

IDENTIFICANDO NÍVEIS DE ANSIEDADE DE CRIANÇAS HOSPITALIZADAS: USO DO CHILD DRAWING HOSPITAL MANUAL

Mírian Cecília Silva Matias¹

Myllena Farias Gomes²

Alzenir Rosa Viana³

Leticia Matos Sousa⁴

Emiliana Bezerra Gomes⁵

Joseph Dimas de Oliveira⁶

RESUMO

O processo de comunicação se caracteriza em verbais e não verbais, na infância a maneira de comunicação por meio de habilidades artísticas não verbais é característico da criança, pois assume um papel importante na qual através dessas habilidades é possível identificar e expressar seus sentimentos permitindo que os profissionais possam intervir e prestar uma melhor assistência ao cliente, para isso, existem ferramentas clínicas contendo seus diferentes métodos, um deles é o instrumento Child Drawing: Hospital (CD:H) cujo objetivo é traçar o Diagnóstico de Enfermagem de "Ansiedade" após a análise de um desenho da criança através de diferentes variáveis. Analisar os elementos presentes em desenhos dirigidos construídos por crianças hospitalizadas. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, retrospectivo e de abordagem quantitativa a presente pesquisa irá analisar 85 desenhos, coletados ao longo de 20 meses em hospital referência pediátrica. Realizado técnica do desenho dirigido com o instrumento CD:H. Resultados: Foi identificada a ansiedade pelo CD:H com valores de 95,31 pontos, ou seja, tem-se o Diagnóstico de Enfermagem de "Ansiedade" e do tipo "Ansiedade Média". Os dados do nosso estudo apontaram níveis de ansiedade na média, enquanto em outros estudos observou-se ansiedade baixa ou elevada. Essa diferença pode ser explicada, provavelmente, por cada representação de criança, pela descrição de cada doença e pelo perfil de cada procedimento realizado. Diante do exposto, o instrumento CD:H se torna relevante porque permite obter informações precisas sobre o nível de ansiedade dos pacientes rotineiramente, o que é crucial para direcionar o cuidado e o planejamento de intervenções adequadas.

DESCRITORES: Ansiedade; Criança Hospitalizada; Enfermagem.

¹ Discente do 7º semestre do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri. Membro do Grupo de Pesquisa e Extensão em Saúde da Criança e do Adolescente (GRUPECA). Bolsista de Iniciação Científica. Email: mirian.matias@urca.br

² Discente do 7º semestre do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri. Membro do Grupo de Pesquisa e Extensão em Saúde da Criança e do Adolescente (GRUPECA). Bolsista de Iniciação Científica. Email: myllena.farias@urca.br

³ Discente do 6º semestre do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri (URCA). Membro do Grupo de Pesquisa e Extensão em Saúde da Criança e do Adolescente (GRUPECA). Bolsista de Iniciação Científica. E-mail: alzenir.viana@urca.br

⁴ Discente do 6º semestre do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri. Membro do Grupo de Pesquisa e Extensão em Saúde da Criança e do Adolescente (GRUPECA). Bolsista de Extensão. Email: leticia.matos@urca.br

⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri. Grupo de Pesquisa e Extensão em Saúde Cardiovascular e Cerebrovascular (GPESC). Email: emiliana.gomes@urca.br

⁶ Enfermeiro. Doutor em enfermagem. Docente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri. Coordenador do Grupo de Pesquisa e Extensão em Saúde da Criança e do Adolescente (GRUPECA). Email: joseph.oliveira@urca.br

INTRODUÇÃO

O processo de comunicação envolve os aspectos verbais e não-verbais onde os primeiros referem-se às palavras, falas e sentenças e o segundo aspecto envolve olhares, gestos, toques, posturas, roupas, desenho, mágica e o brincar. A comunicação com adultos é centrada nos conteúdos verbais e o não-verbal age como complemento. Inversamente, a comunicação com crianças deve priorizar os elementos não-verbais e ser complementada pelos elementos verbais (HOCKENBERRY e WILSON, 2014).

O brincar pode ser classificado como não estruturado e estruturado. No primeiro caso, a criança brinca livremente no espaço que desejar, com os objetos que desejar e sem tempo determinado para essa atividade e inclui atividades como correr, pular e desenhar, por exemplo. No segundo caso, o brincar ocorre em tempo, espaço e com objetivos determinados como o caso de uma sessão de brinquedo terapêutico. Nesse sentido, o uso do brincar não-estruturado através do desenho pode ser útil para identificar o grau de ansiedade da criança (HOCKENBERRY e WILSON, 2014).

A habilidade artística é adquirida, na infância, antes da habilidade da conversação e, por isso, assume um papel essencial na vida da criança e, por consequência, poderia ser um dos meios através dos quais os profissionais avaliam aspectos subjetivos da criança. O ato de desenhar representa para a criança a maneira para expressar medos, sonhos, dores e sua relação com o mundo, pessoas e situações (HOCKENBERRY e WILSON, 2014; BOWDEN e GREENBERG, 2013).

O desenho pode ser utilizado como ferramenta clínica para promover a comunicação profissional/criança por meio de dois métodos principais: desenho livre e desenho dirigido. O desenho dirigido pode acontecer por meio das abordagens Draw-And-Tell (Desenhar-E- Contar), o Draw-And-Write (Desenhar-E-Escrever). No primeiro caso, a criança desenha e, em seguida, conta a história do desenho; no segundo caso, a criança desenha e, depois, escreve uma história sobre o que desenhou (Harrison, 2015). Algumas técnicas, porém, optam por uma estratégia intermediária onde a criança constrói o desenho e, em seguida, pode ou não explicar em detalhes o que foi desenhado; nesses casos, a criança pode fornecer informações mais gerais, caso seja solicitada. Um exemplo disto é o instrumento Child Drawing: Hospital (CD:H) que tem como objetivo traçar o Diagnóstico de Enfermagem de "Ansiedade" após a análise de um desenho da criança.

Este instrumento foi desenvolvido, na década de 1990, por enfermeiras norte-americanas, tem sido utilizado em diferentes países como Suécia, Portugal, Irã e Índia, além de já ter sido traduzido e validado para diferentes línguas e culturas - como Suécia e Portugal, por exemplo -, e tem sido utilizado por diferentes profissionais de saúde incluindo, enfermeiros/as, médicos/as e odontólogos (CLATWORTHY, SIMON E TIEDEMAN, 1999; WENNSTRÖM, NASIC, HEDELIN, BERGH, 2011; LIMA e LEMOS, 2011a; LIMA e LEMOS, 2011b; WENNSTRÖM, TÖRNHAGE, HEDELIN, NASIC, BERGH, 2013; PALA, NUVVULA, KAMATHAM, 2016).

A metodologia de utilização do instrumento consiste em solicitar à criança que sente-se em uma mesa ou uma superfície firme, colocar uma folha de papel à sua frente - permitindo-se, porém, que a criança mude-a de posição livremente -, abrir a caixa de lápis mostrando-lhe as cores disponíveis e, logo em seguida, solicitar à criança: “Por favor, desenhe a figura de uma pessoa no hospital. Eu irei pegar a figura quando você terminar”. A caixa de lápis deve conter oito lápis nas cores vermelha, laranja, amarela, verde, azul, roxa, castanho e preta (CLATWORTHY, SIMON E TIEDEMAN, 1999; LIMA e LEMOS, 2011a; LIMA e LEMOS, 2011b).

Esse instrumento serve de guia para os profissionais de saúde avaliarem o nível de ansiedade da criança a partir de variáveis presentes no desenho. A avaliação se dá em três partes, onde na parte 1 são avaliados aspectos da figura humana desenhada (posição, ação, tamanho, largura, expressão facial, olhos, tamanho da pessoa comparado ao meio em volta, partes do corpo desenhadas), na parte 2 são avaliados itens relativos ao meio externo/ambiente presentes no desenho (cor predominante, número de cores utilizadas, uso do papel, localização do desenho no papel, uso de sombras, presença de equipamentos hospitalares) e na parte 3 realiza-se a pontuação dos escores e a classificação do nível de ansiedade da criança (CLATWORTHY, SIMON E TIEDEMAN, 1999). O instrumento é de fácil aplicação, permite a avaliação de um aspecto subjetivo da criança por meio de uma estratégia adequada ao seu desenvolvimento.

A despeito de encontrarmos estudos que utilizam o CD:H e/ou outras técnicas baseadas no desenho como estratégia para coleta de dados, observa-se que, comumente, os desenhos são utilizados apenas para se ter acesso ao conteúdo verbal da criança e desconsideram os elementos não-verbais dos desenhos como cores, figuras humanas e figuras não-humanas no momento da análise de dados. Há, portanto, uma certa incongruência em, num primeiro momento, considerar os elementos não-verbais produzidos pelas crianças, mas em um segundo momento, desconsiderá-los no movimento de análise de dados já que são analisados apenas os conteúdos verbais produzidos pelas crianças (Dantas et al, 2020).

Assim, o presente estudo se justifica pelo fato de valorizar os elementos não-verbais dos desenhos e identificar repetições de padrões em relação às cores, figuras humanas e figuras não-humanas. A implicação para a prática de cuidado de enfermagem às crianças relaciona-se ao fato de poder auxiliar o olhar do puericultor na avaliação dos desenhos de crianças.

OBJETIVO

- Analisar os elementos presentes em desenhos dirigidos construídos por crianças hospitalizadas.

MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, retrospectivo e de abordagem quantitativa. O estudo descritivo objetiva detalhar aspectos de determinado fenômeno, enquanto o exploratório objetiva explorar possibilidades e cenários ainda não investigados sob determinado ponto de vista. Estudo retrospectivo é aquele que analisa o fenômeno a partir de dados coletados no passado. Os

estudos de abordagem quantitativa, por sua vez, procuram compreender a realidade utilizando-se de testes estatísticos que demonstram correlações, relação causa e efeito ou significância entre aspectos de um mesmo fenômeno.

A presente pesquisa irá analisar desenhos coletados ao longo de 20 meses por uma bolsista de Iniciação Científica junto a crianças hospitalizadas utilizando a técnica do desenho dirigido com o instrumento CD:H. Ao todo, são 85 desenhos. Esse é, portanto, nosso banco de dados. Os desenhos foram coletados em um hospital referência para Pediatria e que conta 130 leitos, atende diferentes especialidades (clínica médica, clínica cirúrgica, unidade de terapia intensiva neonatal e adulto), teve média anual de atendimentos de 64.704, dos quais 3.238 cirurgias. A unidade de internação pediátrica compreendia oito enfermarias, com 19 leitos, uma brinquedoteca e uma equipe de pediatras e enfermeiros pediatras e/ou neonatologistas, fisioterapeutas e técnicos/as de enfermagem (Dantas et al, 2020, Lins et al, 2021).

A coleta de dados do banco de dados foi realizada durante os meses de agosto de 2018 a julho de 2019 e entre fevereiro a dezembro de 2022. Cada período correspondeu a uma bolsista IC. A população da pesquisa consistiu em crianças hospitalizadas e teve como amostra as crianças em idade toddler (1 a 3 anos), pré-escolares (3 a 6 anos) e escolares (7 a 12 anos). Os critérios para inclusão na amostra serão: crianças hospitalizadas por, no mínimo, 24 horas. Os critérios de exclusão estabelecidos serão: a) crianças impossibilitadas de manipular os materiais de desenho (giz de cera); b) crianças impossibilitadas de verbalizar devido efeito de anestésicos (pós-operatório imediato), ou doença de base como paralisia cerebral, retardo mental grave e autismo, por exemplo.

A coleta de dados (do banco de dados) foi realizada por duas bolsistas de iniciação científica do curso de graduação em Enfermagem da URCA que passaram por treinamento sobre a técnica de uso do instrumento CD:H o que incluiu a leitura do artigo original traduzido, participação em aula expositiva sobre a técnica CD:H, oficina de análise de desenhos de crianças com o uso do instrumento CD:H de 4 horas de duração.

No primeiro momento, foram coletados dados junto ao prontuário, objetivando caracterizar a criança no que diz respeito à idade, tempo de internamento e diagnóstico médico. Em seguida, foi realizada visita ao leito da criança para apresentação pessoal e objetivo da pesquisa e foi solicitada à criança e sua/seu acompanhante a participação na pesquisa.

No segundo momento da coleta de dados, foi solicitado à criança que se sente em uma mesa ou uma superfície firme, em seguida, lhe foram oferecidos uma folha de papel A4 e oito giz de cera nas cores vermelha, laranja, amarela, verde, azul, roxo, castanho e preto. As cores são padronizadas, pois cada cor correspondeu a uma pontuação específica, assim como, o número de cores utilizadas pela criança também é avaliado clinicamente. As oito cores de giz de cera e a folha de papel A4 foram oferecidas à criança e, então, ela ficou livre para realizar seu desenho, conforme imagem abaixo.

A folha de papel foi colocada em frente à criança, porém, permite-se que a criança mude-o de ângulo livremente. A caixa de giz de cera é então aberta mostrando-se as cores disponíveis e, logo em seguida, solicita-se à criança: “Por favor, desenhe a figura de uma pessoa no hospital. Eu

irei pegar seu desenho quando você terminar” A criança é livre para utilizar as cores que quiser e não será reprimida ou estimulada (CLATWORTHY; SIMON; TIEDEMAN, 1999a; LIMA; LEMOS, 2011a; LIMA; LEMOS, 2011b; FERNANDES; BARBOSA, 2017).

O terceiro momento compreendeu a avaliação do desenho segundo as três partes do instrumento “Child Drawing: Hospital (CD:H)” onde na parte A são avaliados 14 aspectos da figura humana desenhada (posição, ação, tamanho, largura, expressão facial, olhos, tamanho da pessoa comparado ao meio em volta, partes do corpo desenhadas, por exemplo), na parte B são avaliados oito itens relativos ao meio externo/ambiente presentes no desenho (cor predominante, número de cores utilizadas, uso do papel, localização do desenho no papel, uso de sombras, presença de equipamentos hospitalares) e na parte C realiza-se a pontuação dos escores e à classificação do nível de ansiedade da criança (CLATWORTHY; SIMON; TIEDEMAN, 1999a; LIMA; LEMOS, 2011a; LIMA; LEMOS, 2011b).

Para o estudo atual, a nova bolsista irá retirar dos 85 desenhos informações sobre as figuras humanas (FH) e figuras não-humanas (FNH). As FH serão classificadas em: FH de idosos, FH de adultos, FH de adolescentes e FH de crianças. As FNH objetos serão classificados como: hospitalares (seringa, agulha, uniformes, estetoscópio, suporte de soro) ou não-hospitalares (janelas, cadeiras, camas, animais, plantas). As cores serão denominadas pelo nome e tons. O espaço físico será classificado em: enfermaria, setor do hospital, o hospital, o meio externo (a casa da criança, o espaço da rua) (Dantas et al, 2020).

Após desenharem, algumas crianças comentaram sobre o que haviam desenhado voluntariamente. O conteúdo verbal, no entanto, não foi o foco de análise nesse estudo já que o interesse foi o conteúdo não-verbal. Os desenhos foram analisados a partir dos elementos presentes neles: figuras humanas, objetos, cores e espaço físico; e à luz das ideias de Piaget que divide o desenvolvimento da criança em estágios: sensório-motor, pré-operacional e operações concretas e operações formais, a partir dos quais a criança transita do aspecto individual para o social sendo essa transição intermediada pelos processos psicológicos através dos processos de assimilação (o contato com o novo) e acomodação (a aquisição de novas habilidades para reagir ao novo) (PEREIRA, 2011).

Assim, escores menores que 43, recomenda-se intervenção com os pais para prevenir que a criança vivencie ansiedade no futuro, enquanto que escores entre 44 e 83, recomenda-se intervenções (de brincar não-estruturado) com a criança para prevenir a ansiedade. No terceiro cenário (escore de 84 a 129), recomenda-se realizar sessões de Brinquedo Terapêutico (BT) e, no quarto caso, com escore 130 a 167, recomenda-se continuar realizando sessões de brinquedo terapêutico e consultar a equipe de saúde mental, enquanto que no último caso, com escore acima de 168, recomenda-se encaminhar a criança à equipe de saúde mental (CLATWORTHY; SIMON; TIEDEMAN, 1999b).

Para análise dos dados, as informações dos desenhos serão organizadas em tabelas e utilizamos técnicas estatísticas não-paramétricas descritivas para analisar os escores obtidos da análise dos desenhos. As técnicas estatísticas não-paramétricas são utilizadas quando os dados não satisfazem as suposições feitas pelas técnicas tradicionais. Essas técnicas fazem poucas

suposições sobre as distribuições originais. Testes de hipóteses não-paramétricos seguem o mesmo procedimento geral que os testes paramétricos, a saber, formulação das hipóteses; cálculo do valor da estatística do teste usando os dados contidos em uma amostra aleatória de observações e validação ou descarte da hipótese levantada. Assim, os resultados foram organizados e listados em tabelas e discutidos à luz da literatura pertinente (Dantas et al, 2020).

O projeto de pesquisa original utilizado nas bolsas de IC anteriores, foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da URCA sob parecer n°. 3.059.783. No estudo em questão, foram utilizados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pelo responsável da criança, o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) que foi assinado pela criança e o Termo de Fiel Depositário pelo responsável pela instituição hospitalar já que os prontuários foram manuseados na busca de informações sociodemográficas e clínicas.

RESULTADOS

A ansiedade identificada pelo CD:H foi de 95,31 pontos, ou seja, tem-se o Diagnóstico de Enfermagem de "Ansiedade" e do tipo "Ansiedade Média". Nessa tabela observa-se que o escore médio foi 95,31 pontos, na qual pela classificação determinada pelo CD:H se classifica como Ansiedade Média, pois ficou entre 84 a 129 pontos a intervenção requerida pelo instrumento é intervenção diária com brinquedo terapêutico. Portanto, o Diagnóstico de Enfermagem (NANDA-I) é "Ansiedade" e a Intervenção de Enfermagem (NIC) objetiva-se prevenir o desenvolvimento de dificuldades durante o processo de hospitalização mantendo os níveis de ansiedade baixo.

TABELA 1 – **Escore Total de Ansiedade crianças hospitalizadas.**

	Seção C	Escore A	Escore B	Escore Total
N Válido Omisso	83	83	83	83
Omisso	0	0	0	0
Média	5,46	71,42	18,43	95,31
Erro padrão da média	272	2,216	1,021	2,863
Mediana	5,00	68,00	20,00	95,00
Mínimo	1	33	0	40
Máximo	10	116	50	155

FONTE: **elaborado pelos autores.**

O escore mínimo total recebeu a pontuação de 40, dessa forma o nível de ansiedade é considerado muito baixo (menor ou igual a 43 pontos) de acordo com pontuação total do CD:H com isso as intervenções requeridas pelo instrumento pode ser mediada pelos pais fornecendo meios para promover o enfrentamento da criança à hospitalização.

Assim como, o escore máximo total que recebeu pontuação de 155, conforme a pontuação total o nível de ansiedade é considerado acima da média (130-167 pontos).

TABELA-2 Classificação do nível de ansiedade de crianças hospitalizadas.

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem Cumulativa
Patológica	7	8,4	8,4	8,4
Fisiológica	76	91,6	91,6	100,00
Total	83	100,0	100,0	

FONTE: elaborado pelos autores.

Na presente pesquisa, identificou-se que a maioria das crianças (91,6%) apresentou ansiedade fisiológica e apenas 8,4% apresentou ansiedade patológica. Ansiedade fisiológica pode ser conceituada como uma resposta normal e comum, sendo importante para a sobrevivência e adaptação do ser humano (LENHARDT; CALVETTI, 2017,). A hospitalização constitui uma situação em que os níveis de ansiedade das crianças podem aumentar e, assim, as intervenções são essenciais para manejar esse comportamento. O próprio CD:H traz as principais intervenções que podem ser realizadas com cada criança a depender do seu nível de ansiedade (CLATWORTHY; SIMON; TIEDEMAN, 1999).

DISCUSSÃO

Em um estudo transversal realizado em dois hospitais de São Paulo incluiu 87 crianças de 6 a 11 anos, 44 eram do sexo masculino e 43 eram do sexo feminino e identificou que o escore total médio do CD:H foi de 76,1 e verificou que o escore foi maior em crianças de 6 a 8 anos (78,2) e do sexo masculino (84,3). As crianças do sexo masculino entre 6 a 8 anos e com acometimentos crônicos tiveram a média do escore do CD:H maior. Foi observado que 38 crianças (43,7%) tiveram o escore total CD:H classificado como Ansiedade Baixa (BEZERRA, 2021).

Em um ensaio clínico randomizado pareado piloto realizado na unidade de pediatria hospital universitário e em um hospital infantil ambos localizados em São Paulo, o escore CD:H de 75% das crianças foi classificado como escore CD:H como Ansiedade Baixa. Foi observado, ainda, uma associação significativa entre o maior número de tentativas de punção e maior média do escore CD:H no grupo controle (SILVA et al., 2017).

Assim, os dados do nosso estudo apontaram níveis de ansiedade na média, enquanto em outros estudos observou-se ansiedade baixa. Essa diferença pode ser explicada, provavelmente, pelo perfil de crianças internadas em cada unidade, o perfil de doenças e, ainda, pelo fato dos demais estudos terem sido realizados antes do surgimento da pandemia de COVID-19 que resultou em aumento de ansiedade de crianças em todo o mundo - inclusive no pós-pandemia.

Com base em mais estudos na literatura, descrito a seguir teve o propósito de investigar a adequação do CH: D enquanto instrumento de avaliação da ansiedade/bem-estar de crianças

hospitalizadas portuguesas. Utilizou-se o Child Drawing: Hospital (CD:H). A amostra foi recolhida numa instituição de saúde no Norte de Portugal e foi constituída por 29 crianças com idades compreendidas entre os 7 aos 12 anos. Os resultados preliminares sugerem que o CD:H é um instrumento sensível e adequado para avaliar a influência da hospitalização através da avaliação do seu nível de ansiedade. (LIMA, LEMOS, 2011).

Outro estudo procurou determinar Estratégias de enfrentamento da hospitalização em crianças, por meio de um Instrumento de Avaliação Informatizada do Enfrentamento da Hospitalização (AEHcomp). Esta pesquisa foi realizada em um hospital público, analisando estratégias de enfrentamento da hospitalização em 28 crianças hospitalizadas entre 5-20 dias, composto por cenas facilitadoras (58,8%). As estratégias de enfrentamento identificadas, ruminação (perdas pela hospitalização) (22%) e distração (atividades prazerosas) (15,5%) foram mais presentes. Já as não-facilitadoras, não houve correlação aos problemas anteriores à hospitalização. (MORAES, E.O; ENUMO, S.R.F. et al. 2008).

Outro estudo teve o propósito de avaliar a percepção das crianças sobre imagens destinadas a medir a ansiedade durante a hospitalização. Utilizou-se o S-STAI curto (versão curta da escala de Estado do Inventário de Ansiedade Traço-Estado), para avaliar a ansiedade em crianças, foi realizado um estudo com o total de 103 crianças de 5 a 8 anos. O artigo discute a seleção de imagens que retratam estados emocionais no S-STAI curto e apresenta imagens recomendadas. (NILSSON, S. et al 2019)

Em outra perspectiva, o seguinte estudo experimental analisou o efeito de uma terapia com animais de estimação e a intervenção de comparação na ansiedade em crianças hospitalizadas. Utilizou-se da Escala de Ansiedade Traço-Estado para Crianças (STAIC) S-Anxiety Scale antes e depois da visita, os dados foram colhidos em uma breve visitando com uma amostra de crianças entre seis e 17 anos em dois grupos. O estado de ansiedade diminuiu significativamente em ambos os grupos, mas, as crianças do grupo de terapia com animais experimentaram uma diminuição significativamente maior na ansiedade.(HINIC, K. et al. 2019).

Outro estudo realizado em um hospital geral sueco, mediu e classificou os níveis de ansiedade e estresse de crianças antes da cirurgia, por meio de uma versão sueca do CD:H, para determinar uma medida objetiva de estresse, com 93 crianças, 79 meninos e 14 meninas, com idade média de 91 meses, analisando coeficiente de correlação de Spearman foi usado para examinar possíveis correlações entre as concentrações de cortisol salivar e os escores de DC. Acredita-se que os níveis de estresse sejam elevados na chegada ao hospital no dia da cirurgia. (WENNSTRÖM et al., 2013).

O seguinte estudo realizou um ensaio clínico randomizado, analisando os efeitos da aplicação da técnica do Brinquedo Terapêutico Dramático (BTD) no grau de ansiedade em crianças escolares hospitalizadas. Por meio do instrumento Child Drawing: Hospital (CD:H), em dois hospitais de São Paulo, entre maio e outubro de 2015. Participaram do estudo 28 crianças. A maioria das crianças de ambos os grupos (75%) apresentou classificação de baixo grau de ansiedade. (SILVA et al. 2017).

O seguinte estudo teve como objetivo avaliar os efeitos da aplicação do Brinquedo

Terapêutico Dramático. Foi realizado um estudo transversal e descritivo de correlação em duas unidades de pronto-socorro infantil e internação pediátrica localizadas em São Paulo. Participaram do estudo 87 crianças, e utilizou-se o instrumento Child Drawing: Hospital Manual (CD:H) para avaliar o nível de ansiedade de crianças em idade escolar durante a hospitalização. A pesquisa revela que há um aumento significativo no nível de ansiedade das crianças. (GOMES e NOBREGA, 2015).

Mediante a análise das literaturas observa-se diferentes meios e instrumentos para a avaliação da criança e seu estado emocional devido ao seu processo de hospitalização permitindo a intervenção adequada conforme seus instrumentos orientando e permitindo uma melhor assistência voltada exclusivamente para cada tipo de emoção da criança.

Dentre eles está instrumento de Avaliação Informatizada do Enfrentamento da Hospitalização (AEHcomp), escala de Estado do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (S-STAI), Escala de Ansiedade Traço-Estado para Crianças (STAI-C) S-Anxiety Scale, Versão sueca do CD: H e instrumento Child Drawing: Hospital (CD:H). A partir disso, observou que mesmo diante de diferentes métodos de avaliação o padrão de resultado foi semelhante com a identificação de ansiedade.

As diferentes ferramentas clínicas de avaliação possuem suas características específicas, processo, escores, e métodos avaliativos em destaque o CD:H instrumento adotado para a presente pesquisa. Segundo LIMA, L.LEMOS, M.S. 2011, tiveram o propósito de investigar a adequação do CH:D enquanto instrumento de avaliação da ansiedade/bem-estar de crianças hospitalizadas o denotando como um instrumento adequado para avaliação de nível de ansiedade. Já SILVA. 2017, teve por objetivo analisar o grau de ansiedade em crianças escolares hospitalizadas, utilizando o CH:D, obtendo com resultado níveis baixos de ansiedade. Ademais, GOMES e NOBREGA, 2015. Analisou os níveis de ansiedade em crianças hospitalizadas pelo CH:D, onde a pesquisa revelou um aumento significativo de ansiedade.

Dessa forma, os dados do nosso estudo apontaram níveis de ansiedade na média, enquanto em outros estudos observou-se ansiedade baixa ou elevada. Essa diferença pode ser explicada, provavelmente, por cada representação de criança, pela descrição de cada doença e pelo perfil de cada procedimento realizado. Segundo GOMES E NOBREGA, 2015, a níveis significativamente aumentados de ansiedade e maior percepção de dor em crianças os quais realizaram muitos procedimentos, principalmente punções.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em virtude dos fatos mencionados, o principal objetivo desse estudo foi buscar e analisar a identificação da ansiedade presente na criança que está hospitalizada por meio de desenho, através do instrumento CD:H. Os dados apresentados nessa análise evidenciam informações em que o escore total médio foi classificado como ansiedade média, em suma confirmando a ideia de que crianças em idade escolar se apresentam mais ansiosas.

Os dados obtidos foram concordantes com a maioria dos estudos usados nesta análise, onde essa investigação permitiu identificar aspectos relevantes a serem abordados no contexto do

cuidado de enfermagem à criança internada, evidenciando a necessidade de pesquisas adicionais focadas na busca de estratégias eficazes, desenvolvidas pela equipe de enfermagem, para a redução da ansiedade, reforço do suporte social e aprimoramento da qualidade de vida em crianças no contexto hospitalar.

Diante do exposto, o instrumento CD:H se torna relevante porque permite obter informações precisas sobre o nível de ansiedade dos pacientes rotineiramente, o que é crucial para direcionar o cuidado e o planejamento de intervenções adequadas. Além disso, o instrumento auxilia na identificação das necessidades emocionais e psicológicas das crianças durante o processo de hospitalização, além de facilitar o desenvolvimento de intervenções pela equipe de enfermagem, visando minimizar a ansiedade nesses pacientes.

REFERÊNCIAS

BEZERRA, R.C.O et al. Avaliação da ansiedade de crianças escolares hospitalizadas utilizando o instrumento child drawing: hospital. Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online), p. 868-873, 2021.

CLATWORTHY, S, SIMON K, TIEDEMAN M. Child Drawing: Hospital Manual. Journal of Pediatric Nursing, v. 14, n. 1, feb., 1999. professors from a public university. **Invest. educ. enferm.** v. 32, n. 2, p. 208-290, 2014. DOI: 10.17533/udea.iee.v32n2a11

Dantas NR. Oliveira JD. Damasceno SS. Rebouças VCF. Visão da criança sobre hospitalização por meio do desenho dirigido. Revista Eletrônica Acervo Saúde. Vol.12(9); 8p.

GOMES, G.L.L; NOBREGA, M.M.L. Ansiedade da hospitalização em crianças: proposta de um diagnóstico de enfermagem. Rev Lat Am Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 23, n. 5, p. 963-970, 2015.

HINIC, K. et al. The effect of a pet therapy and comparison intervention on anxiety in hospitalized children. J Pediatr Nurs, v. 46, p. 55-61, 2019.

HOCKENBERRY MJ, WILSON D. WONG, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.

LEMOS ICS. Brinquedo terapêutico instrucional no preparo da criança para punção venosa: contribuições à enfermagem pediátrica. Monografia. Curso de Enfermagem, Universidade Regional do Cariri. 2012.

LEMOS ICS et al. Brinquedo Terapêutico no procedimento de punção venosa: estratégia para reduzir alterações comportamentais. Rev. Cuid., v. 7, n. 1, p. 1163-70. 2016.

LENHARDTK, Gabriela; CALVETTI, Prisca Ücker. When turn illness anxiety?: How to treat disorders eager under the perspective cognitive-behavioral. Aletheia, v. 50, n. 1-2, p. 111-122, 2017.

LIMA L, LEMOS MS. Child Drawing: Hospital— Versão Portuguesa. Inéditos Idecca N.º 2, Lisboa, p. 175-6. 2011a.

LIMA L, LEMOS MS Adequação do Child Drawing Hospital na Avaliação do Bem estar de Crianças Hospitalizadas Portuguesas. Saúde e Qualidade de Vida: uma meta a atingir. p. 69-75. 2011b.

MORAES, E.O; ENUMO, S.R.F. Estratégias de enfrentamento da hospitalização em crianças avaliadas por instrumento informatizado. Psico-USF, v. 13, n. 2, p. 221-231, 2008.

NILSSON, S. et al. Children's perceptions of pictures intended to measure anxiety during hospitalization. J Pediatr Nurs, v. 44, p. 63-73, 2019.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

SILVA, S. G. T. DA . et al.. Influence of Therapeutic Play on the anxiety of hospitalized school-age children: Clinical trial. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 70, n. 6, p. 1244–1249, nov. 2017.

WENNSTRÖM B, NASIC S, HEDELIN H, BERGH I. Evaluation of the Swedish version of the Child Drawing: Hospital Manual. Journal of advanced nursing, v. 67, n. 5, p.1118-28, May., 2011.

WENNSTRÖM B, et al. Child Drawings and Salivary Cortisol in Children Undergoing Preoperative Procedures Associated With Day Surgery. Journal of PeriAnesthesia Nursing, v. 28, n. 6, p.361-367, dec., 2013.