imediatamente após a cirurgia e do regresso ao quarto.

RESULTADOS

Tabela 1.

Média Global Obtida pelas Mães na Resposta à Escala de Auto-Estima Materna

	Total das Respostas ao Inventário
Mãe 1	118
Mãe 2	125
Mãe 3	104
Mãe 4	88
Mãe 5	94
Mãe 6	101
Mãe 7	91
Mãe 8	105
Mãe 9	118
Mãe 10	79
Mãe 11	95
Mãe 12	108
Mãe 13	109
Mãe 14	90
Mãe 15	112
Mãe 16	95
Mãe 17	117
Mãe 18	106
Mãe 19	103
Mãe 20	115
Média	103,7

A Tabela 1 apresenta os resultados do Inventário de Auto-Estima Materna. Desta observação pode constatar-se um conjunto de resultados elevados, quer a nível individual, quer a nível global, isto, tendo em conta a variante mínima (26) e máxima (130) da escala (ver anexo E).

Tabela 2.

Média das Respostas por Item Correspondente à Escala de Auto-Estima Materna

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Item 26	20	4	5	4,95	,224
Item 2	20	4	5	4,90	,308
Item 21	20	4	5	4,65	,489
Item 3	20	2	5	4,65	,745
Item 20	20	3	5	4,60	,681
Item 23	20	3	5	4,55	,605
Item 12	20	3	5	4,45	,686
Item 24	20	4	5	4,40	,503
Item 22	20	3	5	4,40	,598
Item 15	20	1	5	4,40	,995
Item 4	20	1	5	4,35	1,182
Item 9	20	2	5	4,25	,910
Item 16	20	1	5	4,20	1,056
Item 11	20	1	5	4,00	1,214
Item 18	20	1	5	3,90	1,071
Item 1	20	1	5	3,80	1,361
Item 6	20	1	5	3,75	1,209
Item 7	20	1	5	3,75	1,552
Item 19	20	1	5	3,70	1,418
Item 5	20	1	5	3,65	1,268
Item 8	20	1	5	3,40	1,231
Item 13	20	1	5	3,35	1,387
Item 25	20	1	5	3,15	1,268
Item 10	20	1	5	3,15	1,309
Item 17	20	1	5	3,05	1,276
Item 14	20	1	4	2,25	,910

Da observação da Tabela 2 destaca-se o item que obteve um valor médio mais elevado, correspondendo ao item 26, indicando a existência de uma boa adaptação, por parte das mães, da relação imaginária e esperada com a criança, para a relação existente. Por outro lado, o item que apresenta valor médio mais baixo é o item 14, apontando para uma auto-avaliação pouco favorável no que toca às suas capacidades como mães, salientando dúvidas e preocupações em relação ao desenvolvimento dos seus filhos (ver anexo F).

Tabela 3.

Classificação da Intensidade da Dor nas Crianças

Criança	Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Observa-se na Tabela 3 que os resultados da avaliação da intensidade da dor recolhidos durante todo o período de internamento (pré e pós cirurgia) junto das crianças apontam para uma regularidade da resposta “Sem Dor”. No entanto, existem crianças que durante o internamento e em momentos de pós-operatório apresentaram classificações ao nível da “Dor Ligeira” e da “Dor Moderada”. Todavia, a existência de dor ligeira ou moderada surgiu em situações de procedimentos de enfermagem, tratando-se de ocorrências pontuais, das quais nenhuma se manteve constante durante o internamento (ver anexo G).

DISCUSSÃO

O objectivo principal deste trabalho consistiu em averiguar se o tipo de vinculação existente na relação entre a criança e a sua figura parental, aqui representada pela mãe, influencia a capacidade (ou incapacidade) de resiliência face à dor cirúrgica, na criança hospitalizada. Tendo como ponto de partida este suporte teórico e após a aplicação dos instrumentos, obteve-se junto das mães participantes valores globais e individuais de auto-estima materna bastante elevados salientando-se, todavia, algumas diferenças no que toca à média das respostas por item correspondentes à escala. No entanto, não se realizará uma interpretação particularizada dos mesmos, uma vez que, o *Alpha de Cronbach* apenas apresenta consistência interna para a escala geral e não para as diferentes dimensões constituintes do inventário. Nas crianças, os dados empíricos resultantes da avaliação da intensidade da dor, recolhida durante todo o período de internamento (pré e pós cirurgia), apontam para resultados muito equivalentes em todas as crianças, observando-se uma regularidade da resposta “Sem Dor”.

Como análise deste estudo, é conveniente, no seguimento desta apresentação, desenvolver-se uma reflexão em relação às condições que poderão constituir a causa destes resultados, estabelecendo uma ligação com os referenciais teóricos que estiveram na origem da escolha deste trabalho, mencionando simultaneamente as limitações e condições que terão determinado a sua elaboração.

Num primeiro momento é pertinente fundamentar os resultados obtidos através da Teoria da Vinculação, uma vez que o modelo de relação estabelecido entre a mãe e o seu filho é uma condição fundamental na resposta da criança a situações de stress (<http://www.virtualpsy.org/psicossomatica/apego.html>), neste sentido, a associação proveniente desta informação remete, desde já, para um modelo de vinculação que se pode assumir como seguro, através do qual a criança está confiante que a sua mãe está disponível e apoiante em qualquer situação adversa (Bowlby, 1989). Torna-se, então, possível afirmar que as mães participantes no estudo se enquadram nestas características, conseguindo promover e transmitir junto do seu filho um forte sentimento de segurança, apoio e conforto, proporcionando uma relação harmoniosa e tranquilizante (Guedeney & Guedeney, 2004). Esta reflexão permite, igualmente, relevar a capacidade continente da mãe, referida por Bion (in Sá, 2003), afirmando que esta permite à mãe compreender os conteúdos emocionais do seu

filho, possibilitando à criança uma maior capacidade de tolerância às frustrações e um desenvolvimento do seu sentido de realidade, essencial à sua sobrevivência e crucial em situações críticas, nas quais se pode encaixar o internamento hospitalar. Assim sendo, pode considerar-se a possibilidade de que os resultados ao nível da auto-estima materna, permanentemente superiores ao valor médio, possam sustentar a capacidade de adaptação da criança à hospitalização, em geral, e à intervenção cirúrgica, em particular, realçando a existência de condições familiares favoráveis que poderão, por sua vez, levar a um desenvolvimento resiliente por parte da criança (Bowlby, 1989).

Quanto à resposta à intensidade da dor, parece indispensável a sua menção enquanto resposta biopsicossocial, uma vez que abrange, para além de uma sensação, todo um leque de emoções associado (Instituto de Apoio à Criança, 2006). Existe, assim, todo um processo neuro-hormonal que tem como função avaliar um determinado estímulo nociceptivo, activando posteriormente uma resposta que visa a regulação do organismo a uma determinada ameaça que, neste caso, se conjectura com a hospitalização e com a cirurgia da criança (Mota-Cardoso, 2001). Desta forma, pode afirmar-se que o estímulo nociceptivo é alvo de actividade mental, discriminação, prospecção e eleição, resultando na sua transformação um fenómeno que inclui a cognição e as emoções, constituindo-se como uma forma de comunicação com o outro (Bastos, 2005), no qual a actividade límbica protagoniza um papel essencial destacando-se pela função que desempenha na transformação da composição do meio interno para uma melhor adaptação ao meio externo, nomeadamente, no que toca à resposta a situações críticas (Mota-Cardoso, 2001). A sua principal base anátomo-funcional assenta na acção e regulação do eixo hipotálamo-hipófise-supra-renal (HPA), alcançando a sua maturidade através do desenvolvimento de mecanismos reguladores internos desencadeados pelos estímulos externos fornecidos precocemente, pela mãe à criança (Mota-Cardoso, 2001). Neste sentido, e indo ao encontro das informações recolhidas nas respostas das crianças face à dor, é possível afirmar, de acordo com Bush, Melamed, Sheras e Greenbaum (in Bennett-Branson & Craig, 1993), que estes resultados, intimamente ligados às estratégias de *coping* usadas pelas crianças, estão directamente relacionados com a interacção estabelecida entre a mãe e o seu filho. Evidencia-se, neste caso, a utilidade dos cuidados maternos na comunicação de respostas adaptativas possibilitando uma transmissão transgeracional de resiliência (Meaney & Szyf, 2005). Logo, poder-se-á tomar a vinculação como segura e como promotora e facilitadora da proximidade, do sentimento de segurança e bem-estar, da competência social, do funcionamento mental e da resiliência (Mota-Cardoso, 2001).

Apesar de expostas a uma diversidade de estímulos stressantes inerentes à própria hospitalização e intervenção cirúrgica, os resultados alcançados na avaliação da intensidade da dor apontam para uma capacidade de resiliência por parte da criança. Cyrulnik (in Sá, 2004) definiu esta capacidade como uma competência de construção humana com origem na qualidade relacional estabelecida entre a criança e o seu objecto significativo. De acordo com o mesmo autor advém, ainda, a ideia de que a resiliência é favorecida pelo modelo de vinculação seguro e pelos circuitos afectivos que o envolvem, descrevendo três dimensões determinantes na capacidade de ser resiliente, nomeadamente a aquisição ou não de recursos internos, a forma como a situação stressante é assimilada e se a criança pode ou não recorrer a uma relação de suporte e apoio. Este estudo em particular, parece ser demonstrativo de um desenvolvimento favorável destas três dimensões, adquirindo contornos indicativos de qualidade na relação estabelecida entre a mãe e a criança.

Outro aspecto muito importante na forma de gerir o internamento, estudado por Barowsky (in Siegel & Conte, 2001) e passível de sustentar os resultados obtidos, assenta na natureza da hospitalização da criança. Neste estudo, a natureza da hospitalização foi, em todas as crianças, episódica/opcional sendo qualquer das admissões feita pelo hospital de forma planeada, proporcionando uma oportunidade de preparação prévia junto das díades.

De acordo com Ogilvie e Tait *et al* (in Tourigny, Chapados & Pineault, 2005), os pais cujas crianças sofrem uma intervenção cirúrgica expressam grande vontade e necessidade de estar mais activamente envolvidos no dia da cirurgia e especialmente no momento em que a criança recupera a consciência (recobro) no pós-operatório. A capacidade parental para funcionar como fonte de suporte, mencionada por autores como Perterson *et al.* e Siegel (in Siegel & Conte, 2001), é crucial na redução do stress associado à hospitalização. No entanto, nem sempre foi permitida aos pais a permanência constante junto dos filhos. James Robertson foi um dos pioneiros, contribuindo para mudanças nas práticas hospitalares, de forma a ser mais atento o tratamento e o cuidado prestado às crianças e promovendo a oportunidade dos pais permanecerem com os seus filhos durante o período de internamento (Siegel & Conte, 2001). Actualmente, este é um dos aspectos patentes no documento que consagra os direitos da criança hospitalizada. Deve, então, preservar-se o conforto e participação da família como aspecto integral nos cuidados de saúde de todas as crianças (Ogilvie, 1990).

Neste sentido, poder-se-á considerar o acompanhamento permanente da mãe como uma presença necessária e essencial na recuperação do filho, desempenhando o papel de elemento estabilizador e contentor apresentando-se, desta forma, como uma das causas possíveis para o tipo de resultados obtidos através da mensuração da intensidade da dor

(http://www.iacrianca.pt/crianca/carta_livro.pdf). Todavia, o facto da figura significativa – representada pela mãe – ter a capacidade de manter o próprio equilíbrio emocional, proporcionando à criança um sentimento de estabilidade emocional durante o decorrer do tratamento médico (Mrazek, 1986), não condicionará apenas as respostas dadas pelas crianças, potenciando, em simultâneo, os elevados valores de auto-estima demonstrados pelas mães.

Reduzir a ansiedade junto das mães é uma intervenção importante a ter em conta pelos profissionais de saúde, uma vez que esta pode conduzir a uma diminuição da ansiedade na criança hospitalizada contribuindo assim para uma minimização da possibilidade de efeitos prejudiciais e encorajando, simultaneamente, comportamentos adaptativos tanto na criança como na mãe. Com isto, pretende-se sublinhar que ao reduzir a ansiedade da criança durante a experiência de hospitalização, poderão minimizar-se os efeitos físicos e emocionais adversos que podem advir da intervenção cirúrgica (Ogilvie, 1990). Assim, a conjugação dos resultados alcançados junto das díades participantes apela ainda a outro aspecto importante, relacionado com a prática hospitalar observada na rotina do serviço de pediatria do H.E.S..

O stress e as estratégias de *coping* usadas são constructos que se relacionam entre si, conduzindo o intercâmbio entre os recursos internos e externos do indivíduo e as exigências do meio (Levy-Shiff, Dimitrovsky, Shulman & Har-Even, 1998). Neste caso em particular, pretende-se focar os recursos externos, como possíveis factores de influência nas respostas obtidas quer ao nível da auto-estima materna, quer ao nível da avaliação da intensidade da dor nas crianças, definindo desde já “recurso externo” como o apoio e suporte prestado pelos profissionais hospitalares junto das díades e salientando a importância de um comportamento afectivo e interessado por parte das enfermeiras em relação à mãe e à criança, mostrando-se disponíveis e oferecendo permanentemente resposta à informação requerida (Ogilvie, 1990).

Um dos aspectos assenta na boa prática e gestão dos profissionais de enfermagem, destacando primeiramente, antes de mais, a organização e distribuição dos pacientes-crianças pelas enfermeiras. Este processo consiste num sistema de classificação que ordena os doentes por grau de dependência de cuidados de enfermagem favorecendo, desta forma, uma resposta qualitativa em detrimento de uma resposta quantitativa por parte dos profissionais (ver anexo H). Este cariz qualitativo observa-se simultaneamente a outros níveis, tais como: na manifesta disponibilidade por parte das enfermeiras, para estabelecerem uma relação de confiança com a mãe e a criança transmitindo um sentimento de segurança e tranquilidade proporcionando, assim, uma maior capacidade às mães de responderem de forma adaptativa às necessidades dos seus filhos; no conceder qualquer tipo de informação requerida pela mãe, suprimindo

dúvidas e facilitando uma diminuição da ansiedade gerada pelo desconhecido, uma vez que se apresenta constante a necessidade por parte das mães de receber informação acerca do contexto hospitalar, da cirurgia e da experiência particular pela qual o seu filho passa (Ogilvie, 1990) e na capacidade de facultarem apoio emocional. Os aspectos referidos anteriormente são resultado da observação da rotina hospitalar no decorrer deste trabalho, no entanto, a importância e influência destas diferentes dimensões na adaptação da mãe e da criança foram mencionadas e confirmadas em estudo elaborados por autores como Elkin *et al.* e Vernon *et al.* (in Siegel & Conte, 2001).

Outro aspecto essencial, talvez transversal a outras instituições hospitalares, é o cumprimento da circular normativa que institui como boa prática hospitalar a avaliação regular da intensidade da dor manifestada pelos doentes, visando a melhoria da qualidade de vida, neste caso das crianças, que recorrem às instituições hospitalares (<http://www.saude.sapo.pt/artigo>) chamando, desta forma, a atenção para a importância existente na descrição feita pela criança em relação à sua experiência com a dor, propondo, de acordo com Ross e Ross (in Woodgate, 1996), uma possível evolução no âmbito do conhecimento e gestão da dor na criança.

Todos estes elementos relacionados com a boa prática hospitalar sustentam, de alguma modo, os resultados alcançados, na medida em que podem ter influenciado as respostas das mães de forma favorável, facilitando uma resposta afectiva e responsiva em relação aos seus filhos e destes em relação à gestão e adaptação da experiência da dor, demonstrando todo o cariz circular e dinâmico inerente à situação.

Outro aspecto de grande interesse neste trabalho assenta na noção de morte por parte das crianças participantes, tendo em conta a sua faixa etária que se compreende entre os 3 e os 7 anos de idade. Segundo Bowlby (2004), cada pessoa processa de modo diferente as informações referentes à ameaça de perda, dependendo das estruturas cognitivas de cada um. É também evidente para o autor, que a direcção para a qual a pessoa está cognitivamente voltada, é função dos modelos representacionais das figuras de vinculação e do próprio Eu, construídos durante a infância e adolescência e das experiências experimentadas ao longo desses anos. No que confere à criança, inicialmente, por volta dos 3 anos de idade, esta concebe a morte de um modo violento – “não se morre, é-se morto” – não formulando a morte por doença, privação alimentar ou velhice. Entre os 4 e os 6 anos de idade, a morte é concebida como um acontecimento provisório e, por isso, reversível, como o acordar de um sono. É por volta dos 7 e 8 anos de idade, que a criança começa, verdadeiramente, a preocupar-se com a sua morte. Enceta, assim, a noção de que não se morre apenas de forma

violenta, mas por velhice e doença. Todavia, apesar de conhecer a doença, a criança ainda não a concebe como potencial fatal, confiando na sua onnipotência (não morre) e na onnipotência dos outros, neste caso em particular representados pela mãe e pelos médicos e enfermeiros. Compreendeu que a morte é irreversível (evolução do conceito de permanência do objecto), mas acha-a evitável (Matos, 1997). Esta compreensão das crianças em relação à noção de morte pode também vir em defesa dos resultados obtidos através da avaliação da intensidade da dor, uma vez que revela por parte da criança uma auto-confiança, bem como uma confiança no que lhe é externo, proporcionando um possível aumento da tranquilidade face à situação adversa, que posteriormente resulta numa capacidade de resiliência da criança.

Um outro aspecto referido por Freud (in Grinberg, 2000) e relacionado com a noção de morte assenta na angústia de morte, que se faz acompanhar de um sentimento de culpa, passível de surgir na criança, face à sua situação de vulnerabilidade. Esta condição vivida pela criança pode, assim, dar origem a um sentimento de dependência e de sobrecarga em relação aos outros, apresentando-se como a causa para um possível medo de abandono e exclusão do convívio pelos que dela cuidam (mãe, médicos, enfermeiros). Esta vivência de abandono e exclusão pode, inicialmente, dar origem a uma angústia de separação que reforça a angústia de morte, pois apresentam uma antecipação da verdadeira morte (Matos, 1997). Este ponto pode igualmente fundamentar os resultados obtidos, uma vez que pode ser compreendido enquanto “travão”, pautando a resposta das crianças e direccionando-a para o tipo de resposta “Sem Dor”.

Os resultados sugerem ainda outra interpretação associada à seguinte questão: Será que auto-estima apresentada pelas mães é inquestionável ou será uma resposta defensiva em relação à maternidade?

Num primeiro momento é importante compreender o conceito de auto-estima definindo-a como a avaliação que a pessoa faz das suas qualidades ou dos seus desempenhos, virtudes ou valor moral. Pode sintetizar-se dizendo que a auto-estima é o produto dos julgamentos que a pessoa faz acerca de si própria, de onde decorrem atribuições de bom ou de mau feitas a aspectos considerados importantes da sua identidade (Serra, 1988).

Ao apresentar o Inventário de Auto-Estima Materna solicitou-se às mães que transmitissem uma ideia do seu auto-conceito real. Todavia, os resultados podem ser demonstrativos de um auto-conceito ideal, remetendo para a forma como “desejariam ser”. Neste sentido e no confronto com os resultados obtidos surge a possibilidade da auto-estima se encontrar associada a fenómenos de compensação emocional (Serra, 1988), por parte das mães.

Existe uma tendência nas pessoas para mobilizarem os seus recursos internos quando se deparam com determinado tipo de perigo ou ameaça. Assim sendo, a elevada auto-estima apresentada pelas mães pode estar relacionada com uma compensação (Eisenstadt, Hicks, McIntyre, Rivers & Cahill, 2006), face à vulnerabilidade e fragilidade que acarreta a hospitalização do seu filho, transmitindo a ideia de uma auto-imagem idealizada e de um sentimento de competência (Serra, 1988). Actualmente, o narcisismo é entendido como um funcionamento que tem por finalidade regular a auto-estima (Matos, 1997). Neste estudo em particular, poderíamos mencionar um narcisismo-auto-estima, autárquico, com locus regulador interno, em que as mães tomam atitudes de promoção e manutenção da sua auto-imagem e auto-estima, ou seja, com investimento da selfimagem e valoração do auto-conceito (Matos, 1997).

Ainda de acordo com esta interpretação assume-se a possibilidade de não existir, por parte das mães, uma integração da experiência de hospitalização do filho na medida em que, para anular uma possível “ferida narcísica” – remetendo para um possível sentimento de incompetência materna – ejectam aquilo que, de alguma forma, avaliam enquanto estímulo desagradável (Fabião, 2007). Pode igualmente supor-se, de acordo com Rosenfeld (in Fabião, 2007; Kernberg, 1995), uma dependência face ao objecto, aqui representado pelo médico, que pode resultar num sentimento de impotência e frustração por parte das mães, mesmo que ocasional, em relação à sua maternidade, salientando, mais uma vez, a questão da capacidade e competência enquanto prestadoras de cuidado. Todavia, os resultados parecem apontar para um *self* grandioso, no que respeita às suas capacidades criando uma ilusão que engrandece a auto-imagem (Fabião, 2007). Dir-se-ia, então, que é a possibilidade de insuficiência narcísica que leva à exaltação narcísea, ou seja, a uma compensação do sentimento de inferioridade e impotência (Matos, 1997) sentido pelas mães aquando da hospitalização dos seus filhos. Acrescenta-se ainda o facto de esta compensação narcísica por parte das mães poder revelar uma defesa anti-depressiva (Matos, 1997) que estas realizam, de alguma forma, recorrendo a defesas maníacas.

Diante o risco de perda de um filho, a mãe sente necessidade de se proteger e defender dessa realidade, uma vez que essa situação remete para uma dor intolerável que ameaça invadi-la. De acordo com Lopes (in Sá, 2004), perante tal acontecimento e de forma a evitar uma possível derrocada narcísica, a mãe adopta modalidades anti-depressivas reparadoras em relação à sua função maternal, posta em causa pela situação de fragilidade na qual o filho se encontra, na tentativa de reparar a maternidade e a imagem de boa mãe.

Assim, sobrevém a esta interpretação uma possível tentativa de reparação por parte das mães com recurso a defesas maníacas, como forma de lidar com um sentimento de culpa, com a ameaça de perda em relação ao filho e com uma ansiedade de cariz, provavelmente, mais depressivo (enquanto consequência da hospitalização da criança) através da mobilização de desejos reparadores, resultando num maior crescimento do ego (Segal, 1975). Desta forma, na defesa maníaca vai verifica-se um supereu externalizado, representando o inverso da introjecção da melancolia, funcionando como elemento primordial contra a depressão (Matos, 2002). Isto não quer dizer que a manifestação de defesas maníacas seja em si mesma um fenómeno patológico. Afirmar-se-ia até, que estas podem desempenhar um papel importante na superação do sofrimento, protegendo o ego. Todavia, quando o sofrimento e a ameaça diminuem as defesas maníacas podem progressivamente dar lugar à reparação (Segal, 1975).

Uma outra interpretação possível às respostas apresentadas pelas mães na escala de auto-estima materna inscreve-se no âmbito da desejabilidade social. De acordo com Crowne e Marlowe (in Oliveira, 2004), define-se desejabilidade social como a tendência dos indivíduos para dar respostas socialmente aceitáveis ou consideradas “correctas”. Phares (in Oliveira, 2004) acrescentou, ainda, que a desejabilidade social depende da situação em que é passado o instrumento de avaliação e das necessidades ou objectivos que influenciam os indivíduos por ocasião das respostas. Paulhus, Sackeim e Gur (in Salgado, 1996) demonstraram, ainda, que a desejabilidade social se relaciona com o processo de auto-engano – no qual o indivíduo distorce a informação, mas sem ter consciência do que faz – e com a gestão de impressões – tentativas conscientes do indivíduo se apresentar aos outros de forma positiva. O conceito de auto-engano enquadra-se, assim, como uma característica do funcionamento da personalidade, uma vez que se relaciona com a forma como os indivíduos se organizam ao se defrontarem com determinadas situações, sendo a avaliação do engano de si próprio denunciadora da tendência de acomodarem a informação, na maioria das vezes, de forma positiva (Salgado, 1996). Com efeito, diversas investigações levadas a cabo por Linden, Paulhus, Dobson, Roth, Snyder, Pace e Reid (in Salgado, 1996), fizeram notar para o facto de níveis de auto-engano elevados estarem ligados a elevados níveis de ajustamento, de equilíbrio psicofisiológico e de auto-estima – sustentando assim a interpretação relativa aos resultados de auto-estima materna apresentados pelas mães participantes.

A par das interpretações feitas, é importante referir que uma das limitações deste trabalho é a generalização dos resultados. Donde, em investigações futuras e tanto quanto possível, a amostragem deverá ser trabalhada a nível probabilístico para amparar um mais ampla generalização dos resultados.

É também importante referir que a ligação que as mães constroem acerca do seu filho e da maternidade durante o período gravídico – tendo em conta que o inventário de auto-estima materna aplicado às mães está alicerçado às representações maternas – consiste apenas numa das formas de interpretar possíveis vínculos que se vão estabelecer entre a mãe e o seu filho.

Considera-se ainda que teria sido interessante recolher um maior número de díades, seguidas em diferentes instituições hospitalares do país, no sentido de realizar uma interpretação intra-grupo, tornando mais rica e profunda as observações em relação à temática.

Pensa-se que seria igualmente interessante fazer um acompanhamento a estas mesmas díades num outro contexto, envolvendo ainda os cuidados de saúde (e.g. na ida ao centro de saúde), no sentido de compreender se os resultados obtidos se mantêm, encontrando uma melhor forma de compreender qual o grau de influência exercido pelo *setting*.

Também teria sido importante que a escala de auto-estima materna utilizada estivesse aferida à população portuguesa, de forma a obter uma visão mais aprofundada da nossa realidade portuguesa no que respeita à problemática.

Este estudo permitiu fazer uma observação em relação à problemática da criança hospitalizada e a sua capacidade (ou incapacidade) de resiliência face à dor cirúrgica, considerando o tipo de vinculação existente na relação entre a criança e a mãe. Contudo, o que ressalta num último olhar é a necessidade de continuar a investigar e a investir ao nível dos internamentos pediátricos, de forma a ajudar a criança a lidar com a sua hospitalização, minimizando, tanto quanto possível, o seu sofrimento.

Referências

Ballone, G. J. (2003). *Eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal e desenvolvimento infantil*. Consultado em 20 de Agosto de 2008 através de <http://www.virtualpsy.org/psicossomatica/apego.html>

Bastos, Z. (2005). *Multidisciplinaridade e organização das unidades de dor crónica*. Lisboa: Permanyer Portugal.

Bennet-Branson, S. M., & Craig, K. D. (1993). Postoperative pain in children: Developmental and family influences on spontaneous coping strategies. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 25(2), 355-383.

Bowlby, J. (1989). The role of the attachment in personality development and psychopathology. In S. I. Greenspan, & G.H. Pollock (Ed.), *The Course of Life* (Vol. 1, pp. 229-269). International Universities Press Inc.

Bowlby, J. (2004). *Perda, tristeza e depressão*. São Paulo: Martins Fontes.

Dicionário de Psicologia da Criança (1984). Lisboa, Portugal: Verbo.

Eisenstadt, D., Hicks, J. L., McIntyre, K., Rivers, J. A., & Cahill, M. (2006). Two paths of defense: Specific versus compensatory reactions to self-threat. *Psychology Press*, 5, 35-50.

Fabião, C. (2007). *Narcisismo, defesas primitivas e separação*. Lisboa: Climepsi.

Galvão, M. D. (2002). *Amamentação bem sucedida: Alguns factores determinantes*. Tese de doutoramento apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.

Grinberg, L. (2000). *Culpa e depressão*. Lisboa: Climepsi.

Guedeney, N., & Guedeney, A. (2004). *Vinculação: conceitos e aplicações*. Lisboa: Climepsi.

Harbeck-Weber, C., & Mckee, D. H. (1995). Prevention of emotion and behavioural distress in children experiencing hospitalization and chronic illness. *Handbook of Paediatric Psychology*, 2ed., 167-184.

Instituto de Apoio à Criança (2006). *A dor na criança: atendimento de crianças e jovens nos centros de saúde*. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.

Kernberg, O. (1995). *Transtornos graves de personalidade*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Levy-Shiff, R., Dimitrovsky, L., Shulman, S., & Har-Even, D. (1998). Cognitive appraisals, coping strategies, and support resources as correlates of parenting and infant development. *Developmental Psychology*, 34 (6), 1417-1427.

Maroco, J., & Bispo, R. (2003). *Estatística aplicada às ciências sociais e humanas*. Lisboa: Climepsi.

Matos, A. C. (1997). Narcisismo e depressão. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 16, 19-25.

Matos, A. C. (1997). Noção de morte na infância. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 13, 13-17

Matos, A. C. (2002). *Desespero: quem da depressão*. Lisboa: Climepsi.

Meaney, M. J., & Szyf, M. (2005a). Maternal care as a model for experience-dependent chromatin plasticity? *Trends in Neurosciences*, 28 (9), 456-63.

Mitre, R. M. A., & Gomes, R. (2004). A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como acção de saúde. *Ciência & Saúde Colectiva*, 9 (1),2.

Mota-Cardoso, R. (2001). Auto-regulação dos sistemas neuronais. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 3(2), 39-96.

Mrazek, D. (1986). Paediatric hospitalization: Understanding the stress from a developmental perspective. In M. J. Christie & P. G. Mellett (Eds.), *The psychosomatic approach* (pp. 91-111).

Ogilvie, L. (1990). Hospitalization of children for surgery: *The parent's view*. *Children's Health Care, Journal of the Association of the Care of children's Health*, 19(1), 49-56.

Oliveira, J. H. B. (2004). Desejabilidade social: Um constructo de difícil avaliação. *Psychologica*, 35, 233-247.

Pires, A. R. (2004). *Lágrimas na inocência – Hospitalização e depressão infantil no hospital de santa maria* (Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica). Consultado em 6 de Dezembro de 2007 através de <http://www.psicologia.com.pt>

Ribeiro, J. P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.

Rickham, P. P., Soper, R. T., & Stauffer, U. G. (1986). *Manual de cirurgia pediátrica*. Barcelona: Salvat.

Sá, E. (2003). *Psicologia do feto e do Bebê*. Lisboa: Fim de Século.

Sá, E. (2004). *A maternidade e o bebê*. Lisboa: Fim de Século.

Salgado, J. (1996). Desejabilidade social e construtivismo: Dos retratos às máscaras. In Associação dos Psicólogos Portugueses (Ed.), *Conferência Internacional a Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, 4, (pp. 93-99). Braga: APPORT.

Schmidt, L. R. (1997). Hospitalization in children. In Baum, A. (Ed). *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*, 124-127.

Segal, H. (1975). *Introdução à obra de Melanie Klein*. Rio de Janeiro: Imago.

Serra, A. V. (1988). O auto-conceito. *Análise Psicológica*, 6 (2), 101-110.

Siegel, L. J., & Conte, P. (2001). Hospitalization and medical care of children. *Handbook of Clinical Child Psychology*, 3rd ed., 895-909.

Spitz, R. (1945). Hospitalism, an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*, 1, 53-74.

Tourigny, J., Chapados, C., & Pineault, R. (2005). Determinants of parental behaviour when children undergo day-care surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 490-497.

Wendland J. A Abordagem Clínica das Interações Pais-Bebé: Perspectivas Teóricas e Metodológicas. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 14(1), 45-56.

Woodgate, R., & Kristjanson, L. (1996). My hurts: hospitalized young children's perception of acute pain. *Qualitative Health Res.*, 6 (2), 184-201.

<http://www.iacrianca.pt/boletim/pdf>

<http://www.educacioninicial.com/ei/contenidos>

<http://www.medicosdeportugal.pt>

http://www.iacrianca.pt/crianca/carta_livro.pdf

<http://www.proext.ufpe.br/cadernos/saude/crianca.htm>

<http://www.saude.sapo.pt/artigos>

<http://www.myos.pt/download/circular5sinalvital.pdf>

<http://www.dgs.pt>

ANEXOS

ANEXO A: ESCALA NUMÉRICA E ESCALA DE FACES

Escala Numérica e Escala de Faces



ANEXO B: INVENTÁRIO DE AUTO-ESTIMA MATERNA

Inventário da Auto-Estima Materna (M.S.I)

Legenda:

Discordo totalmente – DT

Discordo – D

Não concordo/Nem discordo – NC/ND

Concordo – C

Concordo totalmente – CT

1- Achei a experiência de parto uma das mais desagradáveis que tive até agora.

DT	D	NC/ND	C	CT
----	---	-------	---	----

2- Penso que serei uma boa mãe.

DT	D	NC/ND	C	CT
----	---	-------	---	----

3- Tenho a certeza que terei uma relação próxima e saudável com o meu bebé.

DT	D	NC/ND	C	CT
----	---	-------	---	----

4- Não tenho muita confiança na minha capacidade para ensinar coisas novas ao meu bebé.

DT	D	NC/ND	C	CT
----	---	-------	---	----

5- Estar à espera de bebé deu-me mais prazer do que de facto tê-lo.

DT	D	NC/ND	C	CT
----	---	-------	---	----

6- Tenho reais dúvidas sobre se o meu bebé se vai desenvolver normalmente.

DT	D	NC/ND	C	CT
----	---	-------	---	----

7- Achei a experiência de parto assustadora e muito desagradável.

DT	D	NC/ND	C	CT
----	---	-------	---	----

8- Preocupo-me muitas vezes pensando que posso ser esquecida e fazer com que alguma coisa aconteça de mal ao meu bebé.

DT	D	NC/ND	C	CT
----	---	-------	---	----

9- Tenho confiança que saberei lidar com os problemas normais que possam surgir com o meu bebé.

DT	D	NC/ND	C	CT
----	---	-------	---	----

10- Estou preocupada pensando que posso ter dificuldades em perceber as necessidades do meu bebé.

DT	D	NC/ND	C	CT
----	---	-------	---	----

11- Preocupo-me pensando se o meu bebê gostará de mim.

DT	D	NC/ND	C	CT
----	---	-------	---	----

12- Espero não me importar de ficar em casa a tratar do meu bebê.

DT	D	NC/ND	C	CT
----	---	-------	---	----

13- Achei a experiência de parto muito excitante.

DT	D	NC/ND	C	CT
----	---	-------	---	----

14- Preocupo-me quando penso se o meu bebê se desenvolverá normalmente.

DT	D	NC/ND	C	CT
----	---	-------	---	----

15- Duvido que o meu bebê venha a gostar de mim tal como eu sou.

DT	D	NC/ND	C	CT
----	---	-------	---	----

16- Sinto-me mesmo deprimida quando penso em tudo o que uma mãe tem que fazer.

DT	D	NC/ND	C	CT
----	---	-------	---	----

17- Preocupo-me quando penso que não saberei o que fazer se o meu bebê ficar doente.

DT	D	NC/ND	C	CT
----	---	-------	---	----

18- É-me difícil saber o que o meu bebé quer.

DT	D	NC/ND	C	CT
----	---	-------	---	----

19- Acho que toda a experiência de parto foi uma das melhores em toda a minha vida.

DT	D	NC/ND	C	CT
----	---	-------	---	----

20- Tenho medo de ser esquisita e desajeitada a tratar do meu bebé.

DT	D	NC/ND	C	CT
----	---	-------	---	----

21- Tenho confiança que serei capaz de ensinar coisas novas ao meu bebé.

DT	D	NC/ND	C	CT
----	---	-------	---	----

22- Tenho confiança que o meu bebé será forte e saudável.

DT	D	NC/ND	C	CT
----	---	-------	---	----

23- Acho que serei boa a tratar do meu bebé.

DT	D	NC/ND	C	CT
----	---	-------	---	----

24- Sei o suficiente para ensinar ao meu bebé muitas coisas que ele terá que aprender.

DT	D	NC/ND	C	CT
----	---	-------	---	----

25- Estou preocupada por não saber se serei capaz de dar ao meu bebê tudo o que ele emocionalmente precisa.

DT	D	NC/ND	C	CT
----	---	-------	---	----

26- Estou confiante que o meu bebê vai gostar de mim.

DT	D	NC/ND	C	CT
----	---	-------	---	----

ANEXO C: OUTPUT DO ALPHA DE CRONBACK

Alpha de Cronbach para a escala geral

Cronbach's Alpha	N of Items
,836	26

Alpha de Cronbach para a dimensão 1

Cronbach's Alpha	N of Items
,803	6

Alpha de Cronbach para a dimensão 2

Cronbach's Alpha	N of Items
,597	8

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Item 2	30,85	9,608	,149	,599
Item 4	31,40	5,832	,483	,493
Item 9	31,50	8,368	,150	,618
Item 12	31,30	8,747	,189	,594
Item 16	31,55	7,103	,314	,567
Item 21	31,10	8,095	,593	,514
Item 23	31,20	8,379	,355	,554
Item 24	31,35	8,555	,401	,551

Alpha de Cronbach para a dimensão 3

Cronbach's Alpha	N of Items
,336	3

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Item 6	6,65	1,187	,290	5,32E-015
Item 14	8,15	2,029	,213	,208
Item 22	6,00	2,842	,104	,389

Alpha de Cronbach para a dimensão 4

Cronbach's Alpha	N of Items
,258	5

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Item 3	16,80	3,747	,606	-,178(a)
Item 5	17,80	6,168	-,274	,643
Item 11	17,45	3,313	,286	-,006(a)
Item 16	17,25	3,566	,343	-,045(a)
Item 26	16,50	6,158	-,142	,304

a The value is negative due to a negative average covariance among items. This violates reliability model assumptions. You may want to check item codings.

Alpha de Cronbach para a dimensão 5

Cronbach's Alpha	N of Items
,858	4

ANEXO D: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimento Informado

_____ de _____ de 2008

Eu, _____, concordo em participar voluntariamente no estudo sobre a Dor e Resiliência na problemática da criança hospitalizada que Rita Russo se encontra a efectuar no âmbito do mestrado em Psicologia Clínica no Instituto Superior de Psicologia Aplicada – Lisboa. Concordo igualmente com a recolha de dados relativos à avaliação da intensidade da dor referentes ao meu filho(a).

Fui antecipadamente informada de que a participação neste estudo engloba responder a um Inventário de Auto-Estima Materna, directamente relacionado com representações maternas, cujas respostas são anotadas pela própria na folha do inventário. Não existem respostas certas ou erradas nem tempo limite. Todas as informações recolhidas, quer as referentes ao inventário aplicado à mãe, quer as da recolha da classificação da intensidade da dor manifestada pelo filho(a) serão mantidas confidenciais.

Declaro também que compreendi na íntegra as implicações da participação neste estudo, sabendo que me é reservado o direito de a terminar em qualquer momento, sem que isso represente qualquer prejuízo para a minha pessoa.

Tomei conhecimento que uma cópia deste consentimento informado ser-me-á disponibilizada mediante o meu pedido.

Participante

ANEXO E: RESPOSTA DAS MÃES À ESCALA DE AUTO-ESTIMA

ANEXO F: MÉDIA DOS ITENS DA ESCALA DE AUTO-ESTIMA MATERNA

Média das Respostas por Item Correspondentes à Escala de Auto-Estima Materna

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Item 26	20	4	5	4,95	,224
Item 2	20	4	5	4,90	,308
Item 21	20	4	5	4,65	,489
Item 3	20	2	5	4,65	,745
Item 20	20	3	5	4,60	,681
Item 23	20	3	5	4,55	,605
Item 12	20	3	5	4,45	,686
Item 24	20	4	5	4,40	,503
Item 22	20	3	5	4,40	,598
Item 15	20	1	5	4,40	,995
Item 4	20	1	5	4,35	1,182
Item 9	20	2	5	4,25	,910
Item 16	20	1	5	4,20	1,056
Item 11	20	1	5	4,00	1,214
Item 18	20	1	5	3,90	1,071
Item 1	20	1	5	3,80	1,361
Item 6	20	1	5	3,75	1,209
Item 7	20	1	5	3,75	1,552
Item 19	20	1	5	3,70	1,418
Item 5	20	1	5	3,65	1,268
Item 8	20	1	5	3,40	1,231
Item 13	20	1	5	3,35	1,387
Item 25	20	1	5	3,15	1,268
Item 10	20	1	5	3,15	1,309
Item 17	20	1	5	3,05	1,276
Item 14	20	1	4	2,25	,910

ANEXO G: REGISTO DA INTENSIDADE DA DOR E TIPO DE CIRURGIA

ANEXO H: FOLHA DE CLASSIFICAÇÃO DOS DOENTES

Inventário de Auto-Estima Materna

	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6	Item 7	Item 8	Item 9	Item 10	Item 11	Item 12	Item 13	Item 14	Item 15	Item 16	Item 17	Item 18	Item 19	Item 20	Item 21	Item 22	Item 23	Item 24	Item 25	Item 26	TOTAL
Mãe 1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2	4	5	4	2	5	5	2	4	5	5	5	5	5	5	5	5	118
Mãe 2	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	2	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	125
Mãe 3	5	5	4	5	3	2	3	5	5	2	4	5	4	2	5	5	3	4	3	5	5	4	4	4	3	5	104
Mãe 4	1	5	5	3	5	4	1	2	4	2	3	3	2	1	5	5	3	4	1	5	4	3	5	4	3	5	88
Mãe 5	4	5	5	3	5	3	5	2	5	3	3	4	3	1	3	3	3	3	4	3	4	4	4	4	3	5	94
Mãe 6	2	5	5	5	1	3	2	3	5	5	5	5	1	3	5	4	4	5	1	5	5	5	5	5	2	5	101
Mãe 7	3	5	4	5	2	3	3	3	4	2	2	3	4	3	4	4	2	2	5	3	4	5	5	4	2	5	91
Mãe 8	2	5	4	5	4	5	4	3	5	4	4	5	4	2	4	4	4	5	4	4	5	4	4	4	2	5	105
Mãe 9	4	5	5	5	4	5	5	4	5	4	2	4	4	4	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	118
Mãe 10	5	5	2	1	5	1	1	1	5	1	1	5	5	1	1	1	1	1	5	5	5	5	5	5	1	5	79
Mãe 11	3	5	4	4	4	4	2	3	4	2	5	4	3	2	5	4	2	3	2	4	5	4	4	4	4	5	95
Mãe 12	4	5	5	5	3	4	5	4	4	5	4	4	2	2	4	5	5	4	3	5	4	5	4	4	4	5	108
Mãe 13	4	5	5	5	4	3	5	5	2	4	5	5	4	2	5	5	2	5	4	5	4	4	5	5	2	5	109
Mãe 14	4	4	5	4	2	2	4	2	2	2	4	4	4	2	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	2	5	90
Mãe 15	5	5	5	5	4	5	5	3	4	4	5	5	5	2	4	3	3	4	5	5	5	5	5	4	2	5	112
Mãe 16	1	5	5	5	1	5	1	2	4	3	5	5	1	2	5	5	2	5	1	5	5	5	5	4	3	5	95
Mãe 17	4	4	5	5	4	4	5	5	5	5	5	4	2	4	5	5	5	4	4	5	5	4	4	5	5	5	117
Mãe 18	5	5	5	5	4	3	4	3	4	2	5	4	4	2	5	4	2	3	5	5	5	4	5	4	4	5	106
Mãe 19	5	5	5	2	5	4	5	4	4	2	5	5	1	4	4	3	5	4	4	4	4	4	3	4	4	4	103
Mãe 20	5	5	5	5	4	5	5	4	4	4	4	5	5	2	5	5	2	4	5	5	5	5	5	5	2	5	115

QUADRO DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENTES - PEDIATRIA

HOSPITAL _____ NOME _____						DATA													
N.º PROCESSO CLÍNICO 																			
UNIDADE _____ DIAGNÓSTICO _____ CAMA _____						RUBRICA													
ACTIVIDADES SELECIONADAS																			
HIGIENE E CUIDADOS PESSOAIS (assinale um nível - o mais elevado que se aplicar)																			
. Independente / por familiar						1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
. Ajuda parcial						2	2	2	2	2	2	2	2	2	2				
. Ajuda total						3	3	3	3	3	3	3	3	3	3				
ALIMENTAÇÃO (assinale um nível - o mais elevado que se aplicar)																			
. Independente / dieta zero / por familiar						2	2	2	2	2	2	2	2	2	2				
. Ajuda parcial						5	5	5	5	5	5	5	5	5	5				
. Ajuda total						10	10	10	10	10	10	10	10	10	10				
. Biberão 4 - 6 x dia						12	12	12	12	12	12	12	12	12	12				
. Biberão ≥ 7 x dia						20	20	20	20	20	20	20	20	20	20				
. Sonda a débito contínuo / intermitente (assinale, também, se se aplicar)						17	17	17	17	17	17	17	17	17	17				
. Biberão 1 - 3 x dia						6	6	6	6	6	6	6	6	6	6				
MOVIMENTAÇÃO (assinale um nível - o mais elevado que se aplicar)																			
. Independente / por familiar						0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
. Independente com supervisão						1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
. Ajuda parcial 1 - 4 x dia						2	2	2	2	2	2	2	2	2	2				
. Ajuda parcial ≥ 5 x dia						7	7	7	7	7	7	7	7	7	7				
. Ajuda total 1 - 4 x dia						4	4	4	4	4	4	4	4	4	4				
. Ajuda total ≥ 5 x dia						11	11	11	11	11	11	11	11	11	11				
ELIMINAÇÃO (assinale um nível - o mais elevado que se aplicar)																			
. Independente / por familiar						1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
. Ajuda parcial 1 - 2 x dia						1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
. Ajuda parcial ≥ 3 x dia						5	5	5	5	5	5	5	5	5	5				
. Ajuda total 1 - 4 x dia						2	2	2	2	2	2	2	2	2	2				
. Ajuda total ≥ 5 x dia						8	8	8	8	8	8	8	8	8	8				
. Incontinente / Mudança de fralda ≥ 4 x dia (assinale, também, se se aplicar)						5	5	5	5	5	5	5	5	5	5				
. Incontinente / Mudança de fralda 1 - 3 x dia						2	2	2	2	2	2	2	2	2	2				
. Colheita de urina						2	2	2	2	2	2	2	2	2	2				
TERAPÉUTICA (assinale todos os níveis que se aplicarem)																			
. Via oral, rectal, aplicações tópicas 1 - 2 x dia						1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
. Via oral, rectal, aplicações tópicas 3 - 4 x dia						2	2	2	2	2	2	2	2	2	2				
. Via oral, rectal, aplicações tópicas ≥ 5 x dia						4	4	4	4	4	4	4	4	4	4				
. Via parentérica - IM - IV - SC 1 - 2 x dia						2	2	2	2	2	2	2	2	2	2				
. Via parentérica - IM - IV - SC ≥ 3 x dia						5	5	5	5	5	5	5	5	5	5				
. Via parentérica por perfusão 1 - 2 x dia						3	3	3	3	3	3	3	3	3	3				
. Via parentérica por perfusão ≥ 3 x dia						8	8	8	8	8	8	8	8	8	8				
. Transusão / soro intermitente						3	3	3	3	3	3	3	3	3	3				
. Perfusão contínua						11	11	11	11	11	11	11	11	11	11				
. Oxigenoterapia						4	4	4	4	4	4	4	4	4	4				
. Inaloterapia / atmosfera húmida						8	8	8	8	8	8	8	8	8	8				
TRATAMENTOS (assinale todos os níveis que se aplicarem)																			
. Penso simples / Pré-operatório						2	2	2	2	2	2	2	2	2	2				
. Penso com dreno / sistema de drenagem / a lesão aberta						4	4	4	4	4	4	4	4	4	4				
. Aparelho gessado						1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
. Tracção cutânea						2	2	2	2	2	2	2	2	2	2				
. Aspiração de secreções / drenagem postural						2	2	2	2	2	2	2	2	2	2				
SINAIS VITAIS/OUTRAS AVALIAÇÕES (assinale todos os níveis que se aplicarem)																			
. TR 1 - 2 x dia						1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
. TR ≥ 3 x dia						3	3	3	3	3	3	3	3	3	3				
. P. Pressão arterial e/ou saturação de oxigénio 1 - 2 x dia						1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
. P. Pressão arterial e/ou saturação de oxigénio ≥ 3 x dia						2	2	2	2	2	2	2	2	2	2				
. Monitorizado						3	3	3	3	3	3	3	3	3	3				
. Sinais neurocirculatórios						3	3	3	3	3	3	3	3	3	3				
. Peso						1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
ACTIVIDADES ESPECIAIS (assinale todos os níveis que se aplicarem)																			
. Apoio emocional						9	9	9	9	9	9	9	9	9	9				
. Ensino programado						3	3	3	3	3	3	3	3	3	3				
. Criança isolada						3	3	3	3	3	3	3	3	3	3				
AVALIAÇÃO E PLANEAMENTO DE CUIDADOS (assinale um nível)																			
. Avaliação e actualização do plano de cuidados						2	2	2	2	2	2	2	2	2	2				
. Acolhimento e elaboração do plano de cuidados inicial						5	5	5	5	5	5	5	5	5	5				
TABELA DE CONVERSAO						Pontos													
Pontos		HCN		Pontos		HCN		Pontos		HCN		Pontos		HCN		Pontos		HCN	
4 - 7		2		35 - 38		5,5		65 - 68		9		95 - 99		12,5		100 - 103		13	
8 - 12		2,5		39 - 42		6		69 - 73		9,5		104 - 108		13,5		109 - 112		14	
13 - 16		3		43 - 47		6,5		74 - 77		10		113 - 116		14,5		117 - 121		15	
17 - 21		3,5		48 - 51		7		78 - 81		10,5									
22 - 25		4		52 - 55		7,5		82 - 85		11									
26 - 29		4,5		56 - 60		8		87 - 90		11,5									
30 - 34		5		61 - 64		8,5		91 - 94		12									
						H.C.N.													
						Média/HCN													

Criança	Idade (anos)	Cirurgia	Intensidade da dor	Observações
1 ♂	4	Hidrocelo	Ausência de dor durante todo o internamento.	Primeiro internamento. Mãe acompanhou o filho durante todo o internamento. Criança bem disposta e activa (brincou). Passou bem a noite, dormindo por longos períodos. Pai visitou o filho e estava presente, tal como a mãe, no momento da entrada no bloco operatório. Criança calma no momento da separação. Esteve, aproximadamente 1 hora no recobro, com a companhia da mãe – chorou pouco tempo, acalmando-se rapidamente. Criança permaneceu sorridente, conversadora e bem disposta.
2 ♂	6	Hérnia Umbilical	Ausência de dor durante todo o internamento.	Segundo internamento. A primeira vez foi ao 1 ano e 2 meses de idade (teve duração de uma noite). Presentemente, mãe acompanhou o filho durante todo o internamento (ausência durante um par de horas, sendo substituída pelo pai da criança). Criança passou bem a noite. Criança activa brincou na sala de brinquedos, separando-se da mãe nesse período. Criança agitada no momento da separação. Esteve cerca de 45 min. no recobro, acordando muito agitada. Ao fim do mesmo dia em que ocorreu a intervenção cirúrgica a criança já se encontrava mais calma.
3 ♀	3	Hérnia Inguinal	Ausência de dor durante todo o internamento.	Primeiro internamento. Mãe acompanhou a filha durante todo o internamento. Criança calma, bem disposta e activa. Criança passou bem a noite dormindo por longos períodos. Criança calma no momento da separação. Recobro durou aproximadamente 30 min., acordando a criança um pouco chorosa, mas acalmando na presença da mãe. De volta ao quarto a criança apresentava-se calma e comunicativa, mantendo-se assim até ao fim da hospitalização.
4 ♂	6	Hérnia Umbilical	Ausência de dor no primeiro e último dia de internamento. No segundo dia, num período pós-operatório: dor ligeira (1).	Primeiro internamento. Mãe acompanhou o filho durante todo o internamento. Criança bem disposta e activa (brincou). Passou bem a noite, dormindo por longos períodos. Teve a visita da família. Pai e mãe presentes no momento de separação, ocorrendo de forma calma. Esteve aproximadamente 45 min. no recobro acordando calmo e mantendo-se tranquilo e bem disposto. Criança manteve a calma e a actividade lúdica até ao fim do internamento.

Criança	Idade (anos)	Cirurgia	Intensidade da dor	Observações
5 ♂	7	Criptorquidía	Ausência de dor durante os dois primeiros dias de internamento. No último dia, dor moderada (3).	Terceira hospitalização. A primeira foi aos 4 anos de idade e a segunda aos 5 anos de idade, ambas relacionadas com problemas nos adenóides e nos ouvidos. Mãe acompanhou o filho durante todo o internamento. Criança bem disposta e activa (brincou). Passou bem a noite, dormindo por longos períodos. Criança calma no momento da separação. Recobro durou aproximadamente 20 min., chorando ao acordar retomando a calma rapidamente. Manteve a calma e tranquilidade até sair do hospital.
6 ♂	6	Hérnia Umbilical	Ausência de dor durante todo o internamento.	Terceira hospitalização. A primeira foi aos 7 meses de idade com uma infecção respiratória e a segunda aos 5 anos de idade, devido a cirurgia aos adenóides. Mãe acompanhou o filho durante todo o internamento. Passou bem a noite, dormindo por longos períodos. Criança calma e tranquila no momento da separação. Recobro durou aproximadamente 20 min., acordando muito queixoso e muito choroso. Chorou até voltar para o quarto, acalmando-se posteriormente. Permaneceu calmo o resto do internamento.
7 ♂	5	Hérnia Umbilical	Ausência de dor durante todo o internamento.	Primeiro internamento. Mãe acompanhou o filho durante todo o internamento. Criança bem disposta e activa (brincou). Passou bem a noite, dormindo por longos períodos. Criança ansiosa e apreensiva no momento da separação. Recobro durou aproximadamente 30 min., acordando calmo e tranquilo. Manteve a calma e tranquilidade até sair do hospital.
8 ♂	3	Hérnia Umbilical e Inguinal	Ausência de dor durante todo o internamento.	Primeiro internamento. Mãe acompanhou o filho durante todo o internamento. Criança bem disposta, tranquila e activa (brincou). Passou bem a noite, dormindo por longos períodos. Criança chorosa no momento da separação, pedindo à mãe que o acompanhasse. Recobro durou aproximadamente 20 min., chorando muito após acordar e não acalmando na presença da mãe. De volta ao quarto permaneceu choroso. Só com o passar da tarde voltou a ficar mais tranquilo, apesar de ter apresentado períodos de choro.

Criança	Idade (anos)	Cirurgia	Intensidade da dor	Observações
9 ♂	7	Hérnia Umbilical	Ausência de dor durante todo o internamento.	Primeiro internamento. Mãe acompanhou o filho durante todo o internamento. Criança bem disposta e activa (brincou). Passou bem a noite, dormindo por longos períodos. Criança chorosa no momento da separação. Recobro durou aproximadamente 20 min., chorou após acordar, mas rapidamente acalmou na presença da mãe. De volta ao quarto ia calmo e ao fim do dia da cirurgia já revelava actividade lúdica.
10 ♀	3	Hérnia Umbilical	Ausência de dor durante todo o internamento.	Terceira hospitalização. A primeira foi aos 3 meses de idade por não aumentar de peso e a segunda com 1 ano de idade, devido a uma bronquite. Mãe acompanhou a filha durante todo o internamento. Criança bem disposta, activa (brincou) e muito comunicativa. Passou bem a noite, dormindo por longos períodos. Criança calma e tranquila no momento da separação. Recobro durou aproximadamente 15 min., chorando após acordar. De volta ao quarto já se encontrava calma tendo permanecido assim até ao fim do internamento.
11 ♂	4	Hérnia Umbilical e Inguinal	Ausência de dor no primeiro e último dia. No segundo dia, dor ligeiro (2) na parte da manhã e ausência de dor no resto do dia.	Quarta hospitalização. A primeira foi aos 20 dias, devido a uma hérnia, a segunda foi com 6 meses de idade com uma gastroenterite viral e a terceira com 15 meses de idade, devido a uma convulsão febril. Mãe acompanhou o filho durante todo o internamento. Criança bem disposta e activa (brincou). Passou bem a noite, dormindo por longos períodos. Criança chorosa no momento da separação. Recobro durou aproximadamente 20 min., acordou chorosa a chamar pela mãe, continuando a chorar mesmo na presença da mãe. De volta ao quarto permanecia chorosa e assim permaneceu sempre que ocorriam procedimentos de enfermagem. Ao fim do dia da cirurgia já se encontrava mais calma, mantendo-se assim até ao fim do internamento.
12 ♂	5	Hérnia Umbilical	Ausência de dor no primeiro e último dia. No segundo dia, dor ligeiro (2) na parte da manhã e ausência de dor no resto do dia.	Primeiro internamento. Mãe acompanhou o filho durante todo o internamento. Criança bem disposta e activa (brincou). Passou bem a noite, dormindo por longos períodos. Criança calma e tranquila no momento da separação. Recobro durou aproximadamente 20 min., acordou e chorou todo o tempo que esteve no recobro, acusando a mãe de ser a culpada por ele se encontrar naquela situação. De volta ao quarto continuava a chorar. Acalmou ao fim desse mesmo dia e assim permaneceu até ao término da hospitalização.

Criança	Idade (anos)	Cirurgia	Intensidade da dor	Observações
13 ♂	3	Hérnia Inguinal	Ausência de dor durante todo o internamento.	Primeiro internamento. Mãe acompanhou o filho durante todo o internamento. Criança bem disposta e activa (brincou). Passou bem a noite, dormindo por longos períodos. No momento da separação a criança estava a dormir. Esteve, aproximadamente 50 min. no recobro, chorando ao acordar. De volta ao quarto continuava choroso, o que não permitiu que se fizessem os procedimentos de enfermagem. No dia seguinte já se encontrava calmo e tranquilo, mantendo-se assim até ao momento da saída do internamento.
14 ♂	4	Hérnia Umbilical	Ausência de dor durante todo o internamento.	Segunda hospitalização. A primeira foi aos 3 meses de idade, devido a uma hérnia inguinal. Mãe acompanhou o filho durante todo o internamento. Criança bem disposta e activa (brincou). Passou bem a noite, dormindo por longos períodos. No momento da separação a criança estava ligeiramente ansiosa, não querendo separar-se da mãe. Esteve cerca de 20 min. no recobro, chorando ao acordar mas acalmando-se rapidamente.
15 ♂	4	Hérnia Umbilical	Ausência de dor durante todo o internamento há excepção de um período do primeiro dia, no qual apresentou dor ligeira (2).	Primeiro internamento. Mãe acompanhou o filho durante todo o internamento. Criança bem disposta e activa (brincou). Passou bem a noite, dormindo por longos períodos. No momento da separação a criança estava calma e tranquila. Esteve cerca de 15 min. no recobro, acordando de forma calma e assim se mantendo o resto de período de internamento.
16 ♂	3	Criptorquidia	Ausência de dor durante todo o internamento.	Primeiro internamento. Mãe acompanhou o filho durante todo o internamento. Criança bem disposta e activa (brincou). Passou bem a noite, dormindo por longos períodos. No momento da separação a criança estava calma e tranquila. Esteve cerca de 15 min. no recobro, acordando muito queixoso e choroso. De volta ao quarto mantinha-se choroso e agitado. No dia seguinte à cirurgia já se encontrava calmo, mantendo-se assim até ao fim do internamento.

Criança	Idade (anos)	Cirurgia	Intensidade da dor	Observações
17 ♂	4	Hérnia Umbilical	Ausência de dor durante todo o internamento.	Terceira hospitalização. A primeira foi com 1 ano de idade e a segunda aos 2 anos de idade, ambas relacionadas com uma gastroenterite. Mãe acompanhou o filho durante todo o internamento. Passou bem a noite, dormindo por longos períodos. No momento da separação a criança ia a dormir. Esteve cerca de 50 min. no recobro, acordando calmo e tranquilo. Quando voltou para o quarto encontrava-se choroso, recuperando posteriormente a calma e assim ficando até ao fim do internamento.
18 ♂	5	Hidrocelo	Ausência de dor durante todo o internamento.	Primeiro internamento. Mãe acompanhou o filho durante todo o internamento. Criança bem disposta e activa (brincou). Passou bem a noite, dormindo por longos períodos. No momento da separação a criança estava calma e tranquila. Esteve cerca de 40 min. no recobro, acordando bem disposto e activo. Manteve a calma e boa disposição até ao término da hospitalização.
19 ♀	3	Hérnia Umbilical	Ausência de dor no primeiro e último dia de internamento. No segundo dia de hospitalização, num período pós-operatório: dor ligeira (1).	Primeiro internamento. Mãe acompanhou a filha durante todo o internamento. Criança bem disposta e activa (brincou). Passou bem a noite, dormindo por longos períodos. No momento da separação a criança estava calma e tranquila. Esteve cerca de 30 min. no recobro, acordando calma e tranquila. Assim permaneceu até ao fim do internamento.
20 ♀	4	Hérnia Umbilical	Ausência de dor durante todo o internamento.	Segunda hospitalização. A primeira foi aos 15 dias com icterícia. Mãe acompanhou a filha durante todo o internamento. Criança bem disposta e activa (brincou). Passou bem a noite, dormindo por longos períodos. No momento da separação a criança estava calma e tranquila. Esteve cerca de 30 min. no recobro, acordando queixosa e chorosa. De volta ao quarto já se encontrava mais calma, permanecendo assim até ao término da hospitalização.