

O desenvolvimento emocional em crianças submetidas a transplante hepático

Márcia Camaratta Anton

Cesar Augusto Piccinini

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Resumo

O presente estudo investigou o impacto da doença crônica e do transplante hepático infantil no desenvolvimento da criança. Participaram do estudo seis mães e seus filhos, com idades entre quatro e oito anos, transplantados de fígado. Todas as mães foram entrevistadas e as crianças responderam ao Teste das Fábulas. A análise dos dados mostrou conflitos de dependência-independência, dificuldades na aquisição da autonomia e presença de um padrão de comportamento infantil regressivo, com baixa tolerância à frustração. Além disso, o Teste das Fábulas revelou sentimentos de insegurança, impotência, solidão, assim como fantasias de morte e privação. Os resultados indicaram a importância do acompanhamento psicológico precoce e sistemático à criança e sua família, como forma de auxiliá-los no processo de crescimento, visando maior independência e autonomia.

Palavras-chave: transplante hepático infantil; desenvolvimento infantil; doença orgânica crônica; psicologia.

Abstract

The emotional development in liver transplanted child. This study investigated the impact of a chronic disease and a pediatric liver transplant on the child's emotional development. Six mothers and their transplanted sons/daughters (ages ranging from 4 to 8 years old) participated in the study. All mothers were interviewed and the children answered the Fables Test. The analyses revealed dependent-independent conflicts, difficulty in acquiring autonomy and independence with a pattern of regressive behavior and low tolerance to frustration. The Fables Test revealed insecurity, impotence, loneliness, death and privation fantasies. The results have indicated the importance of an early psychological and systematic follow-up to the child and his/her family, which will assist them in their process of growing, becoming independent and autonomous.

Keywords: child liver transplantation; child development; chronic disease; psychology.

O diagnóstico de uma doença potencialmente fatal na infância pode trazer profundas consequências emocionais para a criança e sua família (Anton & Piccinini, 2010a, 2010b). Para algumas dessas doenças, o transplante surge como uma terapêutica que pode aumentar a sobrevida e melhorar a qualidade de vida (Engle, 2001; Farley et al., 2007). No entanto, essa melhora tende a ocorrer principalmente no que se refere ao funcionamento físico e social, quando comparado ao período pré-transplante (Anton & Piccinini, 2010a; Engle, 2001; Moreno-Jiménez & Castro, 2005), mas não é necessariamente consistente no que se refere à saúde psicológica, sendo que problemas psicossociais permanecem para muitos pacientes transplantados (Anton & Piccinini, 2010a; Engle, 2001). Isto porque este é um procedimento complexo que exige um regime de tratamento contínuo, incluindo uso ininterrupto de medicações, visitas periódicas aos médicos e realização de exames por toda vida (Ferreira, Vieira, & Silveira, 2000).

Estudos apontam que a constante necessidade de cuidados médicos e o uso diário de medicações põem estes pacientes

em risco para desenvolver problemas psicológicos similares a outros pacientes com doença crônica (Törnqvist et al., 1999; Wise, 2002). Além disso, estes pacientes também podem, com frequência, desenvolver complicações pós-transplante, muitas delas relacionadas a múltiplas comorbidades do tratamento imunossupressor, requerendo atenção médica constante (Ng et al., 2009; Törnqvist et al., 1999; Wise, 2002). Desta forma, autores tendem a considerar o paciente pós-transplante, como um paciente com doença crônica. Portanto, não se pode considerar que o transplante leve à cura, já que a criança e a família continuam tendo que enfrentar o desafio de viver à sombra de uma doença crônica, havendo impactos diversos, em cada fase deste processo (Anton & Piccinini, 2010b).

Do ponto de vista da criança, deve-se levar em conta que procedimentos médicos, restrições físicas e doenças de forma geral tendem a ser sentidos como punição, ataque ou retaliação por algo que imaginam ter feito de errado (Aberastury, 1972; Freud, 1952). Ao falarem sobre doenças crônicas, Lewis e Wolkmar (1993) ressaltam que os tratamentos médicos também podem ter efeitos traumáticos, tendo em vista a dor, corporal e

psíquica, inerente e à constante ameaça de separação e morte. No caso de transplante, devido a sua complexidade e riscos, pode-se pensar que tais efeitos sejam ainda mais potencializados.

Estudos apontaram que crianças transplantadas podem apresentar distúrbios emocionais, comportamentais e sociais (Gritti et al., 2001). Os sintomas mais comumente encontrados em crianças transplantadas de fígado são: imaturidade, ansiedade de perda e de separação, inibição, alteração na imagem corporal, retraimento, somatização, regressão, sintomas depressivos, problemas de atenção e de comportamento (Gritti et al., 2001; Gritti et al., 2006; Törnqvist et al., 1999). Segundo Adebäck, Nemeth e Fischler (2003), escores mais baixos no QI podem estar associados à baixa autoestima e dificuldades emocionais presentes nestes pacientes.

Pesquisa realizada por Castro e Moreno-Jiménez (2010), com 47 crianças transplantadas de órgãos sólidos e 88 sem problemas de saúde, a fim de examinar presença de indicadores emocionais no desenho da figura humana, indicou que as crianças transplantadas apresentaram uma média de indicadores emocionais maior que aquelas sem problemas de saúde. Contudo, apenas para os meninos esta média foi estatisticamente significativa. Os autores concluem que a experiência de doença crônica e transplante pode afetar emocionalmente as crianças, tendo efeitos sobre o desenvolvimento. Mesmo assim, o impacto do transplante no desenvolvimento emocional infantil ainda não está bem esclarecido, dependendo de características da doença, dos recursos psicológicos da criança e de sua família (Anton & Piccinini, 2010a; Castro & Moreno-Jiménez, 2010), assim como do ambiente social em que vive (Castro & Moreno-Jiménez, 2010).

Em situação de doença grave/crônica em geral, o atraso da maturidade, da aquisição da autonomia e da independência tende a ser comum (Oliveira, 1999), podendo estender a relação de dependência para muito além dos limites esperados, como também mostram estudos sobre crianças transplantadas (Törnqvist et al., 1999; Wise, 2002). Neste sentido, quanto mais severa a doença, menos os adultos tendem a respeitar os avanços em direção à independência física que tenha sido alcançada pela criança, pois a questão da dependência é inerente ao acompanhamento médico e medicamentoso (Masi & Brovedani, 1999).

Conforme Oliveira (1999), o movimento regressivo observado em adolescentes doentes crônicos, pode ser entendido como um mecanismo que tende a acompanhar todo o indivíduo doente, independentemente da idade, em maior ou menor grau. Este mecanismo pode tanto dificultar o tratamento, na medida em que o paciente não enfrenta a realidade da enfermidade, quanto auxiliar, sendo fundamental para que o paciente consiga aceitar tanto as restrições impostas pelo tratamento, quanto a dependência necessária para deixar-se cuidar. Desta forma, deve-se estar atento à tênue linha que divide o limite necessário para que a regressão funcione como um mecanismo protetor do ego, que possibilita a busca pela vida, e o que excede, tornando-a nociva para o indivíduo, pela imobilização que representa. Neste sentido, Gritti et al. (2006), ao estudarem transplante pediátrico, alertaram para a importância de programa de suporte psicológico específico para esta população, visando o bem-estar da criança,

assim como um bom desenvolvimento emocional.

No presente estudo, o desenvolvimento emocional infantil foi entendido a partir da perspectiva psicanalítica (Freud, 1952; Mahler, Pine & Bergman, 1975/1993; Winnicott, 1963/1982), enfocando as aquisições desenvolvimentais no que diz respeito à dependência/autonomia, tolerância à frustração, capacidade de lidar com regras e limites, habilidades sociais, cognitivas, linguagem, locomoção.

Como pode ser visto acima, a doença crônica e o transplante podem acarretar consequências emocionais para as crianças transplantadas, associadas ao sofrimento imposto pela doença e pelo tratamento, afetando o desenvolvimento infantil, à medida que, em muitas situações, leva a regressão, inibições ou atraso no desenvolvimento. Assim sendo, o presente estudo investigou o impacto da doença crônica e do transplante hepático infantil no desenvolvimento emocional da criança.

Método

Participantes

Participaram do estudo seis crianças transplantadas de fígado e suas mães. As crianças tinham idades entre quatro e oito anos, à época da coleta de dados, e o tempo pós-transplante variou entre um e seis anos. Foi utilizado como critério de exclusão: transplante de urgência, doação inter vivos, retransplante de fígado, terminalidade, comorbidade orgânica ou mental. A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas dos genitores enquanto a Tabela 2 apresenta as características sociodemográficas e da doença de base das crianças.

Delineamento, procedimentos e instrumentos

Foi utilizado um delineamento de estudo de caso coletivo (Stake, 1994), buscando investigar o impacto da doença crônica e do transplante hepático infantil no desenvolvimento emocional da criança. As famílias selecionadas, com base nos critérios descritos acima, foram convidadas a participar do estudo quando compareceram a consultas médicas ou por telefone. Todas as mães que aceitaram participar preencheram a Ficha de Contato Inicial e a assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido¹. Horários individuais foram agendados para a realização da Entrevista sobre o desenvolvimento emocional da criança no contexto do transplante hepático infantil com as mães e do Teste das Fábulas (TF) com as crianças. A entrevista foi desenvolvida pelos autores para fins do presente estudo², abordando temas como: aquisições desenvolvimentais (por exemplo, linguagem, autonomia, aprendizagem), tolerância à frustração, aceitação de regras e limites, ansiedade de separação, interação mãe-filho. Trata-se de uma entrevista estruturada, conduzida de forma semi-dirigida, na qual foram realizadas questões adicionais na medida do necessário. O TF foi utilizado em sua forma verbal e pictórica (Cunha & Nunes, 1993), a fim de compreender os conflitos e aspectos do desenvolvimento emocional das crianças transplantadas, assim como eventuais significados da doença crônica e do transplante. Cada uma das 10 fábulas consta de pequenas historietas incompletas que devem ser concluídas pelas crianças, o que permite que elas exponham

Tabela 1
Características sociodemográficas das mães e dos pais

| Mãe/pai | Idade | Escolaridade | Profissão | Trabalha | Filhos | Religião |
|---------|-------|--------------|-------------|----------|--------|------------|
| M1 | 36 | 5ª série | Agricultora | Não | 1 | Católica |
| P1 | 39 | 5ª série | Agricultor | Sim | 1 | Católica |
| M2 | 30 | 5ª série | Calçado | Não | 2 | Evangélica |
| P2 | 34 | 5ª série | Calçado | Sim | 3 | Evangélico |
| M3 | 26 | 2ª grau | Confecção | Sim | 1 | Católica |
| P3 | 28 | 2ª grau | Motorista | Sim | 1 | Católico |
| M4 | 35 | 2ª grau | Autônoma | Sim | 3 | Católica |
| P4 | 37 | 2ª grau | Autônomo | Sim | 3 | Católico |
| M5 | 41 | 2ª grau | Do lar | Não | 3 | Evangélica |
| P5 | 48 | 2ª grau | Autônomo | Sim | 3 | Católico |
| M6 | 49 | 5ª série | Doméstica | Sim | 3 | Católica |
| P6 | 43 | 2ª grau | Mecânico | Sim | 3 | Católico |

Tabela 2
Características sociodemográficas e da doença das crianças

| | Idade* | Sexo | Escolaridade | Diagnóstico | Idade no diagnóstico* | Idade no transplante* | Tempo pós-transpl. | Internações pós-transpl. |
|----|--------|------|--------------|--------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------|--------------------------|
| C1 | 7a5m | M | 1ª série | Hepatite Autoimune | 5a | 5a3m | 2a | 3 |
| C2 | 4a8m | F | - | AVB** | 4m | 2a8m | 2a | 0 |
| C3 | 8a4m | F | 2ª série | Cirrose | 1a8m | 7a4m | 1a | 5 |
| C4 | 6a5m | F | 1ª série | AVB | 1m | 8m | 6a | 1 |
| C5 | 7a8m | F | 2ª série | AVB | 1m | 1a1m | 6a | 4 |
| C6 | 7a7m | M | 2ª série | AVB | 2m | 2a1m | 5a | 1 |

* Idade em anos e meses

**Atresia de Vias Biliares

conteúdos projetivos associados as suas vivências. A análise do TF foi realizada conforme os critérios de avaliação propostos por Cunha e Nunes (1993) e os resultados foram apresentados, de acordo com os conteúdos emergentes nas fábulas. As entrevistas e a aplicação do teste foram gravadas e posteriormente transcritas para fins de análise.

Resultados e discussão

Análise de conteúdo qualitativa (Laville & Dione, 1999) foi utilizada para se examinar as respostas das mães a respeito do desenvolvimento de seu filho, no contexto de doença crônica e transplante. Com base na leitura exaustiva das entrevistas foram criadas duas categorias de análise: “Reações da criança à doença e ao transplante” e “Desenvolvimento da criança no contexto do transplante”. As respostas das crianças referentes ao TF foram analisadas em uma terceira categoria de forma que fosse possível uma compreensão dos seus conflitos, desenvolvimento emocional e significados da doença crônica e do transplante para elas. Durante as análises buscou-se investigar tanto as particularidades como as semelhanças entre os casos. As três categorias de análise são apresentadas a seguir, trazendo relatos das mães, nas duas primeiras, e das crianças, na terceira delas, de modo a ilustrar os tipos de respostas classificadas em cada uma das categorias e discutir os achados à luz da literatura.

Reações da criança à doença e ao transplante

Os resultados do presente estudo apontaram que a situação de transplante foi ansiogênica para todos os envolvidos. Segundo as mães, seus filhos passaram por um período de dificuldade de aceitação da doença e dos cuidados médico-hospitalares. Todas as crianças, inicialmente, apresentavam choro intenso diante dos procedimentos, sendo que as mais velhas também expressavam sua contrariedade, angústia e sofrimento através de verbalizações e reações ativas como tentar fugir ou agredir os cuidadores.

Com o passar do tempo, muitas das crianças, segundo os relatos das mães (M1, M3, M4, M5, M6)³, foram “se acostumando” com a rotina hospitalar e com os procedimentos, que deixaram de ser sentidos como tão assustadores: “Antes do transplante entrava em total pânico. Pra tirar sangue tinha que vir três, quatro, para segurar. Agora ele perdeu aquele medo que tinha” (M1). As mães atribuíram esta mudança à forma como elas lidavam com os filhos e ao entendimento das crianças sobre a doença e necessidade de tratamento. “Assim como eu passei a entender que era um mal necessário, parecia que ela também entendia que precisava deixar porque era necessário” (M5). Algumas mães (M1, M3, M5) afirmaram que, para que os filhos aceitassem os procedimentos, era necessário explicar o que seria realizado: “Tem que dizer: ‘vai doer, seja forte’, aí ela aceita. Agora, se doer e tu não avisou, daí ela fica bem estressada. Aí ela

não deixa mesmo, ela junta os pés e não quer saber” (M3). Esta mesma mãe relatou, ainda, que a filha ficava desesperada caso sentisse que a mãe estava com medo. Isto mostra a importância da segurança e apoio materno, assim como do diálogo com os filhos, para que as crianças aceitem melhor os procedimentos realizados.

Quando incentivadas ao diálogo, as crianças, segundo as mães, tendiam a expressar suas dúvidas, temores e fantasias: “Quería saber o que era um transplante, o que iam fazer. Quería saber com que iam cortar, se era com faca” (M1). Uma das crianças questionava sua mãe sobre o fato de alguém precisar morrer para se tornar doador: “Aquela pergunta: ‘Mas tem que morrer?’ Daí tu fica naquela: meu Deus, agora o que eu vou falar?” (M3). Duas mães (M3 e M5) comentaram sobre as brincadeiras das filhas, percebendo que simbolizavam a experiência vivida: “Ela brincava e dizia assim: ‘quê que é doutora? O quê? Abrir a barriga da minha filha? Nunca!’ Ai ela pegou aquela boneca abraçou, e disse: ‘vamos embora minha filha, porque a mãe não vai deixar esses loucos abrirem a tua barriga’” (M5).

Outro aspecto comentado pelas mães, dizia respeito à reação das crianças aos comentários e curiosidades de outras pessoas. Todas as mães afirmaram que seus filhos lidavam bem com estas questões: “Não é uma criança recalcada, fala naturalmente. Ela bota a mini-blusa dela. Não tá nem aí pra aquela cirurgia” (M4). No entanto, ao serem abordados aspectos referentes à aceitação das marcas do transplante (cicatriz e uso de máscara), foi possível perceber relatos de reações diversas entre as crianças. Algumas delas, segundo a percepção das mães (M3, M4, M5 e M6), demonstraram não ter vergonha da cicatriz, enquanto outras (M1 e M2) não gostavam de ficar com a barriga exposta. De acordo com uma das mães (M2), sua filha verbalizou que gostaria de tirar a cicatriz, enquanto um dos meninos (M1) comentou para a mãe que parecia que sua barriga havia sido cortada com um machado, sugerindo fantasias agressivas em relação ao transplante. Outra mãe (M6) relatou que, apesar do filho usar máscara em locais movimentados e andar sem camiseta no verão, respondia aos comentários com certo incômodo: “Às vezes ele diz: ‘o que tão me olhando? Nunca viu uma máscara? É que eu sou transplantado’” (M6). Duas das mães relataram que seus filhos sofriam no pré-transplante, em função dos comentários de outras crianças sobre a cor amarela da pele e dos olhos, e da barriga protuberante: “Ela ficava chateada quando ia pra escola, às vezes os amiguinhos ficavam chamando-a de ‘etzinho’, essas piadinhas sem graça” (M3).

Apesar dos aspectos expostos, as mães consideraram que seus filhos tendiam a se ver como crianças sadias e iguais aos colegas, lidando bem com a doença: “Pra ela, ela sempre foi normal, mesmo com sonda, amarela, sempre normal. O que os outros achavam, ela não tava nem aí” (M3).

Ela não se considera doente. Ela foi, hoje não é mais. Ela disse para mim: ‘tu ainda não reparou que eu não sou doente? Sou sadia. Eu vou ao colégio, faço tudo que meus colegas fazem. Minha vida não é diferente em nada. Eu não sou doente’. (M5)

As crianças que no momento da entrevista encontravam-se com mais de sete anos (M1, M3, M5 e M6), de uma maneira

geral, já haviam desenvolvido certo grau de auto-cuidado (M1, M3 e M5). Segundo as mães, conheciam e respeitavam o intervalo de jejum necessário por causa do remédio contra rejeição do enxerto e sabiam o horário das medicações. Uma das crianças, que desenvolveu alergia alimentar em decorrência da medicação pós-transplante, inclusive já reconhecia os sinais deste quadro, de forma a evitar reações alérgicas mais intensas. Além disso, também sabia controlar outros sinais de possíveis complicações, o que tranquilizava a mãe: “Ela já sabe se tem alguma coisa estranha que ela tem que me comunicar. Eu fico tranquila em relação a ela, porque ela se ajuda, né?” (M5). Além disso, esta criança considerava claramente o seu risco de morte, como mostra a verbalização da própria paciente, reproduzida pela mãe: “‘Eu preciso tomar o meu remédio, porque outro dia uma menina parou de tomar o remédio e ela morreu e eu não quero morrer’” (M5).

Uma das mães afirmou que percebia que sua filha havia ficado com um sentimento de força e de vitória muito grande e atribuiu isto a vivência de doença e transplante: “Ela se acha vitoriosa. Em todas as batalhas ela já se encara vencedora. Pra ela, em todos os desafios ela sempre é a melhor. Ela tá com aquele sentimento assim de soberania, sabe?” (M4). Algumas mães (M1, M3 e M5) referiram ainda que seus filhos comunicaram, de diferentes formas, a felicidade por terem sido transplantados: “Ele se alisa e diz: ‘que bom que eu tenho um fígado novo aqui’” (M1).

Desenvolvimento da criança no contexto do transplante

As análises dos resultados mostraram que o desenvolvimento das crianças foi afetado pela doença. No relato, as mães enfatizaram o impacto no desenvolvimento motor antes do transplante. Por exemplo, os pacientes que eram bebês à época do auge da doença (M2, M4, M5 e M6) não chegaram a adquirir habilidades características da fase: “Não pegava peso. Caminhou tudo atrasado. Não engatinhou por causa da barriguinha, que era crescida. Ficava molinha, não tinha firmeza. Mas agora já recuperou tudo: peso, crescimento” (M2). Já as que eram maiores (M1 e M3) acabaram perdendo habilidades anteriormente conquistadas: “Perdeu todos os movimentos, musculatura. Era só osso e nervo, músculo não tinha. E foi adquirindo aos pouquinhos depois” (M1). Mas com o passar do tempo e o sucesso do transplante as crianças retornaram ao nível de desenvolvimento físico apropriado para suas respectivas faixas etárias.

Outro aspecto verificado é que, tanto as mães das crianças que estavam há um ou dois anos pós-transplante como aquelas cujos filhos haviam sido transplantados há mais de cinco anos, consideraram que os filhos ficaram super ativos depois do transplante, querendo “aproveitar cada minuto perdido”: “Acho que a doutora ligou ela em 220 volts no transplante, porque a gurria tem uma disposição! É duas horas da manhã e ela tá brincando, pulando, correndo. Ela nunca brinca que chega, tem uma ansia” (M3).

No aspecto social, todas as mães relataram que seus filhos eram bem comunicativos. Relacionaram este fato à doença e hospitalizações frequentes, já que, em função disso, tiveram contato constante com inúmeras pessoas diferentes,

desde pequenos: “Depois do transplante ela se despachou. Desde pequenininha, sempre vendo gente. Talvez isso tenha contribuído” (M2). Apesar dessa boa capacidade de comunicação e entrosamento, aspectos relacionados a maior dependência ficaram evidenciados nas crianças. Algumas delas permaneceram dormindo no quarto dos pais até por volta dos seis anos de idade (M4, M5 e M6). Duas das meninas, uma com quatro (M2) e a outra com oito anos (M5), continuavam dormindo na cama com seus pais, na época das entrevistas, sendo que a mais velha tinha dito à mãe que queria dormir sozinha: “Ela cobra: ‘Eu não quero ter que dormir sempre contigo’. Pra ela tá mais resolvido do que pra mim” (M5).

Além destes aspectos, o auxílio nas atividades de higiene permaneceu para maioria das crianças (M2, M4, M5 e M6), mesmo que algumas (M4 e M6) expressassem o desejo de realizar as atividades sozinhas. Duas delas (M2 e M5), pareciam gostar de receber esses cuidados e até solicitá-los. Algumas mães (M4, M5 e M6) afirmaram que os filhos tinham momentos mais regressivos: “Ela tem essa necessidade de ser bebê. Às vezes ela diz pra mim: ‘mãe, só um colinho, porque eu sou teu nenê’. Dedo ela chupa até hoje” (M5). Este comportamento foi entendido por esta mãe como uma necessidade de resgatar algo que a filha não pôde ter no passado em função da doença e do transplante: “Isso é porque ela amadureceu muito rápido. E às vezes faz falta ter sido... se permitir ser nenê” (M5). Alguns aspectos contraditórios também apareceram no relato das mães, já que as mesmas (M4, M5 e M6) que afirmaram que os filhos apresentavam comportamento regressivo, os consideravam bastante independentes: “Depois disso tudo ao invés dela ficar dependente ela ficou auto-suficiente. Ela é um pouco adulta demais. Chama atenção toda aquela responsabilidade que ela tem” (M4).

Outro aspecto frequente foi o fato das mães (M1, M3, M4 e M5) ressaltarem que os filhos não se tornaram rebeldes, denunciando uma expectativa de que isto pudesse acontecer em virtude da doença e do transplante: “Não tá dando problema nenhum. Não é revoltado, não é rebelde, não é nada” (M1). Por outro lado, todas as mães comentaram que os filhos eram teimosos e queriam tudo do seu jeito: “Tudo é motivo de birra. Mesmo que ela esteja errada ela não dá o braço a torcer” (M4). Juntos estes relatos podem indicar que as crianças pareciam ter, de um modo geral, uma baixa tolerância à frustração, ficando facilmente irritados diante das contrariedades: “Qualquer coisinha ela faz um escarcéu” (M2).

No que se refere à escolarização, apenas duas crianças (M3 e M5) frequentaram o jardim de infância, sendo que uma delas (M5) foi “por recomendação da médica”. As outras foram para escola apenas na idade obrigatória (M1, M2, M4 e M6). Uma das mães argumentou que tinha medo de que o filho sofresse chacotas: “Ele era amarelinho, verde, e tem preconceito por ser diferente” (M6). Uma das mães, que colocou a filha na pré-escola, afirmou que ficava muito apreensiva em relação aos cuidados devido à doença: “Eu me preocupava se não iam arrancar a sonda, se iam tratar ela de outra forma. Mas ela adorava ir pro pré, não queria faltar nenhuma vez” (M3). De qualquer forma, todas as mães preocuparam-se com a questão da inserção do filho na escola, procurando diminuir, de diversas maneiras,

o impacto que imaginavam que o convívio social traria. Em algumas situações a criança foi apresentada para os colegas como transplantada e em outras, nada foi dito. Uma das mães citou a preocupação da própria professora em relação ao uso de máscara, já que isto exporia a doença. Os vários manejos ficam claros nas seguintes vinhetas: “Se decidiu que ele sentaria na janela, sem máscara para não estranharem” (M6); “A diretora chamou ele na frente de todos os alunos, mostrou a barriga dele, explicou o que tinha acontecido, falou do transplante” (M1); “Primeiro eu fui lá, levei ela, expliquei o caso, falei com a professora, com a diretora. Passei uns cuidados pra eles, conversei com as crianças, expliquei o que era aquilo, porque ela não podia pular. Deu tudo certo” (M3).

No que se refere ao desenvolvimento intelectual, a maioria não apresentou problemas, sendo consideradas pelas mães como “bastante inteligentes”. Neste sentido, uma das mães destacou a importância do acompanhamento pedagógico oferecido no hospital, já que sua filha perdeu muitas aulas devido a internações hospitalares e, mesmo assim, conseguiu acompanhar o nível de desenvolvimento dos colegas. Outra mãe afirmou que a filha não gostava da escola, já que este era o único local no qual ela era cobrada e avaliada:

Elas não é muito amiga do colégio. Vai porque tem que ir, mas na verdade o colégio para ela é um encontro de brincadeiras. Ela não está muito habituada a ir com a responsabilidade da aula. Ali ela não está assimilando muito bem. (M5)

Esta mãe destacou também a dificuldade da filha de lidar com situações nas quais ela não recebia atenção especial por ser transplantada, o que poderia representar um ganho secundário à doença.

Desenvolvimento emocional da criança de acordo com o Teste das Fábulas

De acordo com os resultados do TF, os conflitos de dependência-independência mostraram-se bastante presentes nas crianças transplantadas. Cinco crianças (C1, C2, C3, C5 e C6)⁴ apresentaram dificuldades na aquisição da autonomia, mostrando-se inseguras em situações em que se esperaria, de acordo com suas idades, agir de forma autônoma. Também foram comuns dificuldades em apresentar ações ativas e adaptativas, especialmente quando os conteúdos relacionavam-se a situações em que deveriam agir de modo independente. Algumas crianças (C2, C5 e C6) descreveram ações passivas e não-adaptativas, assim como fantasias de impotência, como mostra a seguinte vinheta: “O passarinho vai ficar onde caiu e esperar até o pai dele arrumar um galho e fazer um ninho para eles voltarem a morar no ninho” (C5). Apenas uma criança (C4), demonstrou capacidade de agir de forma mais autônoma, aceitando seu próprio crescimento como algo bom. Esses achados podem estar associados à situação de doença crônica e transplante que parece ter levado a um aumento no cuidado e diminuição do incentivo à autonomia por parte das famílias.

No que diz respeito às fantasias despertadas, todas as crianças trouxeram fantasias de agressão deslocada para o ambiente, o que indica que sentiam o meio externo como fonte de perigo e agressão. Fantasias de morte (C1, C3, C4 e C6)

privação (C2, C3, C5 e C6) e impotência (C2, C3, C5 e C6) também estiveram presentes nas respostas, o que provavelmente se deve à vivência de doença e transplante, assim como ao risco real de morte, que pode ter levado as crianças a sentirem o ambiente como hostil. “Ele tem medo do escuro, porque pode aparecer um morcego e morder ele. Ai ele fica doente e morre” (C1). Além disto, algumas crianças ainda apresentaram fantasias de reparação (C1 e C5), abandono (C4 e C6), castigo por terem feito algo errado (C4 e C5), castração (C3), heteroagressão passiva (C5) e culpa (C5). Algumas destas projeções podem estar relacionadas ao egocentrismo comum em crianças, que as leva a imaginar que tudo que ocorre tem relação consigo mesmas, gratificando ou punido-as por seus desejos.

Destacou-se ainda o fato de várias crianças, em pelo menos uma das fábulas, terem referido situações de doença (C1, C4, C5 e C6) ou dado desfechos que levavam o herói à morte (C1, C3 e C6). “Ele não sabia voar, ai ficou ali embaixo, veio um vento e levou ele. Aí, ele bateu na pedra e morreu” (C6). Isto provavelmente ocorreu como uma projeção, por meio da qual inseriram nas fábulas suas vivências, muitas delas possivelmente traumáticas, associadas à doença, tratamentos invasivos e risco iminente de morte. Contudo, pelo menos duas crianças (C1 e C4), apesar de mostrarem-se mobilizadas com determinados conteúdos apresentados no TF, conseguiram dar desfechos positivos, o que pode indicar uma capacidade de lidar de forma adaptativa com as adversidades do ambiente. “Ele fica doente, mas melhora depois, porque fazem carinho e cuidam dele” (C4). Outras (C2, C3, C5 e C6), por outro lado, não conseguiram criar desfechos positivos, sugerindo maior dificuldade em lidar de forma adaptativa com os conflitos e, provavelmente, com a própria situação de doença e transplante.

Esta fragilidade do herói das fábulas e a dificuldade de lidar com a situação aversiva podem ser entendidas como relacionadas ao comportamento dependente apresentado por estas crianças, uma vez que, ao não se sentirem capazes de, individualmente, enfrentar o problema, tenderam a recorrer aos seus pais como fonte de apoio e proteção. Cabe ressaltar que, apesar de duas das crianças (C1 e C4) terem conseguido encontrar desfechos positivos para algumas fábulas, em várias delas também trouxeram conteúdos relacionados à morte e agressão. Nestas ocasiões, apresentaram dificuldades em lidar com os conflitos, o que pode indicar que, de uma forma geral, encontravam-se bem do ponto de vista emocional, no entanto, no que dizia respeito à doença e ao transplante, também apresentavam dificuldades de lidar com os conflitos inerentes àquela situação.

Quanto ao estado emocional das crianças, expressos nas suas respostas ao TF, alguns apareceram com mais destaque, tais como sentimentos de solidão (C2, C4 e C5), tristeza (C3 e C5), indícios de mobilização afetiva (C2 e C5), possessividade (C5), mal-estar (C5), culpa (C5), rejeição (C5), assim como dificuldade da criança em descrever os estados emocionais do herói das fábulas (C6). Apenas uma das crianças (C4) relatou sentimentos de bem-estar e felicidade no TF, apesar de também ter apresentado sentimento de abandono e mobilização afetiva diante de situações em que trouxe conteúdos relacionados à morte e à agressão.

Discussão geral

Os resultados do presente estudo, derivados tanto das entrevistas com as mães, quanto da avaliação feita com as crianças através do TF, indicaram que a doença crônica e o transplante representaram uma intensa sobrecarga emocional para todos os envolvidos. Neste contexto, surgiram dificuldades no desenvolvimento emocional infantil, principalmente no que diz respeito à aquisição da autonomia, com a permanência de um vínculo de dependência da criança com a mãe, como mostram os dados derivados das entrevistas e do TF. No entanto, de forma geral, estes aspectos não foram referidos pelas mães como algo preocupante, parecendo ser egossintônicos.

Quanto ao desenvolvimento psicossocial das crianças, todas as mães os descreveram como extrovertidos, sociáveis e sem dificuldades de relacionamento. No entanto, as entrevistas e o TF revelaram comportamentos de insegurança, desamparo, dificuldade de relacionamento, tendência à teimosia e baixa tolerância à frustração, corroborando a literatura (Lewis & Wolkmar, 1993; Masi & Brovedani, 1999; Oliveira, 1999). A teimosia e a dificuldade de lidar com limites, de forma geral, tenderam a serem consideradas pelas mães como demonstração de persistência e força, sendo dado um caráter positivo, associado a uma ideia de “personalidade forte”. Estes achados vêm ao encontro das afirmações de Hanton (1998) que salientou que, apesar dessas crianças mostrarem sinais de regressão e depressão, os pais frequentemente tendem a negar a possibilidade de qualquer consequência negativa da doença e do transplante para seus filhos, como forma de defesa.

Comportamentos regressivos também foram verificados no que diz respeito à permanência de auxílio, além da idade esperada, em várias atividades. Em relação às de higiene, isto pode estar relacionado à necessidade de cuidado mais intenso devido ao risco de contraírem infecções depois do transplante (Oliveira, 1999). Tal preocupação pode ter levado algumas mães a se sentirem inseguras para incentivar e aceitar que seus filhos assumissem esses cuidados, não conseguindo liberá-los para realizarem atividades independentes e aventurarem-se na descoberta do mundo circundante, conforme esperado em situações de desenvolvimento típico (Mahler, Pine, & Bergman, 1975/1993; Winnicott, 1963/1982).

Destaca-se o fato de que a única paciente que demonstrou, a partir das respostas ao TF, capacidade de agir de forma autônoma, aceitando crescimento como algo bom, provinha de uma família cuja mãe relatou na entrevista que lidava com a doença e o transplante de forma natural, chegando, por vezes, a agir de maneira aparentemente pouco protetora, na medida em que considerava “frescura” muitos dos cuidados indicados para pacientes transplantados. Assim, pode-se pensar que a aquisição da autonomia e da independência talvez estivesse mais associada à maneira como a família lidava com a criança e propiciava um sentimento de bem-estar, saúde e capacidade. Mais ainda, parece que, não apenas a postura da mãe diante do filho, mas as suas reais fantasias e temores influenciam a forma como a criança se desenvolve (Lewis & Wolkmar, 1993). Isto porque, mesmo aquelas crianças cujas mães procuravam incentivar a

autonomia (embora internamente se mostrassem amedrontadas), apresentaram, no TF, dificuldade na aquisição da autonomia e independência. Cabe ressaltar que teorias de desenvolvimento (Mahler et al., 1975/1993; Winnicott, 1963/1982) apontaram que a disponibilidade da mãe para encorajar o filho a tomar atitudes rumo à independência é extremamente importante para uma individuação saudável.

Assim, parece que a doença crônica e o transplante trouxeram à tona temores de morte e separação muito intensos, fazendo com que as díades mãe-criança apresentassem dificuldades em se separar, afetando o processo de separação-individuação (Mahler et al., 1975/1993), ou dificultando a aquisição pela criança de um funcionamento mais autônomo, rumo à independência (Winnicott, 1963/1982). Isto porque, na situação de transplante, o mundo externo e a independência da criança acabaram sendo sentidos como perigosos e ameaçadores à vida, ao invés de se tornarem algo prazeroso, como seria o esperado em situações de desenvolvimento típico. Tantas foram as batalhas realizadas que parece difícil para as mães “arriscarem-se” a permitir a saída dos filhos do âmbito da proteção que a permanência junto a elas representa, o que acaba afetando a autonomia da criança. Cabe lembrar, no entanto, que esta dedicação extrema parece ter, de forma consciente, a função de proteger o filho doente de qualquer mal que possa acontecer e salvá-lo de todas as adversidades. Além disso, o possível impacto negativo sobre o desenvolvimento emocional da criança parece ficar mais evidente a longo prazo, o que pode dificultar o manejo dos pais e o entendimento de que protegendo demais, talvez, na realidade, estejam tornando seus filhos ainda mais frágeis, dificultando o processo de elaboração da doença.

Assim, os resultados oriundos tanto da análise das entrevistas quanto do TF, corroboram a literatura que enfatiza que uma das consequências psicológicas da situação de doença crônica e transplante pediátrico pode ser o atraso da maturidade, da aquisição da autonomia e da independência, com apresentação de comportamento regressivo, comportamento de vínculo intensificado, ansiedade de perda e separação elevada (Masi & Brovedani, 1999; Oliveira, 1999; Wise, 2002). Cabe lembrar que, na situação de doença crônica, um estado de regressão a serviço do ego pode ser necessário para que a criança e a família possam aceitar os cuidados inerentes ao adoecimento e ao transplante (Oliveira, 1999). Deste modo, o limite que separa a regressão saudável - que é necessária e protetora ao ego - daquele estado regressivo que se torna nocivo para o indivíduo, devido à mobilização que representa, deve ser cuidadosamente avaliado.

Neste sentido, torna-se essencial que a equipe encoraje e ajude a criança e a família a retornarem à vida normal, deixando, aos poucos, de tratar o filho como uma criança doente e incapaz (Ferreira et al., 2000). Os resultados do presente estudo corroboraram estes aspectos, uma vez que, como exposto anteriormente, a única criança que conseguiu, no TF, demonstrar um desenvolvimento típico para sua idade, com aquisição de um comportamento mais autônomo e independente foi exatamente aquela cuja família pareceu ter conseguido livrar-se, pelo menos em parte, do fantasma da doença e incentivar a filha para ter uma vida semelhante a das outras crianças de sua idade. Corroborando com tais resultados Törnqvist et al. (1999) sugeriram que a baixa

competência nas crianças transplantadas pode ser explicada pelas restrições parentais, ansiedade e superproteção, que podem retardar a capacidade da criança para desenvolver habilidades apropriadas para sua idade.

Já Gritti et al. (2006) relacionaram as dificuldades emocionais encontradas em crianças transplantadas com a intensa exposição a estressores repetitivos - tratamentos invasivos, procedimentos diagnósticos, cirurgias e rejeições, somado a exposição da própria família à ansiedade e ao medo da morte por longo tempo. Todos esses fatores também foram verificados nas falas das mães do presente estudo. Da mesma forma, os dados do TF sugeriram que a vivência de doença crônica e de transplante levou as crianças a sentirem o ambiente como fonte de perigo e agressão. Fantasias persecutórias que envolviam situações de agressão, culpa e castigo, estiveram bastante presentes no TF. Estes dados parecem corroborar a literatura no que diz respeito à tendência das crianças a vivenciarem os procedimentos médico-hospitalares como punição, ataque ou retaliação por algo que imaginam ter feito de errado (Aberastury, 1972; Freud, 1952; Lewis & Wolkmar, 1993; Masi & Brovedani, 1999). Tais aspectos ficaram claros nas reações iniciais de choro e medo que, com o passar do tempo, tenderam a diminuir, havendo uma adaptação à situação de tratamento. Esta melhor aceitação dos cuidados médico-hospitalares pode estar associada não apenas com o fato de se habituarem a tais procedimentos, mas ao entendimento da doença e da importância do tratamento (Aberastury, 1972; Anton & Piccinini, 2010b; Freud, 1952).

Aspectos relacionados à imagem corporal e à maneira como as crianças lidavam com comentários e curiosidades de outras pessoas variaram. No entanto, não pareceram estar associados ao sexo das crianças ou à idade em que a cirurgia foi realizada, nem à idade da criança na época da coleta de dados. A única mãe que referiu desejo da filha de tirar a cicatriz foi exatamente a que o pai não gostava que a cicatriz ficasse à mostra. Isto sugere que a maneira como a família lida com o transplante e suas marcas físicas e emocionais pode influenciar a forma como a própria criança se percebe (Anton & Piccinini, 2010a; Freud, 1952; Lewis & Wolkmar, 1993).

Independentemente das marcas da doença e do transplante, todas as mães referiram que seus filhos estavam se percebendo como saudáveis e sentiam-se iguais aos seus colegas. Contudo, em algumas circunstâncias, uma aparente autoconfiança e um sentimento de vitória e superioridade, associado a um comportamento onipotente foi descrito pelas mães. Este tipo de comportamento pode estar a serviço de uma defesa maníaca contra o sentimento de fragilidade em virtude da doença, as quais ficaram evidenciadas no TF.

Em relação ao processo de escolarização, este foi descrito como complexo, pois as crianças tiveram que lidar diretamente com a sua doença e a reação dos outros a ela. Uma preocupação em relação aos preconceitos que os filhos poderiam sofrer esteve bastante presente, sendo que, na prática, foi verificado com muito mais intensidade no período pré-transplante, quando o aspecto físico das crianças denunciava a doença (Anton & Piccinini, 2010b). No pós-transplante, houve uma preocupação das mães no sentido de preparar os colegas para recepcionarem seus filhos transplantados, o que parece ter auxiliado na adaptação, podendo

ser entendido como uma atitude protetora e saudável das mesmas.

No que diz respeito aos cuidados em virtude da doença e do transplante, de uma forma geral, as crianças pareciam estar atentas. Nenhuma das mães relatou ter dificuldade com administração das medições necessárias para sobrevivência dos filhos, referindo que eles adquiriram autocuidado. De uma forma geral, pode-se pensar que este auto-cuidado era saudável e importante para manutenção da vida dos pacientes. No entanto, pode-se questionar o quanto estas preocupações, já na tenra infância, são positivas ou algo que denuncia a sobrecarga emocional em virtude da doença. Desta maneira, é importante que as equipes multiprofissionais que acompanham estes pacientes, fiquem atentas na busca de um equilíbrio entre o desenvolvimento dos cuidados necessários para a sobrevivência e a sobrecarga do ponto de vista emocional. De qualquer forma, pode-se perceber também, por meio das verbalizações das mães, que os filhos, de uma forma geral, encontravam-se bem, e muito satisfeitos por terem realizado o transplante, procedimento que tornou possível a preservação de suas vidas.

Cabe ressaltar que o TF revelou conflitos emocionais e prejuízo no desenvolvimento emocional maior do que o percebido pelas mães. Isto pode ser um indicativo de que, talvez, outros aspectos negativos fossem encontrados, caso se tivesse outras fontes de dados, tais como o pai, a observação da interação familiar e do comportamento infantil. Pode-se pensar que as diferenças encontradas nos dados do TF aplicado à criança e das entrevistas maternas tenham ocorrido em função da dificuldade das mães de perceberem o impacto do transplante no desenvolvimento de seus filhos (Anton & Piccinini, 2010a). Outro aspecto a ser destacado é o fato deste ter sido um estudo retrospectivo, de forma que as lembranças maternas podem ter sofrido modificações com os anos, não refletindo com exatidão a vivência daquele momento. Cabe lembrar, ainda, que o estudo refere-se apenas a transplante hepático infantil. É provável que os resultados sejam válidos para outros tipos de transplante, mas isso ainda precisa ser investigado.

Considerações finais

Como pode ser visto, os resultados oriundos das entrevistas e do TF indicaram que a doença e o transplante tiveram um importante impacto no desenvolvimento emocional das crianças participantes do presente estudo. Estes aspectos apareceram associados ao medo da morte e a dificuldade dos genitores em tratar seus filhos como crianças que podem ter desenvolvimento típico após o transplante. Desta forma, atenção especial deve ser dada ao desenvolvimento emocional e à relação pais-criança. Em particular, o atendimento psicológico pode auxiliá-los a lidar com a situação de doença e transplante de forma mais adaptativa, buscando uma diminuição do intenso investimento na doença e um maior investimento na vida, no crescimento, na busca de maior independência e autonomia. Assim, a ação preventiva pode auxiliar os pais a não centralizarem tanto as suas vidas e as de seus filhos em torno da doença e do risco de morte, mas nos aspectos saudáveis, de vida e crescimento. Desta forma, busca por maior independência por parte da criança pode deixar de ser vivida como sinônimo de perda e risco de morte, favorecendo

um desenvolvimento mais harmônico e o alcance de marcos desenvolvimentais característicos de cada faixa etária.

Referências

- Aberastury, A. (1972). Historia de una técnica: preparación psicoterapéutica en cirugía. In A. Aberastury (Org.), *El psicoanálisis de niños y sus aplicaciones* (pp.35-43). Buenos Aires: Paidós.
- Adebäck, P., Nemeth, A., & Fischler, B. (2003). Cognitive and emotional outcome after pediatric liver transplantation. *Pediatric Transplantation*, 7, 385-389.
- Anton, M. C., & Piccinini, C. A. (2010a). O impacto do transplante hepático infantil na dinâmica familiar. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23(2), 187-197.
- Anton, M. C. & Piccinini, C.A (2010b). Aspectos psicossociais associados a diferentes fases do transplante hepático pediátrico. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(3), 465-473.
- Castro, E. K., & Moreno-Jiménez, B. (2010). Indicadores emocionais no Desenho da Figura Humana de crianças transplantadas de órgãos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23(1), 64-72.
- Cunha, J. A., & Nunes, M. L. T. (1993). *Teste das Fábulas: forma verbal e pictórica*. São Paulo: Centro Editor de Testes e Pesquisas em Psicologia.
- Engle, D. (2001). Psychosocial aspects of the organ transplant experience: what has been established and what we need for the future. *Journal of clinical psychology*, 57(4), 521-549.
- Farley, L. M., DeMaso, D. R., D'Angelo, E., Kinnamon, C., Bastardi, H., Hill, C. E., ... Logan, D. E. (2007). Parenting stress and parental post-traumatic stress disorder in families after pediatric heart transplantation. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 26, 120-126.
- Ferreira, C. T., Vieira, S. M. G., & Silveira, T. R. (2000). Transplante hepático. *Jornal de Pediatria*, 76(2), 198-208.
- Freud, A. (1952). The role of bodily illness in the mental life of children. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 2, 69-81.
- Gritti, A., Di Sarno, A. M., Comito, M., De Vincenzo, A., De Paola, P., & Vajro, P. (2001). Psychological impact of liver transplantation on children's inner worlds. *Pediatric Transplantation*, 5(1), 37-51.
- Gritti, A., Sicca, F., Di Sarno, A. M., Di Cosmo, N., Vajro, S., & Vajro, P. (2006). Emotional and behavioral problems after pediatric liver transplantation: a quantitative assessment. *Pediatric Transplantation*, 10(2), 205-209.
- Hanton, L. B. (1998). Caring for children awaiting heart transplantation: psychosocial implications. *Pediatric Nursing*, 24(3), 214-221.
- Laville, C., & Dionne, J. (1999). *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas* (L. M. Siman, Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lewis, M., & Wolkmar, F. (1993). Reações psicológicas à doença e à hospitalização. In M. Lewis & F. Wolkmar (Orgs.), *Aspectos clínicos do desenvolvimento na infância e adolescência* (pp.101-113, G. Giacomedi, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Mahler, M., Pine, F., & Bergman, A. (1993). *O nascimento psicológico da criança: simbiose e individuação* (J. A. Russo, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Texto original publicado em 1975)
- Masi, G., & Brovedani, P. (1999). Adolescents with congenital heart disease: psychopathological implications. *Adolescence*, 34(133), 185-191.
- Moreno-Jiménez, B., & Castro, E. K. (2005). Calidad de vida relacionada con la salud infantil y el trasplante de órganos pediátrico: Una revisión de literatura. *Revista Colombiana de Psicología*, 14(1), 46-52.
- Ng, V. L., Fecteau, A., Shepherd, R., Magee, J., Bucuvalas, J., Alonso, E., ... Cohen, G. (2009). Outcomes of 5-Year survivors of pediatric liver transplantation: Report on 461 children from a North American multicenter registry. *Pediatrics*, 122(6), 1128-1135.
- Oliveira, V. Z. (1999, novembro). *A regressão em adolescentes com doenças orgânicas crônicas*. Comunicação apresentada no Encontro Científico do Instituto de Ensino e Pesquisa em Psicoterapia. Porto Alegre: Autor.

- Stake, R. E. (1994). Case studies. In N. Denzin & Y. Lincoln (Orgs.), *Handbook of qualitative research* (pp. 236-247). Londres: Sage.
- Törnqvist, J., Van Broeck, N., Finkenauer, C., Rosati, R., Schwering, K. L., Hayez, J. Y., ...Otte, J. B. (1999). Long-term psychosocial adjustment following pediatric liver transplantation. *Pediatric Transplantation*, 3(2), 115-130.
- Winnicott, D. (1982). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In D. W. Winnicott (Org.), *O ambiente e os processos de maturação* (pp. 79-87). Porto Alegre: Artes Médicas. (Texto original publicado em 1963)
- Wise, B. V. (2002). In their own words: the lived experience of pediatric liver transplantation. *Qualitative Health Research*, 12(1), 74-90.

Notas

1. O projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. (Projeto nº 06-054).
2. Esta entrevista baseou-se em outra similar, criada em 1998, por participantes do grupo de pesquisa, com ampla experiência clínica. Desde então, vem sendo largamente utilizada, fazendo-se adaptações, para cada contexto de pesquisa.
3. O 'M' seguido de número identifica a mãe que fez os relatos sobre seu filho/a, conforme Tabela 1.
4. O "C" seguida do número identifica a criança, conforme a Tabela 2.

Márcia Camaratta Anton, mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, é Doutoranda em Psicologia na mesma instituição e psicóloga do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Endereço para correspondência: Rua Professor Langendonk, 218/1401. Porto Alegre-RS. Telefones/fax.: (51) 33598507. E-mail: marciacamaratta@gmail.com

Cesar Augusto Piccinini, doutor e pós-doutor na University College London, é Professor Associado II do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: piccinini@portoweb.com.br