**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

CAMILA FORNI ANTUNES

**ANSIEDADE DA HOSPITALIZAÇÃO EM CRIANÇAS: VALIDAÇÃO
DO *CHILD DRAWING: HOSPITAL* – VERSÃO BRASILEIRA**

**São Paulo
2018**

CAMILA FORNI ANTUNES

**ANSIEDADE DA HOSPITALIZAÇÃO EM CRIANÇAS: VALIDAÇÃO
DO *CHILD DRAWING: HOSPITAL* – VERSÃO BRASILEIRA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGE) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Elaine Buchhorn Cintra Damião.

São Paulo

2018

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Antunes, Camila Forni

Ansiedade da hospitalização em crianças: validação do *child drawing*: hospital – versão brasileira / Camila Forni Antunes. São Paulo, 2018.
189 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Elaine Buchhorn Cintra Damião
Área de concentração: Cuidado em Saúde

1. Criança hospitalizada. 2. Ansiedade. 3. Estudos de validação. 4. Psicometria. 5. Enfermagem pediátrica. I. Título.

Ficha catalográfica elaborada por Fabiana Gulin Longhi Palacio (CRB-8: 7257)

Nome: Camila Forni Antunes

Título: **Ansiedade da hospitalização em crianças: validação do *Child Drawing: Hospital – Versão Brasileira***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Ana e Carlos pelo apoio que sempre me deram em meus estudos e trabalhos, pelos esforços para que eu me tornasse a pessoa que sou hoje. Por estarem ao meu lado, tanto nas alegrias como nos momentos difíceis. Por todo o amor, carinho e dedicação ao longo da minha vida.

As minhas irmãs, Carolina e Karina, pela paciência nos momentos em que tive que me ausentar e pelos auxílios prestados quando precisei.

Ao Diego por toda a parceria, dedicação e discussões. Obrigada por contribuir para o meu crescimento e por estar ao meu lado.

À minha avó, Dulce (in memoriam) que sempre me deu muito carinho e que agora me dá energia para que eu siga meu caminho.

À minha cachorrinha Lílca (in memoriam) que ficou ao meu lado enquanto eu escrevia algumas páginas desta dissertação, que protegeu nossa família e que me deu tanto amor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em especial à Professora Doutora Elaine Buchhorn Cintra Damião por todos os ensinamentos e parcerias desde a graduação me incentivando e contribuindo para meu crescimento pessoal e profissional. Por me ouvir, trocar experiências, me consolar e ser uma das principais responsáveis pela profissional que me tornei.

Ao Professor Doutor Flávio Rebustini que me ensinou sobre psicometria e teve toda a paciência em trabalhar com meus dados e discutir os caminhos para meu estudo.

Às minhas colegas da residência: Larissa, Mariana, Paula e Natália que contribuíram no meu banco de dados e por sempre estarem ao meu lado.

Aos meus colegas de trabalho do AC Camargo Câncer Center, em especial à Enfermeira Juliana Vendramini, que me auxiliou nas trocas de plantões e folgas para que este projeto fosse concretizado.

À minha querida equipe de técnicos de enfermagem: Maria Cida, Fernanda, Cláudia e Renan, obrigada pelo apoio nos dias de desespero e cansaço.

Aos colegas que fiz no mestrado que me deram suporte psicológico e apoio para enfrentar as dificuldades durante os estudos.

Aos enfermeiros pediatras brasileiros que participaram desse estudo com a finalidade de melhorar nossa assistência. Senti uma linda energia de muitas pessoas interessadas em melhorar a nossa assistência e a contribuir com a produção científica.

Àqueles que me apoiaram e estiveram presentes durante todo esse estudo.

“Ao olhar para trás, a gente reconhece a estrada e se reconhece no caminho. E percebemos o quanto o esforço, a dedicação e o carinho fizeram a diferença na nossa história. Ao olhar para o espelho, ficamos frente a frente com todas as nossas experiências e enxergamos, em cada detalhe do nosso rosto e em cada lado dos nossos ombros, o aprendizado. E então, fica a sensação de que uma missão que tem o amor como GPS, não falha nunca.”

Adaptado de Edgard Abbehusen

ANTUNES, C. F. **Ansiedade da hospitalização em crianças: validação do *Child Drawing: Hospital – Versão Brasileira*** 2018. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

RESUMO

Introdução: crianças escolares hospitalizadas são muitas vezes submetidas a tratamentos longos com procedimentos invasivos e dolorosos. A sua imaturidade na capacidade de enfrentamento da hospitalização pode causar ansiedade. O uso de instrumentos validados auxilia o enfermeiro no reconhecimento dos sintomas. Nesse sentido, o *Child Drawing: Hospital – Versão Brasileira* (CD:H VB) viabiliza a identificação dos sintomas de ansiedade nas crianças em idade escolar hospitalizadas, por meio de desenhos. **Objetivos:** a) realizar as modificações necessárias no CD:H VB, segundo as diretrizes da psicometria para a construção de instrumentos; b) testar a validade de construto do instrumento CD:H VB; e c) testar a validade de conteúdo e de construto do instrumento CD:H VB - modificado. **Método:** inicialmente o instrumento foi traduzido e adaptado transculturalmente por Campos (2018) e a presente dissertação é um estudo psicométrico de validação do CD:H VB, denominado nesta investigação como CD:H VBa. Primeiramente o instrumento sofreu modificações para adequação de sua estrutura conforme normas psicométricas. Em seguida, quatro profissionais psicometristas, que compuseram o comitê de especialistas na validade de conteúdo, avaliaram as modificações e propuseram novas mudanças. Verificou-se o *Content Validity Ratio* (CVR) para as avaliações do comitê e, após as alterações, originou-se o CD:H VBb. Posteriormente 167 enfermeiros pediatras brasileiros participaram da validação de construto do CD:H VBa e CD:H VBb. A amostra foi randomizada e cada enfermeiro recebeu dois desenhos de crianças hospitalizadas e um dos instrumentos para que os desenhos fossem avaliados. Foram realizados testes de análise fatorial exploratória (AFE) e confiabilidade para ambos os instrumentos. **Resultados:** A CVR final do comitê de juízes foi de 0,73, sendo satisfatório para a aprovação do instrumento CD:H VBb. Assim, 167 enfermeiros avaliaram os desenhos, sendo 83 com o instrumento CD:H VBa e 84 com o CD:H VBb. A amostra foi composta por 95,8% do sexo feminino, com idades entre 26 e 45 anos, da região Sudeste, sendo que 46,7% trabalham na assistência e 46,1% no ensino. A análise descritiva das frequências e porcentagens demonstrou melhora nos padrões de respostas para o CD:H VBb. Na AFE, a adequação da amostra foi testada com o Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), que demonstrou baixa qualidade dos dados para os dois instrumentos, variando de 0,48 a 0,55. Porém o teste Bartlett de esfericidade obteve resultados significantes ($p \leq 0,05$), permitindo analisar as cargas fatoriais das amostras. Além disso, apresentou baixa variância explicada (22,5% a 30,1%), baixas cargas fatoriais ($\leq 0,4$) e correlações negativas tanto para o CD:H VBa (-0,38 a 0,54) quanto para o CD:H VBb (-0,28 a 0,81). Sendo assim, foram propostos dois novos modelos, um para cada desenho, mantendo itens com as cargas fatoriais mais altas, denominados modelos ajustados. Nestes a amostra resultou em somente uma dimensão, diferentemente do proposto inicialmente pelas autoras do CD:H. O teste de confiabilidade foi realizado por meio do alfa de Cronbach que se mostrou melhorado nos modelos ajustados, em torno de 0,7. **Conclusão:** o CD:H VBa e CD:H VBb reuniram fracas evidências de validade de construto. As análises da AFE e da confiabilidade demonstraram a instabilidade dos instrumentos. Recomenda-se a não utilização dos instrumentos na prática clínica e pesquisa no reconhecimento dos sintomas de ansiedade em crianças escolares hospitalizadas no Brasil. Sugerem-se novos estudos com os modelos ajustados pela AFE.

Palavras-chave: Criança hospitalizada. Ansiedade. Estudos de validação. Psicometria. Enfermagem pediátrica.

ANTUNES, C. F. **Anxiety of hospitalization in children: validation of the *Child Drawing: Hospital – Brazilian Version*** 2018. Dissertation (Master in Nursing) – School of Nursing, University of São Paulo, São Paulo.

ABSTRACT

Introduction: hospitalized schoolchildren are often subjected to long treatments with invasive and painful procedures. Their immaturity in coping with hospitalization can cause anxiety. The use of validated instruments assists nurses in the recognition of symptoms. In this case, the Child Drawing: Hospital - Brazilian Version (CD:H VB) makes it possible to identify the symptoms of anxiety in hospitalized schoolchildren, through drawings. **Objectives:** a) execute the necessary modifications in the CD:H VB, according to the psychometric guidelines for the construction of instruments; b) test the construct validity of the CD:H VB instrument; and c) test the content and construct validity of the CD:H VB - modified instrument. **Method:** initially the instrument was translated and adapted cross-cultural by Campos (2018) and the present dissertation is a psychometric study of the validation of CD:H VB, denominated in this investigation as CD:H VBa. First, the instrument was modified according to psychometric guidelines. Then, four psychometrician professionals, who composed the committee of content validity experts, evaluated the changes and proposed new changes. The Content Validity Ratio (CVR) was verified for the committee evaluations and, after the changes, the CD:H VBb was originated. Later, 167 Brazilian pediatric nurses participated in the validation of the CD:H VBa and CD:H VBb construct. The sample was randomized, and each nurse received two drawings of hospitalized children and one of the instruments for the drawings to be evaluated. Exploratory factor analysis (EFA) and reliability tests were performed for both instruments. **Results:** The final CVR of the judges' panel was 0.73 and was satisfactory for the approval of the CD:H VBb instrument. Thus, 167 nurses evaluated the drawings, being 83 with the instrument CD:H VBa and 84 with the CD:H VBb. The sample consisted of 95.8% female, aged between 26 and 45 years, from the Southeast region, with 46.7% working in care and 46.1% in education. The descriptive analysis of the frequencies and percentages showed an improvement in the response patterns for CD:H VBb. In EFA, sample adequacy was tested with Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), which demonstrated lower data quality for the two instruments ranging from 0.48 to 0.55. However, the Bartlett test of sphericity obtained significant results ($p \leq 0.05$), allowing to analyze the factor loads of the samples. In addition, it presented low explained variance (22.5% to 30.1%), low factor loads (≤ 0.4) and negative correlations for both CD:H VBa (-0.38 to 0.54) and for CD:H VBb (-0.28 to 0.81). Then, two new models were proposed, one for each design, keeping items with the highest factor loads, called adjusted models. The adjusted models resulted in only one dimension, unlike the one proposed initially by the CD:H authors. The reliability test was performed using Cronbach's alpha, which was shown to be improved in adjusted models, around 0.7. **Conclusion:** CD:H VBa and CD:H VBb collected weak evidence of construct validity. The AFE and reliability analyzes demonstrated the instability of the instruments. It is recommended not to use the instruments in clinical practice and research in the recognition of anxiety symptoms in hospitalized school children in Brazil. Further studies are suggested with AFE-adjusted models.

Keywords: Hospitalized child. Anxiety. Validation studies. Psychometrics. Pediatric nursing.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Indicadores emocionais de ansiedade em desenhos de crianças de 11 a 14 anos e suas características, propostos por Koppitz (1984).....	27
Quadro 2 -	Estratégia de busca de aplicabilidade do CD:H. São Paulo, 2018.....	30
Quadro 3 -	Aplicabilidade do CD:H em estudos. São Paulo, 2018.	32
Quadro 4 -	Caracterização da amostra de juízes psicometristas. São Paulo, 2018.....	58
Quadro 5 -	Alteração do parágrafo 4 do CD:H VB – modificado. São Paulo, 2018.....	62

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Nível de ansiedade baseado no escore total do instrumento CD:H VB.....	47
Tabela 2 -	Índice de validade de conteúdo por CVR com o comitê de juízes psicometristas para o CD:H VB – modificado. São Paulo, 2018.....	59
Tabela 3 -	Variáveis sociodemográficas da amostra CD:H VBa e CD:H VBb. São Paulo, 2018.	63
Tabela 4 -	Caracterização do índice de participação por regiões brasileiras. São Paulo, 2018.	65
Tabela 5 -	Porcentagens das respostas assinaladas do CD:H VBa com o Desenho 1. São Paulo, 2018.....	67
Tabela 6 -	Porcentagens das respostas assinaladas do CD:H VBb com o Desenho 1. São Paulo, 2018.....	67
Tabela 7 -	Nível de ansiedade baseado no escore total do CD:H VBa para o desenho 1. São Paulo, 2018.....	68
Tabela 8 -	Porcentagens das respostas assinaladas do CD:H VBa com o Desenho 2. São Paulo, 2018.....	70
Tabela 9 -	Porcentagens das respostas assinaladas do CD:H VBb com o Desenho 2. São Paulo, 2018.....	70
Tabela 10 -	Nível de ansiedade baseado no escore total do CD:H VBa para o desenho 2. São Paulo, 2018.....	71
Tabela 11 -	Análises de AFE e Confiabilidade do desenho 1 para os instrumentos CD:H VBa e CD:H VBb. São Paulo, 2018.....	72
Tabela 12 -	Cargas fatorais do desenho 1 para os instrumentos CD:H VBa e CD:H VBb. São Paulo, 2018.	73
Tabela 13 -	Análises de AFE e Confiabilidade do desenho 2 para os instrumentos CD:H VBa e CD:H VBb. São Paulo, 2018.....	74
Tabela 14 -	Cargas fatorais do desenho 2 para os instrumentos CD:H VBa e CD:H VBb. São Paulo, 2018.....	75

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Etapas do desenho do estudo. São Paulo, 2018.	49
Figura 2 -	Avaliação do item 9 do formulário online do CD:H VBa. São Paulo, 2018.	81

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
1 INTRODUÇÃO.....	19
1.1 REVISÃO DA LITERATURA	19
1.1.1 Crianças escolares hospitalizadas	19
1.1.2 Ansiedade da hospitalização em crianças	22
1.1.3 O papel do desenho infantil na avaliação da ansiedade	24
1.1.4 Child Drawing: Hospital	28
1.2 JUSTIFICATIVA PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO	40
2 OBJETIVOS.....	43
2.1 OBJETIVO GERAL	43
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	43
3 MÉTODO	45
3.1 REFERENCIAL METODOLÓGICO	45
3.2 O INSTRUMENTO	46
3.3 DESENHO DO ESTUDO	47
3.3.1 Etapa 1 – Validade de conteúdo	47
3.3.2 Etapa 2 - Validade de construto	48
3.3.3 Etapa 3 – Confiabilidade	49
3.4 COLETA DE DADOS	50
3.4.1 Avaliação do CD:H VB por psicometristas	50
3.4.2 Seleção do banco de desenhos	50
3.4.3 Testes de validade de construto com os enfermeiros	51
3.5 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	52
3.5.1 População	52
3.5.2 Amostra.....	52
3.5.3 Critérios de elegibilidade	53
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	53

3.6.1	Obtenção da permissão para a validação do instrumento	53
3.6.2	Comitê de Ética e Pesquisa	54
3.7	ANÁLISE DOS DADOS	54
4	RESULTADOS	57
4.1	1ª FASE: VALIDADE DE CONTEÚDO	57
4.1.1	Reestruturação do CD:H VB	57
4.1.2	Caracterização da amostra de comitê de juízes psicometristas.....	58
4.1.3	Avaliação do CD:H VB - modificado e síntese	59
4.2	2ª FASE: VALIDAÇÃO DO CONSTRUTO DO CD:H VBA E DO CD:H VBB.....	62
4.2.1	Caracterização sociodemográfica dos enfermeiros.....	62
4.2.2	Análise descritiva dos dados	66
4.2.3	Análise fatorial exploratória e confiabilidade	72
5	DISCUSSÃO	77
6	CONCLUSÃO	85
	REFERÊNCIAS.....	88
	APÊNDICES	95
	APÊNDICE A - CARTA CONVITE - CARTA AOS PSICOMETRISTAS	95
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PSICOMETRISTA	96
	APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DO COMITÊ DE JUÍZES PSICOMETRISTAS – GOOGLE FORMS	98
	APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ENFERMEIRO	99
	APÊNDICE E - QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS PEDIATRAS – GOOGLE FORMS.....	101
	APÊNDICE F - CDH VBA	102
	APÊNDICE G - CDH VBB	120
	APÊNDICE H - QUADRO SÍNTESE	131
	ANEXOS	161
	ANEXO 1 - ARTIGO: CHILD DRAWING: HOSPITAL MANUAL.....	161

ANEXO 2 - ARTIGO: CHILD DRAWING: HOSPITAL – AN INSTRUMENT DESIGNED TO MEASURE THE EMOTIONAL STATUS OF HOSPITALIZED SCHOOL-AGE CHILDREN.....	170
ANEXO 3 - DESENHO 1: PEDRO, 9 ANOS, HIPÓTESE DIAGNÓSTICA DE CETOACIDOSE DIABÉTICA	178
ANEXO 4 - DESENHO 2: IZABELA, 10 ANOS, COM DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE GUILLIAN-BARRÉ À ESCLARECER.	179
ANEXO 5 - CARTA DE ANUÊNCIA CONCEDIDA PELO JOURNAL OF PEDIATRIC NURSING.....	180
ANEXO 6 - VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO E CONSTRUTO DOS INSTRUMENTOS – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO.....	182
ANEXO 7 - BANCO DE DESENHOS – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR	185
ANEXO 8 - BANCO DE DESENHOS – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO.....	187

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

A pediatria tornou-se tema de meu interesse durante a graduação quando em 2010 fui convidada a realizar um projeto de pesquisa com famílias de crianças com diabetes tipo 1. Diante do convite comecei a frequentar as reuniões do Grupo de Estudo da Criança Doente (GECD) e durante um ano tive a oportunidade de acompanhar o atendimento de crianças com diabetes tipo 1 e sua família no Ambulatório de Diabetes do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Com esse primeiro contato desenvolvi meu trabalho de conclusão de curso na graduação com o título de “Estratégia para instrumentalizar a família no cuidado à criança com diabetes tipo 1: *Workshops* educativos” no qual foram realizadas reuniões com os familiares explicando sobre o diabetes, esclarecendo suas dúvidas e possibilitando um ambiente de troca de experiência para os pais.

Um ano após formada, em 2013, ingressei na Residência em Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente no Hospital Universitário da USP (HU-USP), onde ao longo de dois anos de experiência e estudos pude confirmar minha paixão pela pediatria. Atuei na área de pronto atendimento, unidade de internação, ambulatório e terapia intensiva. O contato que o enfermeiro possui com a criança na unidade de internação era algo mágico e de puro aprendizado, porém a agitação do pronto atendimento e da terapia intensiva me chamaram a atenção e despertou o interesse em seguir esse caminho.

Devido ao longo período em que atuei na residência com as crianças em terapia intensiva, dediquei meu trabalho de conclusão da residência a bebês que sofriam com a síndrome de abstinência. Muito me instigava que após a suspensão de opióides e benzodiazepínicos administrados para manter a criança na ventilação mecânica, os bebês apresentavam comportamento agitado e irritado que causava ansiedade e frustração na equipe de enfermagem e nos pais. Diante disso realizei uma busca integrativa para investigar quais as condutas que enfermeiros têm diante desses casos a fim de minimizar os sintomas da síndrome. Este trabalho teve como título: “Medidas não farmacológicas utilizadas por enfermeiros no manejo da síndrome de abstinência pediátrica: uma revisão integrativa”.

Após ter concluído a residência em 2015 iniciei como enfermeira na unidade de terapia intensiva pediátrica do AC Camargo Câncer Center e descobri aos poucos que o perfil de crianças e famílias que estava lidando era muito distinto daqueles do HU-USP. Agora as internações duram meses ou anos, as crianças sofrem com os procedimentos invasivos e dolorosos constantemente e os pais muitas vezes, não sabem lidar com o sentimento de impotência diante de uma doença tão ameaçadora.

Assim que são diagnosticadas apresentam um comportamento típico de crianças da mesma faixa etária internadas para tratar de doenças mais simples. Ao longo do tempo a ansiedade toma conta daquela criança que era comunicativa, doce e brincalhona. As alterações de humor devido ao sofrimento intenso abalam sua autonomia, levando a uma regressão importante em seu desenvolvimento.

Com o intuito de identificar precocemente esses sintomas de ansiedade e possibilitar a intervenção antes que ele se agrave surgiu a dúvida norteadora deste trabalho: como avaliar a ansiedade da criança que está hospitalizada e que é submetida a vários procedimentos invasivos e dolorosos? Compreendia que para intervir adequadamente, eu precisava em primeiro lugar saber avaliar se o comportamento da criança era devido ou não à ansiedade. Assim, tornei-me motivada a buscar um instrumento que me permitisse realizar a avaliação da ansiedade da criança.

Ainda, frequentando o GECD, entrei em contato com o instrumento *Child Drawing: Hospital* (CD:H), que foi apresentado em uma das reuniões. Assim, fiz a seleção para o curso de mestrado do programa de pós-graduação da EEUSP, buscando participar do projeto de adaptação cultural e validação do CD:H para a língua portuguesa falada no Brasil. Como as fases de tradução e adaptação cultural foi executado por outra mestranda, coube-me realizar o estudo sobre a validação de construto do instrumento CD:H, acreditando que o mesmo poderá ser uma ferramenta importante para o enfermeiro pediatra na avaliação da ansiedade da criança escolar hospitalizada.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 REVISÃO DA LITERATURA

1.1.1 Crianças escolares hospitalizadas

O crescente avanço da medicina e a melhoria dos processos científicos de diagnóstico e terapia elevaram a sobrevivência das crianças criticamente doentes e daquelas que possuem doença crônica. Com o surgimento de terapias mais agressivas, as internações tornaram-se prolongadas, ocasionando o afastamento de casa e do ambiente escolar por períodos maiores, o que provoca sofrimento, dor e angústia (DUARTE DA NÓBREGA et al., 2010). Tais consequências tornaram o tratamento dos aspectos emocionais de crianças hospitalizadas um desafio para os profissionais de saúde.

A criança hospitalizada sofre com as mudanças de ambiente, e o tratamento longo e complexo requer medidas que dificultam sua autonomia e liberdade de escolha, causando sua despersonalização e desencadeando sensação de impotência. Tais medidas, como repouso forçado no leito, uso de comadres, falta de privacidade, banhos no leito, ameaçam diretamente a sua segurança, afetam a capacidade de enfrentamento da doença e podem provocar na criança sentimento de culpa, considerando-se punida por algo que tenha feito (ERIKSON, 1971; FARIAS et al., 2017; GOMES; NÓBREGA, 2015; SILVA, 2010).

A criança em idade escolar já desenvolveu várias habilidades cognitivas e gosta de participar e ajudar, contudo, por ser capaz de relacionar causa e efeito, necessita de explicações. De acordo com a sua capacidade de entendimento, demonstra interesse sobre sua doença e o tratamento, porém, ainda se sente vulnerável quando algum poder e controle lhe é negado diante das situações vividas (DUARTE DA NÓBREGA et al., 2010).

Neste contexto, os escolares dão especial importância ao seu corpo, sendo sensíveis a procedimentos que ameaçam sua integridade. Este conceito se estende a seus pertences pessoais, reagindo de forma negativa quando seus objetos são retirados de seu poder. Quando o processo de hospitalização prejudica as etapas

inerentes ao desenvolvimento do escolar, a experiência torna-se potencialmente traumática (COSTA; MORAIS, 2017; DUARTE DA NÓBREGA et al., 2010).

Nos estudos de Santos et al. (2016) e Costa e Moraes (2017), as autoras descreveram as percepções das crianças escolares hospitalizadas e verificaram a importância de incluir a criança no seu processo de cuidado, valorizando seus desejos e sua singularidade por meio da comunicação, bem como do emprego de atividades lúdicas durante os atendimentos. Algumas crianças verbalizaram que os profissionais devem orientar e explicar a finalidade dos procedimentos que irão realizar, sendo estas, medidas que podem minimizar o medo e ansiedade durante a hospitalização.

Quintana et al. (2008) ressaltam que a adaptação da criança à sua internação depende de fatores exógenos e endógenos, sendo os primeiros dependentes das atitudes dos pais e do tempo de permanência no hospital, adicionados às experiências vivenciadas anteriormente. Já os fatores endógenos são as características pessoais de cada criança para enfrentar a doença. Sendo assim, devido ao fato de os mecanismos de adaptação e percepção da criança escolar não estarem totalmente desenvolvidos, o enfrentamento à hospitalização pode desencadear sentimentos estressantes.

Entre as necessidades de cuidado na hospitalização da criança, além dos aspectos físicos, estão a avaliação, o acompanhamento e o tratamento dos aspectos emocionais e sociais, a fim de minimizar o sofrimento. Adicionado a isso, vale ressaltar que o processo de hospitalização não é enfrentado igualmente por todas as crianças (FREITAS, 2008).

Papalia e Feldman (2013) apresentam reflexões no sentido de que o modo como um indivíduo foi estimulado durante a infância, como o seu desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial progrediu impacta seus comportamentos na vida adulta. Assim, torna-se importante minimizar, por meio de ações adequadas e com avaliação emocional das crianças, os efeitos negativos que poderão ocorrer durante a hospitalização. As autoras também afirmam que uma criança possuirá sucesso quando a motivação e autoconfiança forem estimuladas, já as emoções negativas, provenientes de um ambiente ou estimulação caótica, que ocorrem na hospitalização, trarão ansiedade.

As autoras Papalia e Feldman (2013) enfatizam a importância da participação dos pais no desenvolvimento da criança, ajudando-a a enfrentar as emoções negativas durante o processo de hospitalização. A presença da família durante a

hospitalização da criança e o enfrentamento do processo de adoecimento de maneira positiva auxilia esta a vivenciar as dificuldades e torna a hospitalização um momento de superação.

Quando Erikson (1971) descreve sobre crise de personalidade, o autor cita a importância de a criança ser submetida a tendências positivas, que devem ser dominantes, necessitando também de um pouco de experiências negativas no seu processo de um desenvolvimento ideal. Este pensamento reforça a ideia de que apesar de o processo de adoecimento de uma criança se caracterizar negativamente, poderá, ao ser uma experiência encorajada pela família, ter como consequência o aprendizado do enfrentamento perante situações difíceis que ocorrerão ao longo da vida (PAPALIA; FELDMAN, 2013; SANTOS et al., 2016)

Portanto a família apresenta um papel relevante no acompanhamento da criança durante a hospitalização, sendo este um direito garantido desde 1990 pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. O reconhecimento dessa importância pelos profissionais de saúde pode contribuir para que a criança tenha uma atenção humanizada e acompanhamento emocional integral durante seu período de internação (FARIAS et al., 2017).

Outro aspecto importante no desenvolvimento da criança é o socioemocional na construção da personalidade, que se dá pela soma de emoção, temperamento, pensamento e comportamento. Para o incentivo do desenvolvimento emocional, os pais e cuidadores precisam estar preparados para estimular a criança a criar equilíbrio entre a confiança, promovendo a construção do afeto com outras pessoas, e a desconfiança, permitindo o desenvolvimento do senso de proteção. Isso influenciará o modo de enfrentamento da criança perante situações difíceis no hospital (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

De modo geral, as crianças são capazes de empregar uma série de estratégias para sua autorregulação que auxiliam no enfrentamento da doença e da hospitalização (COMPAS et al., 2001). Tal processo é designado como *coping*, que é definido pelos autores Lazarus e Folkman (1984) como estratégias utilizadas pelas pessoas para regular seu comportamento, emoção e orientação em condição estressante. O enfrentamento diante de uma situação difícil se dá pela combinação do temperamento e da avaliação do indivíduo acerca da situação estressante na qual se encontra. As crianças que respondem à hospitalização com enfrentamento positivo

tendem a apresentar melhor humor, são previsíveis, mais fáceis de distrair, mais acessíveis e se adaptam bem aos estímulos (KOLLER, 2008; MOTTA et al., 2015).

Quando o fato de estar hospitalizada é percebido pela criança como sofrimento, falta de apoio, sensação de abandono, medo do desconhecido, acrescido de sua imaturidade na capacidade de enfrentamento da fase de desenvolvimento em que se encontra e dos tratamentos longos e dolorosos a que é submetida, há uma tendência ao desencadeamento de uma série de desordens emocionais, que, aliada à dificuldade de expressar sentimentos, em geral, produz ansiedade na criança (SILVA, 2010).

1.1.2 Ansiedade da hospitalização em crianças

A ansiedade e o medo são os sentimentos mais reportados por crianças durante a hospitalização. É conhecido que estas emoções durante o tratamento da doença e a recuperação da criança são fatores desfavoráveis, que podem gerar negatividade, recuperação prolongada, aumento da dor, mais susceptibilidade às infecções e maior necessidade de uso de sedativos (FOSTER; PARK, 2012).

Segundo Koppitz (1984), a ansiedade é definida como uma aflição ou inquietação da mente em relação ao corpo, a eventos futuros, a uma preocupação, ou ainda a um estado de apreensão por tempo prolongado. Para May (1977), a ansiedade é definida como uma experiência subjetiva do organismo em uma condição catastrófica, que surge na medida em que o indivíduo, frente a uma situação, tem sua autonomia ameaçada. A manifestação comportamental distingue-se em estado de ansiedade, traço de ansiedade e distúrbios de ansiedade.

O estado de ansiedade é caracterizado por sentimentos de tensão e apreensão, que varia em intensidade e flutua com o tempo. O traço de ansiedade é a tendência que o indivíduo possui para se adaptar a uma resposta ansiosa e a eventos ambientais, evidenciando sua personalidade. Os distúrbios de ansiedade, como transtorno de ansiedade generalizada, fobia social e transtorno de pânico, são algumas das condições patológicas que a ansiedade pode gerar em crianças e interferem negativamente no comportamento, nas atividades diárias e na capacidade de enfrentamento do momento da hospitalização (BANDEIRA et al., 1998; PÉREZ-EDGAR; FOX, 2005).

No contexto de hospitalização pediátrica, a ansiedade pode ser evidenciada por comportamentos físicos como choro, crise de vômito e inapetência. Já as reações emocionais desencadeadas pela ansiedade variam de apatia, medo, insegurança e agressividade (OLIVEIRA; DANTAS; FONSECA, 2004). O estudo de Silva et al. (2017) demonstrou que sentimentos de ansiedade na hospitalização podem ser mais acentuados em crianças em idade escolar que passaram por um maior número de tentativas de punções venosas durante a internação.

Gomes, Fernandes e Nóbrega (2016) apresentaram a análise do conceito do diagnóstico de enfermagem “ansiedade da hospitalização em crianças” como sendo:

“Um fenômeno multidimensional, caracterizado por aspectos biológicos e psicológicos desencadeados frente a um processo estressante e ameaçador de inserção em ambiente hospitalar, onde a criança se afasta do convívio familiar e social, passa a conviver com pessoas estranhas e ser submetida a procedimentos invasivos e dolorosos, além de ter suas atividades recreativas parcialmente interrompidas” (GOMES; FERNANDES; NÓBREGA, 2016, p. 943).

A análise de conceito realizada pelas autoras demonstrou que existem elementos essenciais que influenciam a “ansiedade da hospitalização em criança”, tais como os antecedentes aos sintomas de ansiedade, os atributos psicológicos e as consequências geradas neste contexto. Os aspectos sociais que antecedem a ansiedade sentida pela criança internada e que interferem no enfrentamento da hospitalização são: hospitalizações anteriores, afastamento do contexto familiar, inserção em ambiente hospitalar e desconhecido pela criança, privação de atividades recreativas, desconhecimento de procedimentos e experiências de submissão a procedimentos invasivos (GOMES; FERNANDES; NÓBREGA, 2016).

Os atributos psicológicos apresentados que se originam a partir de uma internação pediátrica, foram: necessidades biológicas, como dilatação da pupila, taquicardia, tremor, alterações do apetite, dispneia e insônia; e necessidades psicológicas, tais como medo, angústia, hiperatividade, impulsividade, agitação, insegurança, impotência, sensações de culpa e abandono, nervosismo, tristeza, choro e falta de concentração. Essas propriedades psicológicas são decorrentes da falta de controle que a criança vive durante sua internação e do déficit em seu desenvolvimento ao lidar com a privação de sua autonomia, gerando as reações físicas supracitadas (GOMES; FERNANDES; NÓBREGA, 2016).

O sofrimento da criança perante o contexto hospitalar causa importantes consequências para seu desenvolvimento, sendo este o terceiro elemento do conceito

de “ansiedade da hospitalização em crianças”. Depressão, transtorno de humor e ansiedade generalizada, fobias, pânico, ansiedade de separação, revolta, estresse pós-traumático e transtorno obsessivo compulsivo ocorrem a partir do sofrimento intenso e da falta de estratégias e apoio que auxiliam a criança no processo de enfrentamento da hospitalização (GOMES; FERNANDES; NÓBREGA, 2016).

Uma variedade de estratégias deve ser empregada para que a criança consiga enfrentar a ansiedade devido à hospitalização. A humanização do cuidado permite que a criança e sua família sejam assistidas não somente em relação aos aspectos relacionados à saúde física, mas também nas questões pessoais, emocionais e sociais (SILVA, 2010). Deste modo, o enfermeiro pediatra possui um papel fundamental no reconhecimento precoce desses sintomas para o tratamento e minimização dos mesmos (GOMES; NÓBREGA, 2015).

O primeiro passo é a identificação da ansiedade através de instrumentos validados e clinicamente aplicáveis com o objetivo de prevenir sofrimento e auxiliar a criança na adaptação e enfrentamento diante da doença e do tratamento. Além disso, o uso do lúdico com brinquedo e desenhos pode favorecer o vínculo com os profissionais de saúde e a expressão de sentimentos pelas crianças (SILVA; FIGUEIREDO, 2005).

1.1.3 O papel do desenho infantil na avaliação da ansiedade

O desenho infantil é um instrumento que permite à criança expressar seus sentimentos e angústias, uma vez que esta ainda não possui a capacidade de verbalizar seu estado emocional. É por meio do desenho que ela organiza, processa informações e desenvolve os conceitos (SILVA, 2010). Além disso, desenhar é uma atividade agradável, sendo uma tarefa comum em sua experiência de vida.

Conforme a criança se desenvolve, sua capacidade de desenhar e realizar representações cotidianas se modifica. Crianças entre três e nove anos de idade tendem a realizar desenhos menos realistas, com uso de símbolos e rabiscos abstratos. Conforme a criança cresce, o desenho da figura humana começa a emergir. Por volta dos 6 anos, começam a aparecer os desenhos com cabeça e tronco e, aos sete anos, surgem traços mais precisos, com a inclusão de outras partes do corpo, como joelhos e calcanhares (DI LEO, 1983; KOPPITZ, 1984).

Em torno dos nove anos até o início da adolescência, os desenhos são realistas, contendo maior quantidade de detalhes e diferenciação sexual. Além disso, as crianças tornam-se mais críticas com seu desenho para que sejam o mais real possível (DI LEO, 1970; SKYBO; RYAN-WENGER; SU, 2007).

A prática de desenho faz-se mais benéfica para as crianças em idade escolar devido ao pensamento cognitivo concreto descrito por Piaget (1999). Segundo o psicólogo, o escolar encontra-se entre o Estágio Pré-Operacional (dos quatro aos sete anos de idade) e o Estágio das Operações Concretas (dos sete aos 12 anos). No primeiro estágio, a criança realiza desenho a partir do modelo interno, evidenciando o expressionismo e o subjetivismo (MENEZES; MORÉ; CRUZ, 2008).

Nas Operações Concretas, a subjetividade é reduzida, dando lugar à realidade visível. A figura humana torna-se mais proporcional e as cores utilizadas são mais convencionais. Portanto, para o escolar, o desenho apresenta maior consistência entre a produção gráfica e a palavra falada, sendo, assim, um instrumento importante para a medida de sintomas psicológicos (MENEZES; MORÉ; CRUZ, 2008). Com o desenvolvimento da cognição, os adolescentes tornam-se mais resistentes ao desenho, preferindo expressar seus sentimentos em palavras (DI LEO, 1970; KOPPITZ, 1984).

A técnica projetiva de desenho da figura humana é fácil, barata e lúdica. Esta técnica foi criada por Goodenough (1926) e, mais tarde, aperfeiçoada por Koppitz (1968) e Di Leo (1970), que consiste em duas fases: não verbal e verbal. Na fase não verbal, a criança é convidada a desenhar conforme solicitado pelo profissional e, posteriormente, na fase verbal, o profissional direciona perguntas sobre os desenhos (DRIESSNACK, 2005). Os desenhos, então, podem ser avaliados quanto a suas características; tamanho; localização; e presença, ausência ou exacerbação de determinadas partes (BUCK, 2003; DI LEO, 1983; MACHOVER, 1949).

O uso projetivo de desenhos permite que o profissional obtenha uma amostra inicial do modo como o indivíduo se comporta ou reage diante de certas situações consideravelmente não estruturadas, além de permitir uma maior interação entre o profissional e o paciente (BUCK, 2003; DRIESSNACK, 2005). Para Freitas (2008), o desenho solicitado à criança hospitalizada possibilita melhor obtenção de dados no que diz respeito à compreensão de seu quadro clínico, bem como das emoções que emergem deste. Apesar de ser apenas uma etapa do processo de avaliação, ele permite que a criança organize informações e processe experiências vividas, bem

como a estimula a desenvolver sua representação singular do mundo (DOLIDZE; SMITH; TCHANTURIA, 2013; MENEZES; MORÉ; CRUZ, 2008).

Vale ressaltar que a técnica projetiva de desenho não oferece um diagnóstico do estado emocional da criança como um todo, mas fornece informações sobre como a criança está se sentindo naquele momento para, posteriormente, se necessário, realizar um encaminhamento e, assim, serem realizadas avaliações mais aprofundadas por profissionais médicos e psicólogos, principalmente para as mais ansiosas (SKYBO; RYAN-WENGER; SU, 2007).

Além do mais, as hipóteses dos sintomas formuladas a partir dos desenhos nunca devem ser utilizadas de maneira isolada, é necessário conhecer o contexto no qual a criança está inserida, suas características, a cultura, o enfrentamento familiar, entre outros. Portanto, a interpretação dos desenhos deve ser individualizada e baseada no contexto em que a criança vive (BUCK, 2003).

Outro ponto importante é que desenhos realizados espontaneamente pelas crianças por diversão são diferentes daqueles solicitados pelos profissionais, sendo que estes se tornam um meio de comunicação que reflete a situação emocional, física e ambiental daquela criança no presente momento em que desenha (MACHOVER, 1949). Além disso, é essencial que o observador não apresse a criança e que não realize comentários durante a prática do desenho, podendo, posteriormente, quando a criança verbalizar o término da atividade, realizar perguntas que esclareçam melhor suas representações (DI LEO, 1983; KOPPITZ, 1984; SKYBO; RYAN-WENGER; SU, 2007). Para o processo de avaliação de um evento estressante como a hospitalização, a técnica de desenho pode ser aplicada ao longo do tempo como uma ferramenta de acompanhamento do enfrentamento daquela criança (SKYBO; RYAN-WENGER; SU, 2007).

Nos estudos de Koppitz (1984) com desenhos de crianças do ensino fundamental (11 a 14 anos), a autora identificou cinco representações emocionais, tais como: impulsividade, insegurança, ansiedade, timidez e raiva ou agressividade. Com foco nas representações de ansiedade apresentadas em desenho de crianças, foram encontradas as características constantes do Quadro 1.

Quadro 1 - Indicadores emocionais de ansiedade em desenhos de crianças de 11 a 14 anos e suas características, propostos por Koppitz (1984).

Indicadores emocionais de ansiedade	Características
Sombreamento da face	O desenho apresenta sombreamento da face ou parte dela, presença de sardas, sarampo ou óculos pretos. Esta característica não deve ser considerada se a face é sombreada para representar a cor da pele.
Omissão dos olhos	Completa omissão dos olhos. Porém, não deve ser considerada um indicativo de ansiedade se os olhos estiverem desenhados fechados, sem pupilas, ou se eles são cobertos por óculos escuros.
Sombreamento das mãos e/ou pescoço	A área sombreada identifica um local de preocupação importante da criança.
Sombreamento do corpo e/ou membros	A área sombreada indica a área de preocupação, especial ênfase na área genital, por sombreamento, linhas fortes ou por chamar atenção a este local ou zíper em calças, indicando ansiedade sexual.
Pernas pressionadas uma na outra	Ambas as pernas estão juntas sem haver espaço entre elas. Em desenhos da pessoa em perfil, aparece somente uma perna.
Nuvens, chuva, neve, pássaros voando	Se alguma dessas representações estiver presente no desenho, há indícios de ansiedade.

KOPPITZ, E. **Psychological evaluation of human figure drawings by middle school pupils**. Orlando: Grune and Stratton, 1984.

Com o objetivo de reconhecer a ansiedade precocemente e considerando que o processo de enfermagem se inicia na admissão do paciente, faz-se necessário que o enfermeiro direcione as ações de enfermagem para uma assistência humanizada, preparando a criança e família e fornecendo informações acerca do que ocorrerá durante a hospitalização. A ansiedade poderá surgir no momento em que a criança se encontra restrita a um leito. Deste modo, a avaliação realizada pelos enfermeiros não deve permanecer somente no âmbito físico, sendo necessário incorporar indicadores emocionais como parte do exame de cada criança.

É imprescindível que o enfermeiro reconheça os sintomas da ansiedade por meio das reações do escolar, de modo a estar alerta aos indícios físicos, emocionais e comportamentais (GOMES; NÓBREGA, 2015). Além disso, os enfermeiros devem proporcionar momentos que reduzam sentimentos de ansiedade, utilizando técnicas com brinquedos, histórias e desenhos, sendo estas, medidas projetivas para avaliar estados emocionais da infância. Portanto, o desenho da figura humana garante a identificação precoce de problemas psicológicos e uma melhor compreensão do

estado emocional no qual a criança se encontra no momento (DOLIDZE; SMITH; TCHANTURIA, 2013; SKYBO; RYAN-WENGER; SU, 2007).

Ter conhecimento do estágio de desenvolvimento em que a criança se encontra é fundamental para que o enfermeiro pediatra consiga perceber os motivos de cada reação e como dar sequência ao tratamento adequado. É preciso também que haja compreensão dos profissionais para a valorização das brincadeiras como estratégia para amenizar o sofrimento, sendo o desenho a mais utilizada (GOMES; NÓBREGA, 2015).

No Brasil, existe uma carência de instrumentos específicos que possibilitem ao enfermeiro avaliar a ansiedade em crianças em unidades hospitalares (CAMPOS, 2018). Consequentemente, crianças com sintomas de ansiedade não são diagnosticadas precocemente, e quando são identificadas, geralmente são encaminhadas para tratamento em estágio mais avançado. Nesse sentido, torna-se relevante haver disponibilidade de instrumentos com propriedades adequadas e pertinentes à faixa etária infantil, traduzidos e adaptados culturalmente e validados para o cenário brasileiro (SILVA; FIGUEIREDO, 2005).

1.1.4 Child Drawing: Hospital

O instrumento Child Drawing: Hospital (Anexos 1 e 2), criado pelas enfermeiras Clatworthy, Simon e Tiedeman (1999a, 1999b), foi designado para mensurar a ansiedade de crianças em idade escolar hospitalizadas a partir de seu próprio ponto de vista e desperta interesse devido a sua fácil aplicabilidade para a prática clínica hospitalar. De acordo com as autoras, a elaboração do CD:H teve como finalidade criar um instrumento que não fosse ameaçador para a criança, que se tornasse um elemento de diversão para ela, adequado a sua faixa etária, com facilidade de aplicação e de pontuação do ponto de vista científico (CLATWORTHY; SIMON; TIEDEMAN, 1999a, 1999b).

No momento da aplicação, o paciente é convidado a realizar um desenho de uma pessoa no hospital. A partir do desenho, o enfermeiro pediatra poderá avaliá-lo por meio do instrumento do CD:H, pontuando as características desenhadas e obtendo o nível de ansiedade em que a criança se encontra. O CD:H consiste em um manual com orientações para a avaliação do desenho e um gabarito com os escores relacionados aos itens avaliados (CLATWORTHY; SIMON; TIEDEMAN, 1999a).

O desenho produzido receberá pontos de acordo com a classificação do instrumento do CD:H. O CD:H é dividido em três partes: A, B e C. A parte A é constituída de 14 itens que avaliam: posição; ação; comprimento; largura; tamanho da pessoa; expressão facial e olhos; cor predominante; número de cores utilizadas; uso do papel; localização no papel; inclusão e tamanho de equipamentos hospitalares e nível de desenvolvimento. A parte B é composta por oito itens que irão presumir índices altos de ansiedade, como, por exemplo: se há ou não omissão ou exagero de alguma parte do corpo desenhado pela criança. A parte C refere-se ao *gestalt* do desenho, ou seja, o avaliador irá pontuar a impressão desenho que o desenho passa, que varia de agradável a oprimido (CLATWORTHY; SIMON; TIEDEMAN, 1999a).

Clatworthy, Simon e Tiedeman (1999b) e Tiedeman e Clatworthy (1990) descreveram em seus estudos as evidências de validade do CD:H. Os testes de consistência interna variaram de 0.67 a 0.75. Foram comparados resultados de desenhos de crianças hospitalizadas e não hospitalizadas, que puderam demonstrar maiores escores de ansiedade nas hospitalizadas. Além disso, foram comparados os escores do CD:H com outras escalas, como a StateTrait Anxiety Inventory for Children (STAIC) e Missouri Children's Picture Series (MCPS), que apresentaram relações significativamente positivas de correlação de Pearson entre os instrumentos, demonstrando evidências adicionais da validade de construto do CD:H (CLATWORTHY; SIMON; TIEDEMAN, 1999b).

As autoras também avaliaram as variáveis sexo, gênero e diagnóstico das crianças e não encontraram diferenças em relação ao sexo e idade no grupo experimental de crianças hospitalizadas. No entanto, no grupo controle (crianças não hospitalizadas), as meninas mostraram-se mais ansiosas. Além disso, as crianças mais jovens (5 a 8 anos) demonstraram um aumento significativo da ansiedade em comparação às crianças mais velhas (9 a 12 anos) ($p \leq 0.04$). Quanto ao diagnóstico clínico, não houve diferenças neste quesito (CLATWORTHY; SIMON; TIEDEMAN, 1999b).

Diante do papel do desenho como atividade fundamental para compartilhar as experiências infantis, o CD:H torna-se um instrumento importante a ser utilizado pelos enfermeiros na avaliação da ansiedade da criança hospitalizada, por permitir a mensuração do nível de ansiedade dela e por propiciar-lhe um momento de reflexão interna a respeito do processo pelo qual está passando.

Com o objetivo de verificar a aplicabilidade do CD:H desde a publicação do seu manual (CLATWORTHY; SIMON; TIEDEMAN, 1999a) até o momento, conduziu-se uma revisão da literatura nas bases MedLine via PubMed, Scielo, Cinahl, PsycInfo e PsycArticles via APA PsycNet, utilizando o termo-chave “Child Drawing Hospital” presente no título ou resumo, a partir do ano de 1999. Os resultados encontrados em cada base, bem como os estudos selecionados estão apresentados no Quadro 2 a seguir. Vale ressaltar que foram excluídos resultados que trouxeram os três estudos principais das autoras: Clatworthy, Simon e Tiedeman (1999a, 1999b) e Tiedeman e Clatworthy (1990).

Quadro 2 - Estratégia de busca de aplicabilidade do CD:H. São Paulo, 2018.

Base de dados	Estratégias	Resultado/ Selecionados
PubMed	(Child [Title/Abstract] AND Drawing [Title/Abstract]) AND hospital [Title/Abstract]	69/9
Scielo	child [Todos os índices] and drawing [Todos os índices] and hospital [Todos os índices]	18/1
Cinahl	AB (AB Child AND AB Drawing AND AB Hospital) OR AB “child Drawing hospital”	73/6
APA PsycNet	Abstract: child AND Abstract: drawing AND Abstract: hospital	46/6
Total		206/22

Fonte: dados da pesquisadora.

A busca resultou em 206 artigos, sendo 22 selecionados por descreverem a utilização do CD:H no título ou resumo. Considerando que 11 artigos eram repetidos, restaram 11 para serem lidos na íntegra. Para complementar a revisão, foi realizada uma busca manual, na qual se identificaram outros cinco estudos. A relação dos 16 estudos selecionados está apresentada no Quadro 3.

A partir da leitura dos 11 artigos citados no Quadro 3, foi possível observar a ampla aplicabilidade do instrumento, tendo sido utilizado por enfermeiros, médicos, dentistas, psicólogos e educadores. Três dos estudos foram de validação do instrumento para população específica (FERNANDES, 2015; LIMA; LEMOS, 2011; WENNSTRÖM et al., 2011). Porém vale pontuar que o estudo de Lima e Lemos (2011) traduziu o instrumento sem citar a metodologia adequada para a adaptação da cultura

portuguesa. Fernandes (2015) e Campos (2018) realizaram a tradução e adaptação do CD:H, sendo que Fernandes (2015) também alcançou a validação, porém com o foco na avaliação de estresse infantil na hospitalização. Já Wennström et al. (2011) acompanharam as autoras do CD:H e aplicaram o instrumento em crianças hospitalizadas e não hospitalizadas.

Cinco artigos utilizaram o CD:H para testar a ansiedade das crianças diante de condutas estudadas, como preparações pré-procedimentos, a eficácia do livro “O conto das amígdalas de Woody” e o uso de brinquedo terapêutico (BJÖRKMAN, 2014; BREWER et al., 2006; KARIMI et al., 2014; SILVA et al., 2017; TUNNEY; BOORE, 2013). Outros quatro artigos compararam os resultados obtidos com o CD:H com outras escalas na avaliação de ansiedade de crianças em ambientes odontológicos e hospitalares (AMINABADI et al., 2011; BURNS-NADER; HERNANDEZ-REIF; PORTER, 2014; CORSANO et al., 2015; WENNSTRÖM et al., 2013).

Três estudos fizeram o uso do CD:H para a avaliação da ansiedade em crianças presentes em ambientes distintos: consultório odontológico (PALA; NUVVULA; KAMATHAM, 2016), em consulta médica e atendimento hospitalar (BURNS-NADER, 2017) e em ambiente escolar (MC CONVILLE, 2016).

Quadro 3 - Aplicabilidade do CD:H em estudos. São Paulo, 2018.

(continua)

Autor (ano)	Objetivo(s)	Amostra	Instrumentos	Resultados
Brewer et al. (2006)	- Determinar se crianças que foram preparadas por um especialista no dia de sua cirurgia apresentaram menor ansiedade do que aquelas que receberam tratamento padrão.	- 142 crianças com idade entre 5 e 11 anos, submetidas à cirurgia eletiva de otorrinolaringologia.	- CD:H	- 80 crianças foram submetidas a um preparo pré-cirúrgico e 62 não receberam intervenção. O CD:H foi aplicado e avaliada a ansiedade. - Verificou-se que escore de ansiedade foi melhor para os pacientes no grupo de intervenção do que para aqueles no grupo de não intervenção, $F(1,135) = 4,24$, $p = 0,04$.
Aminabadi et al. (2011)	- Avaliar desenho como uma medida de sofrimento da criança em ambientes odontológicos pediátricos.	- 54 crianças com idade entre 4 e 11 anos.	- CD:H - Sound, Eye and Motor (SEM) - Frankl scale	- Após o primeiro atendimento, a criança foi instruída a desenhar uma figura de uma pessoa em uma clínica odontológica. As imagens foram pontuadas usando a folha de pontuação CD: H e os resultados foram comparados com os escores SEM e Frankl. - CD: H foi correlacionada com as escalas Frankl (coeficiente de correlação de 0,550) e SEM (coeficiente de correlação de +0,483) ($p < 0,001$).

Quadro 3 - Aplicabilidade do CD:H em estudos. São Paulo, 2018.

(continuação)

Autor (ano)	Objetivo(s)	Amostra	Instrumentos	Resultados
Lima e Lemo (2011)	- Estudar a adequação do CH:D enquanto instrumento de avaliação da ansiedade/bem-estar de crianças hospitalizadas portuguesas.	- 29 crianças com idade entre 7 e 12 anos, de uma instituição de saúde especializada em doenças oncológicas no Norte de Portugal.'	- CD:H	- Calculou-se os valores da assimetria (0,137) e da curtose (0,768) os quais reforçaram boa sensibilidade do instrumento. - O instrumento foi traduzido sem utilizar os passos preconizados na literatura, e encontrou uma concordância inter-observadores de 84,97%.
Wennström (2011)	- Relatar os resultados dos testes psicométricos da versão sueca do CD:H.	- 59 crianças de 5 a 11 anos submetidas a cirurgia foram o grupo intervenção. - 71 crianças de 5 a 11 anos de uma escola na mesma região formaram o grupo controle.	- CD:H	- O estudo demonstrou evidências de validade de construto adequada nas Partes A e C, alta confiabilidade entre avaliadores e confiabilidade de consistência interna aceitável.
Tunney e Boore (2013)	- Avaliar a eficácia de um livro de histórias intitulado O Conto das Amígdalas de Woody, escrito por Anne Marie Tunney, sobre a redução do nível de ansiedade de crianças de 5 a 11 anos submetidas a amigdalectomia e adenoidectomia em um hospital da Irlanda do Norte.	- 80 crianças de 5 a 11 anos atendidas em uma clínica de pré-avaliação foram alocadas aleatoriamente para um grupo experimental (receberam o livro) e um grupo controle (sem livro).	- Hospital Fears Rating Scale - CD:H	- Ansiedade foi testada tanto pré quanto pós-intervenção, utilizando-se um questionário de auto-avaliação do Hospital Fears Rating Scale e Child Drawing: Hospital, uma técnica projetiva baseada em desenhos de crianças. - O livro de histórias foi eficaz na redução da ansiedade pré-operatória.

(Quadro 3 - Aplicabilidade do CD:H em estudos. São Paulo, 2018.

(continuação)

Autor (ano)	Objetivo(s)	Amostra	Instrumentos	Resultados
Wennström et al. (2013)	- Determinar o grau de ansiedade e estresse, bem como explorar a associação entre medidas objetivas de estresse (concentração de cortisol na saliva) e avaliação subjetiva de ansiedade hospitalar (desenhos de crianças), conforme interpretado pela Versão sueca do CD:H manual.	- 93 crianças de 5 a 11 anos agendadas pra realizar cirurgia.	- CD:H versão sueca - Cortisol salivar	- Não houve associações entre a concentração de cortisol salivar e os desenhos das crianças (CD: H) em qualquer uma das partes ou itens individuais no manual.
Björkman (2014)	- Verificar a experiência de crianças ao passar por um exame radiográfico, com suspeita de fratura.	- 142 crianças de 3 a 15 anos; - 20 mulheres radiologistas.	- CD:H - Roter Interaction Analysis System (RIAS) - Coloured Analogue Scale (CAS) - Facil Affective Scale (FAS)- Face, Legs, Activity, Cry and Consolability (FLACC)	- A percepção das crianças sobre os cuidados prestados no processo peri-radiográfico não estava relacionada com a experiência de ansiedade, dor e desconforto.

Quadro 3 - Aplicabilidade do CD:H em estudos. São Paulo, 2018.

(continuação)

Autor (ano)	Objetivo(s)	Amostra	Instrumentos	Resultados
Burns-Nader, Hernandez-Reif e Porter (2014)	- Explorar as relações entre o nível de ansiedade de crianças hospitalizadas, as estratégias de enfrentamento utilizadas pelas mães e a satisfação das mães com a experiência hospitalar.	- 24 crianças de 5 a 11 anos, hospitalizadas e suas mães.	- CD:H - Coping Health Inventory for Parents (CHIP) - Patient Satisfaction Questionnaire - Revised	- O escore de ansiedade das crianças foi de 37 a 152 utilizando o CD:H. - O uso de mais estratégias de enfrentamento pelas mães foi relacionado a menos ansiedade nas crianças
Karimi et al. (2014)	- Investigar a eficácia de um passeio orientado na redução de ansiedade de crianças em momento pré-cirúrgico.	- 70 crianças de 5 a 11 anos que estavam em pré-cirurgia no Hospital Razi, na cidade de Marand no Irã.	- CD:H	- A ansiedade avaliada por meio do CD:H diminuiu no grupo intervenção que realizou uma visita orientada na sala pré-operatória para crianças com cirurgias eletivas.
Corsano et al. (2015)	- Investigar a experiência de pacientes jovens e suas famílias durante tratamento em hospital dia.	- 50 crianças e adolescentes de 7 a 15 anos admitidas no hospital dia de uma enfermaria de hematologia e oncologia pediátrica de um hospital italiano.	- Emotional Reaction Instrument (ERI) - CD:H	- Os dados mostraram que os pacientes jovens apresentaram um baixo nível de ansiedade e emoção negativa avaliadas pelo CD:H. Em contraste, a experiência dos adultos em esperar acarretava tédio, ansiedade e preocupação com o estado emocional de seus filhos.

Quadro 3 - Aplicabilidade do CD:H em estudos. São Paulo, 2018.

(continuação)

Autor (ano)	Objetivo(s)	Amostra	Instrumentos	Resultados
Fernandes (2015)	- Desenvolver e obter evidências de validade e fidedignidade para a versão em língua portuguesa do Brasil do CD:H.	- 81 crianças hospitalizadas e 76 crianças escolares não hospitalizadas em Minas Gerais, com idades que variaram de 6 a 13 anos.	- CD:H	- Obtiveram índices satisfatórios de concordância intra-avaliadores para as 3 partes do CD:H e o escore total do instrumento. - Os escores das 3 partes e o escore total do CD:H foram mais elevados na amostra do hospital.
Pala, Nuvvula e Kamatham (2016)	- Avaliar a eficácia dos desenhos como uma medida projetiva de dor e sofrimento em crianças submetidas a extrações dentárias.	- 107 crianças de 4 a 13 anos, com presença de cárie não tratável ou dentes decíduos retidos, indicados para extrações.	- CD:H - FLACC - Frankl - Facial Pain Scale-Revised (FPS-R)	- Foi encontrado uma correlação positiva, embora estatisticamente não significativa entre os escores CD: H e todos os outros parâmetros considerados (Frankl, FPS-R e FLACC) no presente estudo. - Concluiu-se que os desenhos podem ser usados como um arsenal dentário adicional.
Burns-Nader (2017)	- Avaliar a ansiedade de crianças em experiências de cuidados de saúde utilizando desenhos.	- 50 crianças de 5 a 12 anos que passaram por atendimento médico ou que estavam hospitalizadas.	- CD:H	- Verificou que as crianças hospitalizadas apresentaram escores maior do que as crianças atendidas em consulta médica. - As crianças do consultório realizaram desenhos com posições independentes e sorridentes. As hospitalizadas desenharam

Quadro 3 - Aplicabilidade do CD:H em estudos. São Paulo, 2018.**(continuação)**

Autor (ano)	Objetivo(s)	Amostra	Instrumentos	Resultados
Burns-Nader (2017)				pessoas dependentes, sem sorriso, em tamanho menores e com maior quantidade de equipamentos médicos.
McConville (2016)	- Explorar as percepções de crianças com asma em relação às suas experiências escolares, enfocando o impacto social e emocional, o manejo da asma na escola e as fontes de apoio na escola.	- 19 crianças de 8 a 12 anos com asma e suas mães.	- CD:H - Entrevista semi-estruturada	- Crianças expressaram limitações nas atividades físicas, minimizaram a sua asma e expressaram querer ser vistas como normais, referiram sentir-se apoiadas pelos seus colegas. - O apoio de adultos na escola foi principalmente em torno do acesso a medicamentos, aos quais poucas crianças tiveram acesso imediato. - Pais e filhos diferiram em suas comunicações com os professores, e os pais pareciam ser responsáveis por estabelecer um relacionamento com a enfermeira da escola.

Camila Forni Antunes

Quadro 3 - Aplicabilidade do CD:H em estudos. São Paulo, 2018.

(continuação)

Autor (ano)	Objetivo(s)	Amostra	Instrumentos	Resultados
Silva et al. (2017)	- Avaliar os efeitos da aplicação da técnica do Brinquedo Terapêutico Dramático (BTD) no grau de ansiedade em crianças escolares hospitalizadas.	- 28 crianças de 6 a 11 anos, hospitalizadas à pelo menos 24 horas e que sofreram ao menos uma punção venosa.	- Brinquedo terapêutico - CD:H	- Ensaio clínico randomizado na qual a intervenção consistiu na aplicação do BTD e o desfecho foi avaliado por meio do CD:H. - A maioria das crianças de ambos os grupos (75%) apresentou classificação de baixo grau de ansiedade, sendo o escore médio do instrumento CD: H no grupo intervenção de 73,9 e no grupo controle de 69,4, sem diferença significativa.
Campos (2018)	- Traduzir e adaptar culturalmente o instrumento Child Drawing: Hospital para a língua portuguesa falada no Brasil.	- 8 enfermeiros juízes para a fase de tradução e adaptação do instrumento.	- CD:H	- CVR de 0,75 a 1 na maioria dos itens do instrumento. Foram feitas alterações gramaticais e de concordância. - Substituído culturalmente o uso de giz de cera por lápis de cor. - Necessidade de realização das validações psicométricas.

(conclusão)

Fonte: dados da pesquisadora.

Os estudos encontrados demonstram que o CD:H é um instrumento que possui aplicabilidade tanto clínica quanto para fins de pesquisa, como apresentado pelas autoras Clatworth, Simon e Tiedeman (1999b). Além disso, o CD:H também possui utilidade nas investigações do estado de ansiedade de crianças em diversas situações hospitalares, bem como de crianças fora do ambiente hospitalar, como em escolas e irmãos de crianças internadas (CLATWORTHY; SIMON; TIEDEMAN, 1999b).

Outro fator que deve ser destacado é que o CD:H possui a característica de identificar os sintomas da ansiedade no momento em que a criança realiza o desenho e, portanto, as autoras recomendam que ele seja utilizado no decorrer da internação. O estudo de Tiedeman e Clatworth (1990) mostrou que o nível de ansiedade na admissão tende a ser maior do que no momento da alta por supostamente, ao longo da internação, a criança adquirir estratégias de enfrentamento. Porém, nas avaliações pós hospitalização, as crianças mantêm sintomas de ansiedade que incluem distúrbios de alimentação, ansiedade de separação, medo, preocupações corporais, regressão, manias e enurese (TIEDEMAN; CLATWORTH, 1990).

O uso do inquérito com perguntas aprofundadas após o desenho pode incentivar que o indivíduo projete seus sentimentos do subconsciente. Este fato não é utilizado pelo CD:H, uma vez que a avaliação dos processos psíquicos contidos no subconsciente é uma atividade privativa do profissional psicólogo. Com isso, o desenho da figura humana avaliada pelo CD:H retrata as associações no nível do consciente ou próximos do consciente, podendo, assim, identificar os sintomas de ansiedade para auxiliar o enfermeiro assistencial na tomada de conduta para com seu paciente. Adicionado a isso, o instrumento orienta que profissionais de saúde mental deverão ser consultados quando forem obtidos escores que indiquem sintomas importantes de ansiedade (BUCK, 2003).

O uso do desenho como medida de identificação dos sintomas de ansiedade pelo CD:H foi um dos motivos mais citados pelos 11 estudos avaliados. Por ser um instrumento lúdico e de fácil aplicabilidade, atrai a criança a realizar o que lhe é solicitado. Contudo, nenhum dos estudos avaliados na revisão apontou os problemas psicométricos que o CD:H apresenta. Em primeiro lugar, ele é um instrumento longo, que possui textos e quadros extensos, podendo gerar desgaste na leitura dos itens e respostas imprecisas (DE VELLIS, 2017).

Outro ponto é a falta de rótulo em alguns itens no quadro da Parte A e Parte C. De acordo com Weijters, Cabooter e Schillewaert (2010), escalas são mais

consistentes quando possuem todos os rótulos. A ausência de rótulos em algumas opções de respostas induz o entrevistado a descobrir o significado daquela categoria de resposta para determinar a opção que mais se aproxima da sua opinião. Ao fazer isso, os entrevistados podem anexar diferentes significados à mesma opção de resposta (GEHLBACH, 2015; WEIJTERS; CABOOTER; SCHILLEWAERT, 2010).

O número de opções de respostas em cada item e a presença de ponto médio também são avaliados pelos autores Weijters, Cabooter e Schillewaert (2010), que descrevem que escalas são mais consistentes quando possuem ponto médio e são de 5 ou 7 pontos. A presença do ponto médio contribui para que os respondentes neutros tenham uma opção de resposta neutra. A ausência desta característica nas escala de dez pontos, como o CD:H, obriga o entrevistado a escolher os pontos mais próximos aos centrais, tendendo a responder mais negativamente (GEHLBACH, 2015; WEIJTERS; CABOOTER; SCHILLEWAERT, 2010).

Além disso, ele apresenta etapas subjetivas, quando, na Parte C, por exemplo, o enfermeiro é solicitado a avaliar a aparência geral do desenho, indicando, a partir do seu ponto de vista, se aparenta ser agradável, alegre ou oprimido.

Diante desta problemática, o instrumento necessita de modificações para que a avaliação da ansiedade da criança escolar por meio do CD:H possa ser mais fidedigna. Adicionado a isso, todas as falhas estruturais mencionadas para o instrumento na língua inglesa CD:H mantiveram-se na versão brasileira, denominada Child Drawing: Hospital – Versão Brasileira (CD:H VB), após a tradução e adaptação transcultural realizada por Campos (2018).

1.2 JUSTIFICATIVA PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO

A execução desta pesquisa justifica-se pelo reconhecimento das modificações que a hospitalização causa nas crianças; pela carência de estudos validados para avaliar sintomas de ansiedade em contexto hospitalar e pela forma lúdica como o CD:H permite o enfermeiro realizar a avaliação dos sintomas de ansiedade.

Considerando que o instrumento CD:H VB foi anteriormente traduzido e adaptado transculturalmente para a língua portuguesa do Brasil (Campos, 2018), há necessidade de se proceder à validação de construto, para que sua aplicação com crianças escolares tenha validade tanto na prática clínica quanto em pesquisas.

Além disso, devido ao fato de o CD:H VB não apresentar características que seguem as diretrizes encontradas na literatura científica para a construção de instrumentos de medida, podem-se propor alterações no instrumento, sem que haja a descaracterização do CD:H VB.

Nesse sentido, este estudo propõe-se a realizar as modificações necessárias no instrumento CD:H VB e validar tanto o CD:H VB quanto a versão modificada, a fim de que os enfermeiros pediatras possuam um instrumento fidedigno de avaliação dos sintomas de ansiedade de crianças escolares brasileiras hospitalizadas.

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- a. Realizar as modificações necessárias no instrumento CD:H VB, segundo as diretrizes da psicometria para a construção de instrumentos;
- b. Testar a validação de construto do instrumento CD:H VB; e
- c. Testar a validação de conteúdo e de construto do instrumento CD:H VB - modificado.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Analisar a razão de validade de conteúdo para o CD:H VB – modificado;
- b. Testar a análise fatorial exploratória do CD:H VB e do CD:H VB – modificado; e
- c. Verificar a confiabilidade do CD:H VB e do CD:H VB – modificado.

3 MÉTODO

3 MÉTODO

3.1 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Os processos de globalização e migração foram responsáveis por gerar uma diversidade na população de muitos países. Diante da miscigenação cultural e da necessidade de elaboração de pesquisas entre culturas, o processo de tradução, adaptação transcultural e validação de instrumentos tornou-se importante. Tal procedimento requer um planejamento rígido, com abordagem de metodologias completas e rigorosas, pois, ao ser aplicado em uma cultura e população diferentes daquela validada para a construção, a avaliação da variável latente poderá ser diferenciada, interferindo nas condutas e tratamento do paciente (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; SOUSA; ROJJANASRIRAT, 2011).

A necessidade em utilizar um instrumento em outra língua e cultura não envolve apenas a tradução do instrumento. Ele requer etapas que irão garantir e manter as validades e a confiabilidade do que se deseja avaliar. Além disso, deve-se levar em consideração a facilidade em utilizar o instrumento e o tempo adequado para a sua administração, interpretação dos resultados e custo envolvido (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). A fim de garantir as propriedades de validade de um instrumento, Beaton et al. (2000) elaboraram um *guideline* para auxiliar no processo de tradução, adaptação transcultural e validação de instrumentos.

As fases de tradução e adaptação transcultural do CD:H foram realizadas em um estudo anterior com etapas adaptadas de acordo com as diretrizes de Beaton et al. (2000), as quais consistiram em: tradução realizada por dois tradutores, síntese das traduções, envio para o comitê de especialistas, retrotradução e envio da versão retrotraduzida a um professor de uma Universidade Norte-Americana. Não foi possível enviar a versão retrotraduzida para as autoras originais, como preconizado no *guideline*, pois todas são falecidas. Ao final deste processo, foi disponibilizada a versão final do instrumento para a validação das propriedades psicométricas: CD:H VB (CAMPOS, 2018).

Após as etapas de tradução e adaptação transcultural terem sido realizadas, devem ser estabelecidas as propriedades psicométricas iniciais do instrumento recentemente adaptado (SOUSA; ROJJANASRIRAT, 2011). De acordo com Pasquali

(2009), a psicometria é o método quantitativo que explica o sentido das respostas dos sujeitos obtidas a partir de uma série de tarefas, tipicamente chamadas de itens.

A validade de um instrumento de medida se dá com a soma das evidências das validades de conteúdo, critério e construto, resultando em um material fidedigno para ser utilizado por profissionais.

3.2 O INSTRUMENTO

O CD:H VB é dividido em três partes: A, B e C. A parte A é constituída de 14 itens com escala de 1 a 10, sendo o número 1 indicador de baixa ansiedade, enquanto que o número 10 indica alto nível de ansiedade. Os itens avaliados da parte A são: posição; ação; comprimento; largura; tamanho da pessoa; expressão facial e olhos; cor predominante; número de cores usadas; uso do papel; localização no papel; inclusão e tamanho de equipamentos hospitalares e nível de desenvolvimento (CAMPOS, 2018; CLATWORTHY; SIMON; TIEDEMAN, 1999a).

A parte B é composta por oito itens que irão presumir índices de patologia, por exemplo: se há ou não omissão ou exagero de alguma parte do corpo desenhado pela criança. A omissão, destaque e irrelevância de parte do corpo recebem cinco pontos. Distorção, omissão de duas ou mais partes do corpo, transparência, partes do corpo e face misturados e sombreamento recebem dez pontos. Se algum item está ausente, não pontua (CLATWORTHY; SIMON; TIEDEMAN, 1999a).

A parte C computa pontos de acordo com a avaliação do pesquisador sobre a impressão geral do desenho (*gestalt*). Os itens são pontuados em uma escala de 1 a 10, como, por exemplo: a pontuação 1 indica baixa ansiedade e o desenho deve ser: realista, agradável, colorido, bem-proporcionado, confiante, alegre. A pontuação 10 indica alto nível de ansiedade. Neste caso, o desenho deve ter a aparência de oprimido, desorganizado e triste, derrotado e estranho (CLATWORTHY; SIMON; TIEDEMAN, 1999a).

O escore total do CD:H VB se dá com a soma das partes A, B e C. A Tabela 1 mostra os pontos das somatórias das etapas, correlacionados com o nível de ansiedade e intervenção sugerida pelas autoras para cada resultado. O escore varia de 15, que indica nível de ansiedade muito baixo, até a pontuação de 210 pontos, que caracteriza nível muito alto de ansiedade e requer consulta com equipe de saúde mental (CLATWORTHY; SIMON; TIEDEMAN, 1999b).

Tabela 1 - Nível de ansiedade baseado no escore total do instrumento CD:H VB.

CD:H VB Total de pontos	Nível de ansiedade	Intervenção
Menor ou igual a 43	Muito baixo	Intervenção com os pais pode proporcionar meios para promover o enfrentamento pela criança.
Entre 44-83	Baixo	Intervenção com a criança pode prevenir o desenvolvimento de dificuldades.
Entre 84-129	Média	Intervenção diária com brinquedo terapêutico é aconselhável.
Entre 130-167	Acima da média	Continuar intervenção diária com brinquedo terapêutico; conversar com equipe de saúde mental.
Acima de 168	Muito alto	Consultar a equipe de saúde mental.

CLATWORTHY, S.; SIMON, K.; TIEDEMAN, M. E. Child Drawing: hospital - an instrument designed to measure the emotional status of hospitalized school-aged children. *Journal of Pediatric Nursing*, v. 14, n. 1, p. 2–9, 1999b.

3.3 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo psicométrico de validação de conteúdo e construto. O método de validade psicométrica de instrumentos é definido como um processo sistemático que possibilita obter, organizar e analisar os dados da investigação de forma controlada. Além disso, esta metodologia objetiva desenvolver, validar e avaliar instrumentos de pesquisa com a finalidade de obter um instrumento preciso e que possa ser empregado por outros pesquisadores e na prática clínica (BEATON et al., 2000; HUTZ; BANDEIRA; TRENTINI, 2015; MARCORELA et al., 2013; MOTA; PIMENTA, 2008; PASQUALI, 2009; POLIT; BECK, 2011).

O estudo foi realizado em três etapas:

3.3.1 Etapa 1 – Validade de conteúdo

A fase de validade de conteúdo consiste em verificar se cada item do instrumento é capaz de medir a variável latente que se pretende avaliar, por meio da avaliação com um comitê de especialistas.

Inicialmente o CD:H VB foi modificado de acordo com o que preconiza a literatura sobre psicometria, seguindo as recomendações dos autores (EPSTEIN; SANTO; GUILLEMIN, 2015; PASQUALI, 2009; DE VELLIS, 2017) e das validades

estatísticas apresentadas nos artigos de Clatworthy, Simon e Tiedeman (1999b) e Wennström et al. (2011). Com o objetivo de favorecer a economia mental, foram preenchidos todos os rótulos nos itens. A fim de manter o instrumento o mais apropriado possível para as avaliações estatísticas, foram realizadas adaptações para que o gabarito do instrumento possuísse ponto médio de resposta. O instrumento resultante das modificações foi nomeado como: CD:H VB – modificado.

Para a realização da validade de conteúdo o CD:H VB – modificado, este foi apresentado a quatro profissionais psicometristas (comitê de juízes psicometristas) para avaliação das modificações realizadas e sugestões de melhorias. Em cada trecho do manual, os juízes concordaram ou discordaram das modificações apresentadas. No caso de discordância, foi solicitada a descrição do motivo com as sugestões. Além de concordar ou não com as modificações realizadas, foi solicitado que, para cada item, os juízes verificassem a clareza do conteúdo, se estão tecnicamente redigidos, se representam a variável latente, se há presença de ambiguidades e termos redundantes. A partir das avaliações, foi analisado o índice de validade de conteúdo por meio da *Content Validity Ratio* (CVR), proposto por Lawshe (1975).

A síntese das versões propostas foi realizada fundamentada no CVR. Posteriormente à síntese, resultaram duas versões do instrumento: CD:H VB sem as alterações, denominado de CD:H VBa; e o instrumento CD:H VB com as modificações realizadas após as críticas dos juízes, denominado de CD:H VBb.

3.3.2 Etapa 2 - Validade de construto

A validade de construto avalia se a extensão do conjunto de variáveis do instrumento representa a variável latente (MOTA; PIMENTA, 2007; PASQUALI, 2009; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017). A validade de construto foi realizada para os instrumentos CD:H VBa e CD:H VBb, a fim de testar as seguintes hipóteses:

- a) O CD:H VBa apresenta baixas evidências de validades psicométricas;
- b) O CD:H VBb apresenta melhores evidências de validades psicométricas, uma vez que sofreu adaptações.

Para a fase validação do construto de ambos os instrumentos, foram selecionados dois desenhos de crianças hospitalizadas, que fazem parte de um banco de desenhos obtidos pelas autoras Silva et al. (2017) realizando as etapas propostas

pelo CD:H. Posteriormente, cerca de 660 enfermeiros foram convidados a fazer parte do estudo para avaliar, com os instrumentos: CD:H VBa ou CD:H VBb, os dois desenhos de crianças escolares hospitalizadas.

Por fim, a partir dos resultados obtidos nessa fase, a validade de construto foi obtida por meio da análise fatorial exploratória (AFE), na qual se verifica a quantidade necessária de variáveis para representar os sintomas de ansiedade (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

3.3.3 Etapa 3 – Confiabilidade

A confiabilidade avalia a qualidade do instrumento, o quanto ele é consistente, exato e estável. Para isso, foi avaliada a consistência interna do CD:H VBa e CD:H VBb, na qual se verifica a correlação entre o resultado obtido em um item em comparação com o resultado dos demais itens, por meio do coeficiente de Alfa de Cronbach (HAIR et al., 2014; TRIZANO-HERMOSILLA, ALVARADO, 2016).

As três etapas do estudo estão descritas na Figura 1.

Figura 1 - Etapas do desenho do estudo. São Paulo, 2018.

3.4 COLETA DE DADOS

3.4.1 Avaliação do CD:H VB por psicometristas

Devido às lacunas apresentadas na estrutura do instrumento, optou-se por realizar um comitê de juízes psicometristas a fim de adquirir sugestões para a melhoria estrutural do CD:H VBa. Foram convidados profissionais que trabalham com construção e validação de instrumentos de medida. Esses profissionais foram selecionados na plataforma de currículos lattes, utilizando o termo “psicometria” na busca por currículos e na comunidade de Psicometristas – Brasil de uma rede social. A eles foi enviado via e-mail uma carta convite (Apêndice A) com o *link* para acesso do *Google Forms* que continha o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) para que a anuência fosse feita eletronicamente e um questionário de caracterização (Apêndice C), para obtenção dos dados demográficos do participante. Após o preenchimento dos dados, o profissional foi convidado a abrir os documentos disponíveis: o instrumento CD:H VBa; o CD:H VB – modificado, o questionário para a avaliação estrutural do instrumento; os artigos originais da elaboração do CD:H e o artigo que validou o instrumento para a língua sueca (WENNSTRÖM et al., 2011).

3.4.2 Seleção do banco de desenhos

O banco de desenhos de crianças em idade escolar hospitalizadas que foi utilizado é formado por 80 desenhos obtidos no estudo de Silva et al. (2017). O banco forneceu dois desenhos que foram disponibilizados para a avaliação da ansiedade pelos enfermeiros brasileiros. Os desenhos foram escolhidos de acordo com as características que apresentavam. No desenho 1 (Anexo 3), de Pedro¹, 9 anos, hipótese diagnóstica de cetoacidose diabética, a criança utilizou somente uma cor de lápis (preto) e a pessoa desenhada continha uma aparência deprimida, com a boca triste, corpo palito, ausência de dedos das mãos e não foi desenhado o nariz, orelhas e pés. Apresentava-se na posição em pé, sem chão, conectado a um equipo de soro e seu suporte.

¹ Nome fictício.

O desenho 2 (Anexo 4) pertence à criança denominada Izabela², 10 anos, com diagnóstico de Síndrome de Guillian-Barré a esclarecer. A criança estava aparentemente feliz, utilizou lápis de cores diferentes como preto, vermelho e azul, além de utilizar todo o espaço da folha de papel. A pessoa desenhada estava sorrindo e o corpo continha todos os membros e estava deitado em uma cama (SILVA et al., 2017).

3.4.3 Testes de validade de construto com os enfermeiros

Os artigos originais do CD:H (CLATWORTHY; SIMON; TIEDEMAN, 1999a, 1999b), o artigo de validação cultural sueco (WENNSTRÖM et al., 2011) e a dissertação proposta por Fernandes (2015) aplicaram o instrumento CD:H em crianças hospitalizadas e utilizaram um grupo controle de crianças escolares não hospitalizadas. Os desenhos foram avaliados por um pequeno número de profissionais que conheciam o instrumento ou técnicas projetivas.

Definiu-se a população deste estudo a partir das seguintes indagações: quem deverá compreender as instruções do instrumento? Quem aplicará e avaliará o desenho com o instrumento? Será que diferentes enfermeiros avaliarão um desenho da mesma maneira?

Assim, a decisão metodológica em testar os instrumentos com enfermeiros pediatras brasileiros justifica-se, pois o CD:H, além de ser um instrumento peculiar devido a sua análise, deve ser aplicado e interpretado pelo enfermeiro. Cada enfermeiro participante recebeu via e-mail o *link* para o *Google Forms* que constou dos seguintes documentos: a) o TCLE (Apêndice D); b) um questionário para a caracterização dos participantes (Apêndice E); c) dois desenhos de crianças escolares hospitalizadas (Anexos 3 e 4) e d) o instrumento CD:H VBa (Apêndice F) ou CD:H VBb (Apêndice G), conforme a randomização realizada. A duração da avaliação dos dois desenhos foi estimada em aproximadamente 45 minutos.

O questionário para a caracterização do participante (Apêndice E) foi solicitado com a finalidade de conhecer o perfil profissional, considerando que o instrumento poderá ser aplicado em todo o território nacional, necessitando, portanto, de profissionais de diferentes regiões do Brasil, com tempos de atuação na enfermagem

² Nome fictício.

pediátrica diversos, profissionais que trabalhem tanto na assistência quanto na docência, a fim de observar se há diferença na análise dos desenhos.

Foi realizada a randomização do tipo de instrumento disponibilizado, por meio do site randomization.com. A randomização é caracterizada por um processo de seleção em que cada enfermeiro possui a mesma probabilidade de avaliar o CD:H VBa ou o CD:H VBb. A importância no uso dessa metodologia se dá pela redução do viés que poderia ocorrer, mesmo que involuntariamente, na escolha de certos profissionais para avaliar um dos determinados instrumentos, comprometendo a validade dos resultados. A randomização permite que os grupos sejam homogêneos, garantindo que a validação do construto seja a única variável estudada (POLIT; BECK, 2011).

3.5 POPULAÇÃO E AMOSTRA

3.5.1 População

Foram convidados a participar da validação dos instrumentos CD:H VBa e CD:H VBb enfermeiros pediatras de todas as regiões do Brasil que possuíam experiência com crianças escolares hospitalizadas.

3.5.2 Amostra

A amostra de enfermeiros foi calculada considerando a quantidade de itens do instrumento. De acordo com os estudos de Ayre e Scally (2014) e Osborne e Costello (2005), foi utilizado o conceito amostral de dez indivíduos para cada item do instrumento traduzido, totalizando um total aproximado de 230 enfermeiros. Tendo em vista à avaliação de dois instrumentos (CD:H VBa e CD:H VBb), a amostra deveria ser de 460 profissionais.

Entretanto, devido ao tempo limitado da pesquisa, a amostragem foi do tipo não probabilística de conveniência, na qual foram selecionados enfermeiros pediatras elegíveis de acordo com os critérios de inclusão. Posteriormente, os enfermeiros participantes indicaram outros enfermeiros que atendiam aos mesmos critérios, caracterizando a técnica de “bola de neve” (POLIT; BECK, 2011).

3.5.3 Critérios de elegibilidade

Critérios de inclusão

Foram elegíveis enfermeiros de todas as regiões do Brasil com os seguintes critérios:

- Possuir especialização, residência ou no mínimo dois anos de experiência com crianças hospitalizadas nas áreas de pronto atendimento, unidade de internação e unidade de terapia intensiva;
- Ser docente de enfermagem pediátrica com experiência mínima de dois anos; e
- Ser gestor de unidade pediátrica com experiência mínima de dois anos em enfermagem pediátrica.

Critérios de exclusão

Foram excluídos enfermeiros daltônicos, por possivelmente apresentarem dificuldade em identificar as cores dos desenhos nos seguintes itens:

- Parte A: item 8 - cor predominante do desenho, adquirindo uma pontuação diferente para cada cor mais utilizada;
- Parte A: item 9 – deverá pontuar quantas cores a criança escolheu para desenhar; e
- Parte C: o padrão de cor escolhido pela criança deverá ser avaliado para dizer se o desenho é realista, agradável e alegre ou oprimido, triste e derrotado.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

3.6.1 Obtenção da permissão para a validação do instrumento

Devido ao falecimento das autoras do instrumento CD:H, foi solicitada anuência ao *Journal of Pediatric Nursing*, que possui os direitos autorais dos artigos publicados, para proceder à validação do instrumento para a língua portuguesa falada no Brasil, a qual foi concedida (Anexo 5).

3.6.2 Comitê de Ética e Pesquisa

Em cumprimento à Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos no país, a qual incorpora, sob a ética do indivíduo e da coletividade, a autonomia, a não maleficência, a beneficência e a justiça, visando assegurar os direitos e deveres dos sujeitos de pesquisa, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), tendo sido aprovado com o número de parecer: 2.607.089 (Anexo 6).

Os profissionais psicometristas e os enfermeiros foram convidados a participar conforme os critérios de inclusão. Os psicometristas receberam a carta convite (Apêndice A), a qual descreve o estudo e sua importância, e, posteriormente, foi solicitado anuência eletrônica no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) via *Google Forms*. Para os enfermeiros, eticamente, somente o TCLE (Apêndice D) lhes foi disponibilizado eletronicamente.

Os desenhos que serão utilizados como dados secundários nesta pesquisa pertencem ao estudo de Silva et al. (2017) com aprovação nos CEPs da Instituição Hospitalar (Anexo 7) e da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Anexo 8).

3.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram coletados pelo programa *Google Forms*, via excel *on-line*. A análise dos dados sociodemográficos foi realizada pela análise descritiva através das frequências e porcentagens, assim como as análises descritivas dos desenhos 1 e 2 com os instrumentos CD:H VBa e CD:H VBb.

A validação de conteúdo se deu por meio do CVR, realizada pela fórmula proposta por Lawshe (1974) em Excel. Para a análise do RVC foi utilizado o valor crítico ($RVC = 1$) referente ao número de juízes que compõe o comitê, como discutido por Ayre e Scally (2014).

A análise de construto foi realizada pela AFE. A análise fatorial é uma técnica multivariada que tem como objetivo analisar as relações entre variáveis para descobrir grupos de variáveis que formam dimensões latentes. A extração foi realizada pela

técnica dos mínimos quadrados não ponderados e a rotação foi realizada pelo método não-ortogonal *Oblimin direct* (HAIR et al., 2014).

(HAIR et al., 2014).

Para as análises estatísticas na AFE, foi utilizado o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) – versão 24, no qual foram mensurados os índices:

- a) carga fatorial $\geq 0,40$, como valor de referência de saturação, com o intuito de melhorar a solução em razão ao número de participantes do estudo;
- b) medida de adequação da amostra, por meio do Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) $\geq 0,70$ e o teste de Bartlett de esfericidade ($p \leq 0,05$). Estes índices permitem avaliar a medida de adequação da amostra e a qualidade dos dados.
- c) matriz de correlações item-item ($> 0,40$), na qual se testou o quanto os itens se relacionam entre si;
- d) dimensionalidade, verificando-se a quantidade de dimensões presente nos instrumentos, com cargas fatorais $\geq 1,0$. Os itens devem ser unidimensionais, estando fortemente associados um com o outro e representando uma variável latente. Como o instrumento original é composto por três dimensões, a análise inicial partiu dessa configuração (SISTO; SANTOS; NORONHA, 2007);
- e) variância explicada refere-se ao quanto os itens explicam o fenômeno. A partir de 60% e quanto mais próximo de 100%, melhor a variância (DAMÁSIO, 2012).
- f) comunalidade que verifica a quantidade de variância que uma variável compartilha com as outras variáveis ($\geq 0,4$) (HAIR et al., 2014).

Por fim, foi realizada a confiabilidade, que avalia o grau da consistência interna dos instrumentos, realizada pelo coeficiente de alfa de Cronbach ($\geq 0,8$) (HAIR et al., 2014).

4 RESULTADOS

4 RESULTADOS

Os resultados obtidos neste estudo são apresentados em duas fases: validade de conteúdo e validação de construto dos instrumentos CD:H VB e CD:H VB modificado.

4.1 1ª FASE: VALIDADE DE CONTEÚDO

4.1.1 Reestruturação do CD:H VB

Inicialmente foram verificados os resultados apresentados no artigo de Wennström et al. (2011) e reduzidas as categorias de respostas de dez para sete, sendo que, em alguns itens, foi necessária a união, exclusão ou criação de rótulos. As condutas para estas modificações foram tomadas de acordo com as respostas das avaliações dos desenhos de crianças suecas. Os itens menos assinalados foram excluídos ou unidos. O objetivo destas modificações era o de que todas as categorias de respostas tivessem rótulos e a construção do ponto médio, com a escala de sete categorias, como sugerido na literatura (GEHLBACH, 2015; HUTZ; BANDEIRA; TRENTINI, 2015; WEIJTERS; CABOOTER; SCHILLEWAERT, 2010).

A reestruturação da escala para sete categorias, com união ou exclusão de alguns pontos, favoreceu a reformulação do instrumento de modo que não permanecessem itens sem rótulos, reduzindo, assim, interpretações diferentes para aquela categoria sem definição. Além disso, a escala com sete categorias possui um ponto médio, como preconizado pelos autores Weijters, Cabooter e Schillewaert (2010).

Posteriormente, a modificação ocorreu nos textos do manual a fim de contribuir para a economia mental. Foi melhorada a clareza em alguns trechos, separados comandos em tópicos, reduzidos textos para que ficassem mais sucintos, retirados trechos repetidos, modificadas pontuações, retiradas expressões que estavam na língua inglesa e excluídos textos considerados irrelevantes para os comandos na avaliação dos desenhos com a retirada de conceitos teóricos.

Como proposto por Koppitz (1984), existe um consenso de que a impressão inicial do desenho (*Gestalt*) deve ser o primeiro passo ao avaliá-lo, sem que tenha

interferência do crítico. Segundo Bolander (1977 apud Koppitz, 1984), esse processo é principalmente intuitivo e vem, em grande parte, da experiência, é, portanto, subjetivo. Devido a essas teorias, a Parte C do CD:H VB, que realiza a avaliação da impressão global do desenho, foi mudada de posição, ocupando a Parte A, para que fosse a primeira avaliação a ser realizada pelo enfermeiro.

O instrumento, após passar pelas modificações descritas, foi denominado: CD:H VB – modificado.

4.1.2 Caracterização da amostra de comitê de juízes psicometristas

Para o processo de avaliação do CD:H VB – modificado, foram convidados cinco profissionais psicometristas selecionados por indicação e no currículo Lattes. Além disso, divulgou-se o convite na página “Psicometristas Brasil” de uma rede social, e sete profissionais demonstraram interesse em participar. A coleta de dados com os juízes psicometristas ocorreu nos meses de maio e junho/2018.

No total, 12 convites foram enviados via e-mail aos interessados, entre os quais quatro aceitaram participar da análise do CD:H VB – modificado e enviaram suas avaliações. A caracterização da amostra é apresentada no Quadro 4.

Quadro 4 - Caracterização da amostra de juízes psicometristas. São Paulo, 2018.

Juízes	Sexo	Profissão	Maior titulação	Área de atuação
Juiz 1	Masculino	Psicólogo	Mestrado	Pesquisa
Juiz 2	Feminino	Psicóloga	Mestrado	Docência e assistência
Juiz 3	Masculino	Educador físico	Pós-doutorado	Pesquisa e docência
Juiz 4	Feminino	Enfermeira	Doutorado	Pesquisa

Fonte: dados da pesquisadora.

4.1.3 Avaliação do CD:H VB - modificado e síntese

Os juízes realizaram a avaliação de cada trecho do instrumento CD:H VB - modificado. Posteriormente, cada item foi analisado e modificado de acordo com o apresentado pelos juízes, julgando-se os pontos apresentados. Além disso, outras modificações ocorreram ao longo do processo, pois, a cada leitura e resposta do comitê de juízes, os trechos eram repensados e remodelados, a fim de resultar num instrumento mais claro, objetivo e sucinto. A versão, após a síntese, foi denominada CD:H VBb.

Para a construção da síntese, foi elaborado um quadro (Apêndice H), que contém as versões CD:H VBa, CD:H VB – modificado e o CD:H VBb, com cada avaliação dos juízes, em que foram marcados os termos “concordo” e “discordo” e as modificações realizadas no CD:H VB – modificado.

Para realizar o índice de validade de conteúdo, utilizou-se o CVR, com o qual se verificou a avaliação dos juízes para cada trecho do CD:H VB – modificado. Para a avaliação dos quatro juízes com o CVR, itens com valores abaixo de 1 deveriam ser reformulados. A Tabela 2 demonstra as respostas dadas a cada parágrafo, sendo que concordo = 1 e discordo = 0 (AYRE; SCALLY, 2014).

Tabela 2 - Índice de validade de conteúdo por CVR com o comitê de juízes psicometristas para o CD:H VB – modificado. São Paulo, 2018.

(continua)

CD:H VB - modificado		Juiz 1	Juiz 2	Juiz 3	Juiz 4	CVR
O Instrumento	Parágrafo 1	0	1	1	1	0,5
	Parágrafo 2	0	1	1	1	0,5
	Parágrafo 3	1	1	1	0	0,5
	Parágrafo 4	0	0	1	1	0
Atribuição de pontuação do CD:H	Parágrafo 5	1	1	1	0	0,5
	Parágrafo 6	1	1	1	0	0,5
	Parágrafo 7	1	1	1	0	0,5
	Parágrafo 8	1	1	1	0	0,5
	Parágrafo 9	1	1	1	1	1
	Parágrafo 10	1	1	1	0	0,5

Tabela 2 - Índice de validade de conteúdo por CVR com o comitê de juízes psicometristas para o CD:H VB – modificado. São Paulo, 2018.

(continuação)

CD:H VB - modificado		Juiz 1	Juiz 2	Juiz 3	Juiz 4	CVR
CD:H Guia de Pontuação	Parágrafo 11	1	0	1	0	0
	Parte A					
	Parágrafo 12	1	1	1	0	0,5
Item 1	Parágrafo 13	1	1	1	1	1
	Figuras Item 1	1	1	1	1	1
	Quadro Item 1	1	1	1	1	1
Item 2	Parágrafo 14	1	1	1	1	1
	Parágrafo 15	1	1	1	1	1
	Quadro Item 2	1	1	1	1	1
Item 3	Parágrafo 16	1	1	1	1	1
	Parágrafo 17	1	1	1	1	1
	Quadro item 3	1	1	1	1	1
Item 4	Parágrafo 18	1	0	1	1	0,5
	Figuras Item 4	1	1	1	0	0,5
	Quadro Item 4	1	1	1	0	0,5
Item 5	Parágrafo 19	1	1	1	1	1
	Quadro Item 5	1	1	1	1	1
Item 6	Parágrafo 20	1	1	1	1	1
	Quadro item 6	1	1	1	1	1
Item 7	Parágrafo 21	1	1	1	1	1
	Quadro item 7	1	0	1	0	0
Item 8	Parágrafo 22	1	1	1	0	0,5
	Quadro item 8	1	1	0	1	0,5
Item 9	Parágrafo 23	1	1	1	1	1
	Quadro item 9	1	1	0	1	0,5
Item 10	Parágrafo 24	1	1	1	1	1
	Quadro item 10	1	1	1	0	0,5
Item 11	Parágrafo 25	1	0	1	0	0
	Quadro item 11	1	1	1	1	1
Item 12	Parágrafo 26	1	1	1	1	1
	Parágrafo 27	0	1	1	1	0,5
	Quadro item 12	0	1	0	1	0
Item 13	Parágrafo 28	1	1	1	1	1
	Quadro item 13	1	1	0	0	0
Item 14	Parágrafo 29	1	1	1	0	0,5
	Quadro item 14	1	1	1	1	1
Parte B	Parágrafo 30	1	1	1	0	0,5

Tabela 2 - Índice de validade de conteúdo por CVR com o comitê de juízes psicometristas para o CD:H VB – modificado. São Paulo, 2018.

(continuação)

CD:H VB - modificado		Juiz 1	Juiz 2	Juiz 3	Juiz 4	CVR
Item 15	Parágrafo 31	1	1	1	1	1
Item 16	Parágrafo 32	1	1	1	1	1
Item 17	Parágrafo 33	1	1	1	1	1
Item 18	Parágrafo 34	1	1	1	1	1
Item 19	Parágrafo 35	1	1	1	1	1
Item 20	Parágrafo 36	1	1	1	1	1
Item 21	Parágrafo 37	1	1	1	1	1
Item 22	Parágrafo 38	1	1	1	1	1
Quadro B	Instrução 1	1	1	1	0	0,5
	Quadro item 15	1	1	1	1	1
	Quadro item 16	1	1	1	1	1
	Quadro item 17	1	1	1	1	1
	Instrução 2	1	1	1	0	0,5
	Quadro item 18	1	1	1	1	1
	Quadro item 19	1	1	1	1	1
	Quadro item 20	1	1	1	1	1
	Quadro item 21	1	1	1	1	1
	Quadro item 22	1	1	1	1	1
Parte C	Parágrafo 39	1	1	1	0	0,5
	Parágrafo 40	1	1	1	1	1
	Quadro C	1	1	1	0	0,5
CVR final						0,73

(conclusão)

Fonte: dados da pesquisadora.

Os parágrafos e quadros que tiveram valores de CVR entre 0 e 0,5 não foram excluídos do instrumento, mas foram realizadas alterações na redação dos itens conforme apresentado no Quadro 5 abaixo para o parágrafo 4. As demais alterações estão descritas no Apêndice E. A média final do CVR foi de 0,73, sendo um valor aceitável para a concordância entre os juízes. As exclusões dos itens foram realizadas na etapa de validação de construto.

Quadro 5 - Alteração do parágrafo 4 do CD:H VB – modificado. São Paulo, 2018.

Parágrafo 4	CD:H VB		CD:H VB - modificado		CD:H VBb	
	Após a finalização do desenho, quando a criança indicar verbalmente ou por gestos que ela terminou, o desenho e os lápis serão recolhidos. Não é dado limite de tempo. O desenho deve ser identificado no verso com a idade e data de nascimento da criança, sexo, todos os diagnósticos clínico-cirúrgicos (ex. diagnósticos de admissão e/ou procedimentos, bem como outros diagnósticos), data de admissão no hospital, data da finalização do desenho, número do registro hospitalar.		Quando a criança indicar verbalmente ou por gestos que ela terminou, o desenho e os lápis serão recolhidos. O desenho deve ser identificado no verso com a idade e data de nascimento da criança, sexo, todos os diagnósticos clínico-cirúrgicos (ex. diagnósticos de admissão e/ou procedimentos, bem como outros diagnósticos), data de admissão no hospital, data da finalização do desenho, número do registro hospitalar. (Modificação: mantido o texto mais sucinto)		Quando a criança indicar verbalmente ou por gestos que ela terminou, agradeça a ela pelo trabalho e esforço realizado, e em seguida, o desenho e os lápis serão recolhidos. O desenho deve ser identificado no verso com a idade e data de nascimento da criança, sexo, todos os diagnósticos clínico-cirúrgicos, data de admissão no hospital, data da realização do desenho e número do registro hospitalar.	
	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3	
	1.	0.	1.	0.	1.	0.
	Concordo	Discordo	Concordo	Discordo	Concordo	Discordo
	“(...) ou por gestos que ela terminou, deve-se agradecer a ela pelo trabalho e esforço à tarefa, e, em seguida, o desenho...”		Substituir data da finalização do desenho por data de realização do desenho.			

Fonte: dados da pesquisadora.

4.2 2ª FASE: VALIDAÇÃO DO CONSTRUTO DO CD:H VBa E DO CD:H VBb

4.2.1 Caracterização sociodemográfica dos enfermeiros

Foi convidado a participar da pesquisa um total aproximado de 660 enfermeiros via eletronicamente por indicação de colegas e dos participantes, da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras e grupos de pesquisa. A coleta ocorreu no período de 28 de junho de 2018 a 15 de agosto de 2018.

Dos enfermeiros que foram convidados a participar da pesquisa, 238 acessaram o *link* para se inscrever para a randomização do instrumento a ser

utilizado, sendo que quatro (1,6%) não se enquadraram nos critérios de inclusão, um (0,4%) era daltônico e três (1,2%) não preencheram todo o formulário. Portanto, 230 enfermeiros demonstraram interesse em participar da pesquisa.

Após a randomização, foi enviado o *link* com os desenhos e os instrumentos. Acessaram o *link* para avaliar os desenhos 170 enfermeiros, sendo que dois participantes do CD:H VBa e um do CD:H VBb não aceitaram participar da pesquisa após a leitura do TCLE.

No total, 135 enfermeiros se inscreveram para participaram da análise do CD:H VBa e do CD:H VBb. Setenta avaliaram os desenhos com o CD:H VBa e 65 enfermeiros avaliaram com o CD:H VBb. Outros 13 enfermeiros avaliaram o CD:H VBa e 19, o CD:H VBb, sem estarem inscritos, sendo que receberam o *link* por indicação de outros participantes, caracterizando a amostra por “bola de neve”.

A amostra final foi de 167 enfermeiros pediatras brasileiros, sendo a maioria do sexo feminino, com idade entre 26 e 45 anos, que trabalham em instituição de ensino pública. Na Tabela 3, estão representadas as variáveis sociodemográficas que compõem a amostra: sexo, idade, anos de conclusão da graduação, maior titulação, tempo de experiência em pediatria e setor de atuação.

Tabela 3 - Variáveis sociodemográficas da amostra CD:H VBa e CD:H VBb. São Paulo, 2018. (continua)

Variáveis	CD:H VBa	CD:H VBb
Idade	n (%)	n (%)
18 a 25 anos	4 (5)	3 (4)
26 a 35 anos	30 (36)	35 (42)
36 a 45 anos	32 (39)	26 (31)
46 a 55 anos	11 (13)	17 (20)
56 a 65 anos	6 (7)	3 (4)
mais que 65 anos	0 (0)	0 (0)
Total	83 (100)	84 (100)
Sexo		
Feminino	78 (94)	82 (98)
Masculino	5 (6)	2 (2)
Total	83 (100)	84 (100)

Tabela 3 - Variáveis sociodemográficas da amostra CD:H VBa e CD:H VBb. São Paulo, 2018.
(continuação)

Variáveis	CD:H VBa	CD:H VBb
Anos de conclusão da graduação		
Acima de 30 anos	9 (11)	5 (6)
De 25 a 29 anos	3 (4)	16 (19)
De 20 a 24 anos	12 (14)	7 (8)
De 15 a 19 anos	21 (25)	9 (11)
De 10 a 14 anos	12 (14)	22 (26)
De 5 a 9 anos	19 (23)	20 (24)
De 0 a 4 anos	7 (8)	5 (6)
Total	83 (100)	84 (100)
Maior Titulação		
Graduação	1 (1)	2 (2)
Especialização	23 (28)	29 (35)
Especialização / Residência	4 (5)	3 (4)
Residência	3 (4)	2 (2)
Mestrado	25 (30)	29 (35)
Doutorado	25 (30)	19 (23)
Livre docência	2 (2)	0 (0)
Total	83 (100)	84 (100)
Tempo de experiência em pediatria		
2 a 5 anos	21 (25)	21 (25)
6 a 10 anos	16 (19)	23 (27)
11 a 15 anos	15 (18)	17 (20)
Acima de 15 anos	31 (37)	23 (27)
Total	83 (100)	84 (100)
Setor de atuação		
Instituição de ensino pública	27 (33)	24 (29)
Instituição de ensino privada	18 (22)	8 (10)
Coordenação hospitalar	2 (2)	3 (4)
Pronto atendimento	5 (6)	4 (5)
Internação	9 (11)	19 (23)
Terapia Intensiva	16 (19)	20 (24)
Pesquisa	1 (1)	1 (1)
Outros	5 (6)	5 (6)
Total	83 (100)	84 (100)

(conclusão)

Fonte: dados da pesquisadora.

Quanto às regiões brasileiras, as que mais contribuíram para a pesquisa foram: Sudeste (69%), Sul (13%) e Nordeste (11%), como é apresentado na Tabela 4. A região Centro-Oeste contribuiu com 6% do total da amostra e a Norte com 1%.

Tabela 4 - Caracterização do índice de participação por regiões brasileiras. São Paulo, 2018.

Participação por Regiões Brasileiras	CD:H VBa	CD:H VBb
Sudeste	n (%)	n (%)
São Paulo	46 (55)	44 (52)
Espírito Santo	2 (2)	0 (0)
Minas Gerais	2 (2)	2 (2)
Rio de Janeiro	8 (10)	12 (14)
Total	58 (70)	58 (70)
Sul		
Paraná	6 (7)	5 (6)
Rio Grande do Sul	1 (1)	6 (7)
Santa Catarina	2 (2)	2 (2)
Total	9 (11)	13 (15)
Nordeste		
Alagoas	1 (1)	3 (4)
Bahia	4 (5)	2 (2)
Ceará	2 (2)	0 (0)
Maranhão	2 (2)	0 (0)
Paraíba	0 (0)	1 (1)
Pernambuco	0 (0)	0 (0)
Piauí	2 (2)	0 (0)
Rio Grande do Norte	1 (1)	0 (0)
Sergipe	0 (0)	0 (0)
Total	12 (14)	6 (7)
Centro-Oeste		
Distrito Federal	1 (1)	3 (4)
Goiás	0 (0)	0 (0)
Mato Grosso	0 (0)	2 (2)
Mato Grosso do Sul	3 (4)	1 (1)
Total	4 (5)	6 (7)
Norte		
Acre	0 (0)	0 (0)
Amapá	0 (0)	0 (0)
Amazonas	0 (0)	0 (0)
Pará	0 (0)	0 (0)
Rondônia	0 (0)	0 (0)
Roraima	0 (0)	0 (0)
Tocantins	0 (0)	1 (1)
Total	0 (0)	1 (1)

Fonte: dados da pesquisadora.

4.2.2 Análise descritiva dos dados

Um total de 83 enfermeiros pediatras avaliou o CD:H VBa e 84 avaliaram o CD:H VBb, o que corresponde a aproximadamente três enfermeiros por item do instrumento. Para a análise descritiva dos dados, foram comparadas as avaliações realizadas para cada desenho com os dois instrumentos. No CD:H VBb, dois itens mudaram de ordem após a avaliação dos juízes de psicometria (Parte C e o item 13 da Parte A do CD:H VBa), porém, para fins de comparação, durante as análises, os itens permaneceram em suas posições de origem.

a) Desenho 1

Nas Tabelas 5 e 6, estão representadas todas as respostas obtidas com o CD:H VBa e o CD:H VBb no desenho 1, respectivamente. Diante dos padrões de respostas, verifica-se que, no CD:H VBa, as respostas são mais distribuídas pelas categorias, enquanto, para o CD:H VBb, com a retirada das categorias sem rótulos, as respostas ficaram mais concentradas.

É possível verificar que, na Parte A do CD:H VBa, para o desenho 1, nos itens 1, 4, 5, 6, 8 e 9, há uma maior concentração de respostas em torno de uma categoria. Para os itens 2, 3, 7, 10, 11, 12, 13 e 14, as respostas estão mais distribuídas entre as categorias. Já os itens 1, 2, 9, 12, 13 e 14 apresentam respostas nos extremos das categorias, ou seja, há uma grande discordância entre os enfermeiros ao avaliar esses itens, pois, como no item 12, no qual se tem a avaliação da qualidade do traço do desenho, 24 (29%) responderam traço “firme, escuro” e 11 (13%) responderam traço “muito claro”.

Na parte B, como pode ser visto na Tabela 5, a escala possui uma característica dicotômica por avaliar a presença ou ausência das características, o que difere do tipo de avaliação realizada nas partes A e C, que possuem características de escala de intensidade. Os itens que apresentaram maiores concordâncias (acima de 80%) foram: 16, 17, 20, 21 e 22.

Na avaliação da impressão geral do desenho na parte C, as respostas se concentraram nas categorias 5 a 10.

Camila Forni Antunes

Tabela 5 - Porcentagens das respostas assinaladas do CD:H VBa com o Desenho 1. São Paulo, 2018.

Desenho 1 - CD:HVBa (n = 83) - Porcentagens																							
Parte A															Parte B								Parte C
Itens	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
Categorias																							
0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30	81	80	78	24	95	89	94	-
1	8	4	1	1	0	0	22	0	6	0	0	29	1	4									0
2	82	0	22	0	0	0	2	0	0	0	39	1	0	0									0
3	4	7	19	0	0	1	47	0	0	7	0	17	46	22									0
4	1	0	39	2	0	0	1	0	0	0	53	0	1	2									0
5	0	39	16	0	0	5	24	0	0	29	1	22	23	30	70	19	20	-	-	-	-	-	5
6	0	0	0	0	0	87	0	0	0	1	0	0	0	0									0
7	0	12	2	96	0	0	0	0	0	1	0	0	2	33									1
8	4	22	1	0	10	2	4	0	0	54	7	18	10	0									76
9	0	2	0	0	90	5	0	4	2	2	0	0	0	1									2
10	1	14	0	0	0	0	0	96	92	5	0	13	17	8	-	-	-	22	76	5	11	6	16

Fonte: dados da pesquisadora.

Tabela 6 - Porcentagens das respostas assinaladas do CD:H VBb com o Desenho 1. São Paulo, 2018.

Desenho 1 - CD:HVBb (n = 84) - Porcentagens																							
Parte A															Parte B								Parte C
Itens	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
Categorias																							
1	8	2	1	1	0	5	23	0	13	0	8	1	1	0	19	68	74	82	20	92	92	90	0
2	83	1	2	0	0	0	18	0	1	6	18	39	4	2									15
3	0	6	64	4	0	75	32	2	0	7	67	15	55	4									20
4	2	30	26	0	0	5	20	0	1	29	1	8	18	25	81	32	26	-	-	-	-	-	13
5	2	15	2	92	1	1	7	0	0	55	4	17	8	43									37
6	1	27	2	4	98	14	0	0	1	4	2	18	10	17									7
7	2	18	1	0	1	0	0	98	83	0	0	1	5	10	-	-	-	18	80	8	8	10	7

Fonte: dados da pesquisadora.

As respostas em negrito na Tabela 5 correspondem às categorias sem rótulos. Para o desenho 1, foi assinalado um total de 19 respostas sem rótulos. Os itens que tiveram categorias assinaladas e as quantidades são: item 2 (2), item 7(3), item 10(4), item 12(1), item 13(3), item 14(3) e Parte C (3).

O escore de ansiedade assinalado pelos enfermeiros para o desenho 1 com o CD:H VBa obteve 70 (84%) respostas para o nível médio de ansiedade, porém, ao realizar a soma das categorias assinaladas, verificou-se que 11 enfermeiros somaram ou assinalaram equivocadamente o escore final. Na Tabela 7, estão representadas as respostas dos enfermeiros e os escores após a somatória das respostas dos profissionais, nas quais se observa que 75 (90%) alcançaram o escore de média ansiedade.

Tabela 7 - Nível de ansiedade baseado no escore total do CD:H VBa para o desenho 1. São Paulo, 2018.

Escore do CD:H VBa	Escore assinalado pelos enfermeiros n (%)	Escore após a somatória dos valores n (%)
< 43: Muito baixo	1 (1)	0 (0)
44 – 83: Baixo	5 (6)	4 (5)
84 – 129: Médio	70 (84)	75 (90)
130 – 167: Acima da média	7 (8)	4 (5)
>168: Muito alto	0 (0)	0 (0)

Fonte: dados da pesquisadora.

O tempo médio que os enfermeiros utilizaram para avaliar o desenho 1 com o CD:H VBa foi de 10 a 20 minutos para 40 (48%) enfermeiros; 21 a 30 minutos para 32 (39%) enfermeiros; 31 a 40 minutos para sete (8%); 41 a 50 minutos para três (4%); 51 a 60 minutos para um (1%) enfermeiro; e ninguém ultrapassou a margem de 60 minutos de avaliação.

Na Tabela 6, estão representadas as respostas obtidas com o CD:H VBb referentes ao desenho 1. Na Parte A, é possível verificar que, para os itens 1, 4, 5, 6, 8 e 9, há uma maior concentração de respostas em torno de uma categoria. Para os itens 2, 3, 7, 10, 11, 12, 13 e 14, as respostas estão mais distribuídas entre as categorias. Já os itens 1, 2, 3, 9 e 13 apresentam respostas nos extremos das categorias.

Na Parte B do CD:H VBb (Tabela 6), os comandos foram redigidos após a avaliação dos juízes, com objetivo de clarear o modo como o item deveria ser respondido, pois, novamente, se os itens 18 e 19 forem assinalados, os itens 15, 16 e 17 deveriam estar sem respostas. Além disso, mantendo a amplitude da escala, as pontuações da Parte B no CD:H VBb foram modificadas de 0, 5 e 10 para 1, 4 e 7. Os itens que apresentaram maiores concordâncias (acima de 80%) foram: 15, 18, 19, 20, 21 e 22.

A avaliação da impressão geral do desenho na parte C, para o CD:H VBb, foi o primeiro item a ser realizado, conforme sugerido por Koppitz (1984), como sendo a primeira impressão que o avaliador deve ter do desenho, e a distribuição das respostas variou das categorias 2 a 7.

O tempo médio de avaliação do desenho 1 com o CD:H VBb foi de 10 a 20 minutos para 55 (65%) enfermeiros, de 21 a 30 minutos para 25 (21%) enfermeiros e de 31 a 40 minutos para cinco (6%) enfermeiros.

b) Desenho 2

Nas Tabelas 8 e 9, estão representadas todas as respostas obtidas com o CD:H VBa e o CD:H VBb no desenho 2, respectivamente. Diante dos padrões de respostas, verifica-se novamente para o desenho 2 que, no CD:H VBa, as respostas são mais distribuídas pelas categorias, enquanto, para o CD:H VBb, com a retirada das categorias sem rótulos, as respostas ficaram mais concentradas.

Para o desenho 2 com o CD:H VBa, observou-se que os itens 1, 2, 5, 6, 7, 8, 11 e 14 apresentaram as respostas mais concentradas em torno de uma categoria e as respostas dos itens 3, 4, 9, 10, 12 e 13 ficaram distribuídas entre as categorias, conforme a Tabela 8.

Na Parte B (Tabela 8), os itens com maior concordância (>80%) foram: 18, 21 e 22. Os itens 15 e 19, que são autoexcludentes, foram ambos assinalados por 56 enfermeiros. Na Parte C, a distribuição variou entre as categorias 1 a 5, sendo que somente duas categorias têm rótulos.

Para o desenho 2, a quantidade de categorias sem rótulos assinaladas (valores em negrito da Tabela 8) foi maior quando comparado ao desenho 1, com 41 vezes assinaladas, sendo que os itens em que essa estratégia foi mais utilizada foram 7 (tamanho da pessoa em comparação ao ambiente) e 14 (nível de desenvolvimento do desenho).

Camila Forni Antunes

Tabela 8 - Porcentagens das respostas assinaladas do CD:H VBa com o Desenho 2. São Paulo, 2018.

Desenho 2 - CD:HVBa (n = 83) - Porcentagens																							
Parte A															Parte B								Parte C
Itens Categorias	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	67	67	65	90	77	59	82	20	-
1	5	0	0	17	78	7	54	0	0	55	70	8	33	1									69
2	1	1	29	2	4	5	6	0	0	2	29	0	1	2									2
3	0	12	51	19	18	81	33	5	8	10	0	27	34	71									1
4	1	0	0	0	0	0	1	0	4	1	1	1	0	4									1
5	0	10	6	35	0	7	5	92	6	24	0	37	20	17	33	33	35	-	-	-	-	-	25
6	0	0	0	18	0	0	1	0	19	2	0	1	1	4									0
7	2	4	1	0	0	0	0	2	48	0	0	0	1	1									0
8	12	70	4	6	0	0	0	0	0	5	0	23	10	0									0
9	78	1	10	2	0	0	0	1	14	0	0	0	0	0									0
10	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	-	-	-	10	23	41	18	80	1

Fonte: dados da pesquisadora.

Tabela 9 - Porcentagens das respostas assinaladas do CD:H VBb com o Desenho 2. São Paulo, 2018.

Desenho 2 - CD:HVBb (n = 84) - Porcentagens																							
Itens Categorias	Parte A														Parte B								Parte C
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
1	6	1	44	19	49	17	42	0	0	56	76	18	6	5	67	55	51	60	70	51	82	20	75
2	2	11	50	31	48	82	33	1	2	14	18	4	5	8									8
3	0	1	1	1	2	0	18	96	10	2	1	20	15	1									7
4	1	14	0	25	1	0	7	1	15	23	4	33	21	60	33	45	49	-	-	-	-	-	10
5	20	2	0	19	0	1	0	0	67	5	1	17	32	23									0
6	70	69	5	5	0	0	0	1	6	0	0	8	20	2									0
7	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	-	-	-	40	30	49	18	80	0

Fonte: dados da pesquisadora.

O escore de ansiedade final avaliado pelos enfermeiros foi de: 48 (58%) baixo; 31 (37%) médio; três (4%) muito baixo e um (1%) muito alto. Novamente, após realizar a soma dos escores, 11 enfermeiros assinalaram o escore final de maneira incorreta. Na Tabela 10, estão representadas as respostas dos enfermeiros e os escores após a somatória das respostas dos profissionais, nas quais se observa que 44 (53%) alcançaram o escore de baixa ansiedade.

Tabela 10 - Nível de ansiedade baseado no escore total do CD:H VBa para o desenho 2. São Paulo, 2018.

Escore do CD:H VBa	Escore assinalado pelos enfermeiros n (%)	Escore após a somatória dos valores n (%)
< 43: Muito baixo	3 (4)	1 (1)
44 – 83: Baixo	48 (58)	44 (53)
84 – 129: Médio	31 (37)	38 (46)
130 – 167: Acima da média	0 (0)	0 (0)
>168: Muito alto	1 (1)	0 (0)

Fonte: dados da pesquisadora.

O tempo médio que os enfermeiros utilizaram para avaliar o desenho 1 foi de 10 a 20 minutos para 71 (86%) enfermeiros; 21 a 30 minutos para dez (12%) enfermeiros; 31 a 40 minutos para um (1%); 41 a 50 minutos para um (1%), e ninguém ultrapassou a margem de 51 minutos de avaliação.

Na avaliação do desenho 2 com o CD:H VBb na Parte A, conforme a Tabela 8, os itens que obtiveram maior concordância nas respostas dos enfermeiros foram: 1, 2, 6, 8, 9, 11 e 14. Para estes, os itens 2 e 14 apresentaram respostas nos extremos das categorias.

Na Parte B (Tabela 9), somente os itens 21 e 22 apresentaram mais que 80% de concordância entre os enfermeiros. Os itens autoexcluentes 15 e 19 foram ambos assinalados por 23 enfermeiros, e os itens 16, 17 e 18 foram assinalados por 21 enfermeiros.

No CD:H VBb, a Parte C foi a primeira avaliação realizada do desenho e as respostas ficaram mais concentradas na primeira categoria “Realista, agradável, brilhante, boa proporção, confiante, feliz” com 63 (75%) respostas.

Gastaram de 10 a 20 minutos, 74 (88%) enfermeiros para avaliar o desenho 2 com o CD:H VBb; cinco (6%) levaram de 21 a 30 minutos; três (4%) necessitaram de 31 a 40 minutos; um (1% de 41 a 50 minutos e um (1%) levou mais de 60 minutos.

4.2.3 Análise fatorial exploratória e confiabilidade

A Tabela 11 apresenta os resultados da AFE para o desenho 1. A versão CD:H VBa apresenta somente o modelo inicial para as análises da AFE e, para o CD:H VBb, foram analisados o modelo inicial e o modelo ajustado com a retirada dos itens com baixas cargas fatorais.

No modelo ajustado no CD:H VBb, foram retirados itens que apresentavam baixas cargas fatorais ($\leq 0,4$) e mantidos os itens: 3, 7 e 13 da Parte A; 16, 17, 18 e 21 da Parte B e Parte C.

O teste Bartlett para os três cenários demonstrou valores significantes, existindo algumas correlações entre as variáveis. Já o $KMO \leq 0,7$, nos modelos indicou uma baixa qualidade dos dados para a execução da análise fatorial.

Na matriz de correlações, apesar de os índices apresentarem melhora no modelo ajustado, ainda possuem uma correlação negativa (item 21 x Parte C). As correlações positivas foram entre: item 17 x item 21 (0,408); item 17 x item 18 (0,429); item 16 x item 18 (0,478) e item 16 x item 17 (0,518).

Tabela 11 - Análises de AFE e Confiabilidade do desenho 1 para os instrumentos CD:H VBa e CD:H VBb. São Paulo, 2018.

DESENHO 1			CD:H VBa	CD:H VBb	
	Índice	Técnica	Modelo inicial	Modelo inicial	Modelo ajustado
AFE	Adequação da matriz de correlação	Bartlett	330,543 (df = 253)*	470,753 (df= 253) *	146,204 (df= 28) *
		KMO	0,48	0,55	0,69
	Matriz de correlações		-0,38 a 0,49	-0,28 a 0,81	-0,01 a 0,51
	Dimensões		3	3	1
	Variância Explicada		22,50%	25,90%	27,60%
Confiabilidade	Alpha de Cronbach		0,35	0,65	0,70

* Resultados significantes ($p \leq 0,05$).

df: grau de liberdade.

Fonte: SPSS. Dados da pesquisadora.

É observada uma baixa variância explicada para os três cenários, e, portanto, alta presença de resíduos (variância não explicada); e o alpha de Cronbach, apesar de apresentar melhora no modelo ajustado, foi único índice significativo.

A quantidade de dimensões apresentada no modelo inicial (3 = Parte A + Parte B + Parte C) explica-se com melhora das cargas fatorais no modelo ajustado com somente uma dimensão e com os itens: 18, 17, 16, 3, 13, 7, Parte C e 21, conforme apresentado na Tabela 12. Porém as comunalidades (h^2) ainda estão abaixo do recomendado.

Tabela 12 - Cargas fatorais do desenho 1 para os instrumentos CD:H VBa e CD:H VBb. São Paulo, 2018.

Desenho 1												
CD:H VBa					CD:H VBb							
Itens	Modelo inicial			$h^2 +$	Itens	Modelo inicial			$h^2 +$	Modelo ajustado		
	Fator 1*	Fator 2*	Fator 3*			Fator 1*	Fator 2*	Fator 3*		Itens	Fator 1†	$h^2 +$
4	0,63			0,42	3	0,63			0,40	18	0,64	0,41
20	-0,60			0,43	Parte C	0,61			0,39	17	0,60	0,36
5	0,46			0,30	7	0,54			0,32	16	0,58	0,33
19	0,38			0,15	13	0,51			0,32	3	0,53	0,28
Parte C	0,33			0,14	14	0,42			0,19	13	0,49	0,24
14	0,32			0,14	12				0,13	7	0,47	0,22
21				0,11	1				0,17	Parte C	0,41	0,17
6				0,06	4				0,03	21	0,40	0,16
17				0,37	20		0,61		0,47			
11				0,10	21		0,59		0,36			
7		0,58		0,41	17		0,58		0,46			
13		0,48		0,30	18	0,431	0,49		0,38			
2		0,43		0,23	16		0,45		0,35			
3		0,39		0,18	11				0,21			
12		0,34		0,13	22				0,11			
15				0,11	6				0,17			
22				0,07	2				0,13			
18				0,09	5			0,64	0,44			
16				0,05	8			0,62	0,39			
1				0,03	10				0,15			
8			0,80	0,66	19				0,14			
9			0,54	0,30	15				0,11			
10				0,78	9				0,02			

*Método de extração: quadrados mínimos não ponderados. Método de rotação: Oblimin com normalização de Kaiser.

†Método de extração: quadrados mínimos não ponderados.

Fonte: SPSS. Dados da pesquisadora.

a) Desenho 2

A Tabela 13 apresenta os resultados da AFE para o desenho 2. No modelo ajustado do CD:H VBb, os itens que apresentaram cargas fatorais $\geq 0,4$ foram: 15, 16, 17, 18, 19 da Parte B e a Parte C, compondo somente uma dimensão, como demonstrado na Tabela 14.

Assim como no Desenho 1 o teste de Bartlett demonstrou valores significantes, e o KMO revelou a inadequação da amostra com valores inferiores a 0,7.

Para o desenho 2 no modelo ajustado, as correlações na matriz de correlação permaneceram positivas. Porém apenas três correlações conquistaram valores $\geq 0,4$: item 15 x item 19 (0,81); item 16 x item 18 (0,61) e item 17 x item 18 (0,40).

Para ambos os instrumentos, CD:H VBa e o modelo inicial do CD:H VBb, a variância explicada do fenômeno foi a mesma, com um aumento para 30% no modelo ajustado. Os valores de alpha de Cronbach permaneceram $\leq 0,8$ em todos os cenários.

Tabela 13 - Análises de AFE e Confiabilidade do desenho 2 para os instrumentos CD:H VBa e CD:H VBb. São Paulo, 2018.

DESENHO 2		CD:H VBa		CD:H VBb	
	Índice	Técnica	Modelo inicial	Modelo inicial	Modelo ajustado
AFE	Adequação da matriz de correlação	Esfericidade de Bartlett	400,7 (df= 253) *	539,7 (df= 253) *	159,9 (df= 15) *
		KMO	0,55	0,52	0,63
	Matriz de correlações		-0,26 a 0,54	-0,28 a 0,81	0,11 a 0,81
	Dimensões		3	3	1
	Variância Explicada		26,0%	26,1%	30,10%
Confiabilidade Alpha de Cronbach			0,59	0,67	0,67

*Resultados significantes ($p \leq 0,05$).

Fonte: SPSS. Dados da pesquisadora.

A Tabela 14 demonstra as cargas fatorais dos instrumentos e do modelo ajustado para o desenho 2. Verificaram-se melhores resultados para o desenho 2, porém as comunalidades do CD:H VBb modelo inicial foram menores do que do modelo inicial do CD:H VBa. O modelo final com somente uma dimensão, contendo os itens 18, 19, 15, 16, 17 da Parte B, e a Parte C obtiveram cargas fatorais $\geq 0,4$, porém, baixas comunalidades (h^2).

Tabela 14 - Cargas fatorais do desenho 2 para os instrumentos CD:H VBa e CD:H VBb. São Paulo, 2018.

Desenho 2												
CD:H VBa					CD:H VBb							
Modelo inicial					Modelo inicial					Modelo ajustado		
Itens	Fator 1*	Fator 2*	Fator 3*	h ² †	Itens	Fator 1*	Fator 2*	Fator 3*	h ² †	Itens	Fator 1†	h ² †
19	0,64			0,54	16	0,62			0,4	18	0,60	0,37
17	0,52			0,4	18	0,56			0,34	19	0,60	0,36
16	0,49		0,48	0,71	12	0,50			0,29	15	0,59	0,34
14	0,48			0,99	22	0,49			0,25	16	0,54	0,29
15	0,48			0,68	Parte C	0,48			0,3	17	0,50	0,25
7	0,41			0,54	7	0,46			0,29	Parte C	0,41	0,17
Parte C	0,39			0,24	20				0,17			
22	0,35			0,57	17				0,24			
18	0,30			0,95	8				0,05			
6				0,29	19		-0,79		0,74			
11	0,43	-0,80		0,79	15		-0,71		0,59			
10		-0,46		0,42	1				0,19			
21				0,24	2				0,13			
9				0,82	21				0,12			
5				0,24	11			0,57	0,38			
20				0,17	14			0,45	0,22			
3				0,32	6			0,44	0,21			
1			0,58	0,57	10			0,44	0,31			
2			0,55	0,63	3				0,19			
13			0,43	0,27	5				0,16			
8				0,21	4				0,16			
12				0,19	9				0,12			
4				0,27	13				0,07			

*Método de extração: quadrados mínimos não ponderados. Método de rotação: Oblimin com normalização de Kaiser.

†Método de extração: quadrados mínimos não ponderados.

Fonte: SPSS. Dados da pesquisadora.

5 DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

A criança na idade escolar ao ser hospitalizada, é submetida a procedimentos dolorosos e às rotinas da unidade hospitalar como o uso de comadres, banhos no leito e afastamento da sua família e amigos. Além de apresentar dificuldade em enfrentar estas situações difíceis e verbalizar suas emoções, a criança escolar poderá desenvolver sentimentos negativos, como a ansiedade (SILVA, 2010).

Segundo Koppitz (1984) a ansiedade ocorre quando a criança teme os eventos futuros que poderão ocorrer durante a hospitalização. O escolar, por já possuir capacidade de entender causa e efeito poderá ser informado de seu tratamento e consequências, a fim de minimizar a ansiedade (SANTOS et al., 2016).

Nesse sentido, a utilização de instrumentos e estratégias para minimizar o sofrimento da criança torna-se imprescindível no cuidado prestado pelo enfermeiro pediatra. O CD:H, que além de ser lúdico para a criança, parecia também ser uma importante ferramenta de avaliação dos sintomas de ansiedade em crianças hospitalizadas.

O CD:H tem sido utilizado por diversos profissionais da saúde em diferentes países, porém somente um estudo realizado na Suécia efetuou sua tradução, adaptação transcultural e validação (Wennström et al, 2011). Nos demais estudos, a validação das propriedades psicométricas é pouco citada.

Assim, com a finalidade em utilizar o CD:H com crianças brasileiras, Campos (2018) realizou sua a tradução e adaptação transcultural, disponibilizando o CD:H VB para as fases de validação, efetuadas nesta pesquisa.

Segundo De Vellis (2017) o teste de várias evidências de validade para o processo de validação total de um instrumento é necessário. Desse modo, o presente estudo analisou as evidências de validade de conteúdo, construto e confiabilidade, porém, devido as fracas evidências, não foi possível obter a validade de critério.

Destaca-se nesta pesquisa, que além do processo de validação do CD:H VBa e CD:H VBb terem sido realizados com enfermeiros, houve também a modificação do instrumento original (CD:H VBa), na tentativa de deixá-lo mais de acordo com as diretrizes da Psicometria.

Considerando que o CD:H VB apresenta categorias sem rótulos, ausência de ponto médio, e por ser um instrumento com textos instrucionais extensos, foi proposto

um modelo, que atendesse melhor as diretrizes da psicometria, com um número ímpar de categorias, todas com rótulos, e a condensação dos textos instrucionais, sendo mantida a estrutura original do mesmo, denominado CD:H VB - modificado (DE VELLIS, 2017; HAIR et al., 2014; WEIJTERS; CABOOTER; SCHILLEWAERT, 2010). O empenho realizado justifica-se por julgar que o instrumento possuía potencial para ser utilizado tanto na prática clínica quanto em pesquisas.

Em relação ao comitê de juízes especialistas em psicometria, apenas foi solicitado que eles avaliassem se as modificações realizadas, no CD:H VB – modificado, eram congruentes com as diretrizes da elaboração de instrumentos. Nesse sentido, eles aprovaram a grande maioria das mudanças e sugeriram também modificações, obtendo-se um CVR de 0,73; sendo considerado aceitável.

A escolha da população do estudo para a validação de construto dos dois instrumentos gerou grande discussão e reflexão. Na literatura disponível, os dois estudos de validação de construto do CD:H descritos pelos criadores do instrumento CD:H (Clatworthy, Simon e Tiedeman, 1999b) e Wennström et al. (2011) foram realizados somente com a população de crianças escolares, divididas em dois grupos: grupo intervenção - crianças escolares hospitalizadas e grupo controle – crianças escolares não hospitalizadas. Justifica-se a escolha das crianças escolares como população no estudo de Clatworthy, Simon e Tiedeman (1999b), pois era necessário validar se o instrumento realmente media a ansiedade das crianças ou não. Vale ressaltar que os profissionais que analisaram os desenhos das crianças foram os mesmos para toda a série de desenhos. Eram profissionais mestrandos, doutorandos com conhecimentos em técnicas projetivas e uma enfermeira com experiência em uso de desenhos e sua interpretação. Assim, a avaliação dos desenhos por cada profissional deve ter seguido uma tendência, uma maneira pessoal de olhar para os desenhos.

Já na validação realizada por Wennström et al. (2011) os desenhos foram avaliados pelos próprios autores que já possuíam conhecimento do instrumento. Diante desta problemática, que pode ter gerado algum viés na avaliação, a validação do CD:H VBa e CD:H VBb se deu com os enfermeiros pediatras brasileiros, a fim de validar o entendimento e aplicação correta do instrumento com a população alvo que fará uso do instrumento.

Ao iniciar a pesquisa acreditava-se que os enfermeiros participantes do estudo teriam a mesma compreensão do instrumento e, por conseguinte, a avaliação dos

desenhos também seria semelhante. A avaliação do desenho pelo CD:H VBa ou CD:H VBb pressupõe que o participante analise e responda de forma adequada, sem interpretar o desenho. Entretanto, ao realizar a validação do CD:H VBa e CD:H VBb verificou-se que as respostas dos participantes em alguns itens ficaram bastante dispersas; em alguns casos, as respostas eram completamente inapropriadas, até mesmo sem nexo (vide tabelas 6, 7, 9 e 10).

Para o desenho 1 pôde-se observar que os itens da parte A que apresentaram maiores concordâncias entre os enfermeiros foram os mesmos tanto para o CD:H VBa quanto para o CD:H VBb (tabelas 6 e 7). Porém, os itens que apresentaram pouca concordância, no CD:H VBb foram respondidos de maneira mais agrupada ao redor de uma categoria, como observado no item 3 (tabela 7). Este item avalia o “comprimento da pessoa”, no qual no CD:H VBa as respostas ficaram distribuídas predominantemente em 4 categorias, enquanto que para o CD:H VBb, ficaram entre 2 categorias.

Dos 23 itens que compõe o CD:H VB, 14 itens (2-4, 7, 13-22) necessitam de leitura com atenção das instruções antes que a resposta seja assinalada. Somente a verificação do gabarito não é suficiente para avaliar o desenho. Nos itens 3, 4, 7 e 13 em suas instruções é solicitado que o desenho da figura humana seja comparado ao papel ou a objetos, o que adiciona uma característica de subjetividade, uma vez que cada profissional poderá avaliar de uma maneira distinta. Diante disso foi possível observar que esses 14 itens apresentaram baixa concordância entre os enfermeiros, tanto para o CD:H VBa quanto para o CD:H VBb.

Os parágrafos das instruções, os quais precisam ser lidos antes da resposta ser dada, são bastante longos no CD:H VBa e foram reduzidos no CD:H VBb, porém, ainda demonstraram falhas nas respostas. De acordo com De Vellis (2017) os itens longos aumentam a complexidade e diminuem a clareza, e quanto mais longo os trechos, maior a necessidade da pessoa possuir um nível de compreensão da leitura mais elevado. Mesmo reduzindo o conteúdo, o CD:H VBb ainda é um instrumento com longas instruções.

Para o item 1 “posição da pessoa” no desenho 1 e 2 possivelmente houve interpretação do que foi representado. No desenho a criança é representada tomando soro, atividade que é comumente realizada sentada ou deitada nos hospitais. Portanto, observou-se que apesar da criança ser representada “em pé, sem chão” para ambos os instrumentos houve respostas como: “sentado na cama”, “deitado na

cama” e até mesmo “flutuando na cama ou sem pessoa” (vide tabelas 6 e 7). Diante disto, propõe-se que seja acrescentado ao instrumento a observação de que o desenho não deverá ser interpretado, mas sim, avaliado objetivamente.

Os resultados obtidos permitem inferir que os participantes do estudo aparentemente não estavam atentos ao instrumento durante seu preenchimento, pois muitas respostas pareceram aleatórias e desconectadas do desenho que estava sendo avaliado. Variados foram os itens onde tal fato ocorreu. Como exemplo, pode-se citar o item 21 “perfil misto da pessoa” foi assinalado por 55 enfermeiros como uma característica presente nos desenhos, porém em nenhum deles a criança foi desenhada em perfil. O texto foi melhorado pra o CD:H VBb, porém ainda apresentou pouca diferença nas respostas, sendo, portanto, necessário melhorar a clareza do item.

Além disso, parece que os enfermeiros tiveram dificuldades com o cálculo de frações, pois as respostas em ambos os desenhos foram bastante variadas para o item 10, que avalia o espaço que a criança utilizou do papel. Já para o item 11 que avalia o posicionamento do papel com ilustração de desenhos, apresentou respostas mais concordantes, ao que tudo indica deixando os participantes mais seguros para avaliarem os desenhos.

As respostas dos itens 5 (“expressão facial”), 6 (“olhos/pupilas”) e 11 (“posicionamento no papel”) corroboram a análise do parágrafo anterior, pois foram os itens que menos apresentaram problemas, visto que a avaliação ocorre de forma mais objetiva, com análise dos desenhos ilustrados nas categorias, além de não ser necessária a leitura das instruções para responder ao item e, conseqüentemente, serem mais rápidos de responder.

Disponibilizar os instrumentos CD:H VBa e CD:H VBb via formulário online facilitou a coleta de dados pelo pesquisador, bem como o participante que pode escolher onde e quando responder ao questionário além de ser imediato o retorno do material ao pesquisador. Entretanto, pode ter havido algum viés na avaliação dos itens: 8 (“cor predominante”), 9 (“número de cores utilizadas”) e 12 (“qualidade do traço”), pois diferentes configurações de telas dos computadores podem ter alterado as cores dos desenhos, obtendo respostas variadas. Outro ponto é que para os itens 8 e 9 observou-se que algumas respostas foram assinaladas confundindo o número da resposta com o número do item (Figura 2). Por exemplo, para o desenho 1 em que

a criança só fez uso da cor “preta” 6 respondentes responderam 8 cores no CD:H VBa e 13 responderam 7 cores no CD:H VBb.

Figura 2 - Avaliação do item 9 do formulário online do CD:H VBa. São Paulo, 2018.

PARTE A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Número de cores utilizado	8	7	6		5	4	3		2	1

Número de cores utilizado - Desenho 1 *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Número de cores utilizado

Fonte: dados da pesquisadora.

Apesar das problemáticas nos itens 8 e 9, ainda adquiriram boa concordância para os dois desenhos, em ambos os instrumentos.

As categorias do CD:H VBa sem rótulos que foram assinaladas representou a minoria dos casos, sendo que foram mais frequentes nos itens que apresentam subjetividade: 2, 7, 10, 12 a 14. A pequena quantidade de enfermeiros que fizeram uso das categorias sem rótulos reforça positivamente a retirada dos mesmos no instrumento CD:H VBb.

No CD:H VBb ao reposicionar a Parte C para a primeira avaliação, conforme percorrido por Koppitz (1984) observou-se que as respostas foram mais distribuídas, uma vez que não sofreu interferências ao ler as instruções das Partes A e B. Ao verificar as Tabelas 13 e 15, para ambos os desenhos a Parte C apresentou cargas fatoriais maiores nos modelos iniciais do CD:H VBb, o que sustenta a modificação da ordem de preenchimento do item. Além disso, a Parte C foi mantida nos dois modelos ajustados com cargas fatoriais $\geq 0,4$.

Ao modificar o instrumento no CD:H VBb foi realizado a diminuição dos textos dos itens 14 a 22 da parte B, a fim de deixá-los mais claros e mais breves. Porém, ainda apresentaram divergências nas respostas, corroborando com De Vellis (2017) que diz que quanto mais longos os textos, maior dificuldade de compreensão. Nesse

sentido, os instrumentos podem ter-se tornados bastante cansativos, fazendo com que o participante ficasse desconcentrado e não compreendesse a essência do item, havendo variadas respostas para o item, como por exemplo o item 14 “nível de desenvolvimento” do desenho 1.

Ainda sobre as instruções de cada item, no caso de itens mutuamente excludentes, como por exemplo: ao assinalar o item 15, o item 19 não deveria ser assinalado; assim como ao assinalar os itens 16 e 17, o item 18 não deveria ser assinalado, vários participantes assinalaram os itens excludentes. Não ficou claro se isto ocorreu por cansaço mental, pela longa extensão dos instrumentos, ou se as instruções não estavam claras, porém em ambas as situações houve aumento da subjetividade do instrumento.

A dificuldade em interpretação dos itens 14 ao 19 é definido por De Vellis (2017) como a quantidade de força que o enfermeiro deve possuir para passar o item; que adicionado aos longos trechos favoreceram a baixa concordância entre eles.

Vale ressaltar que ao verificar as matrizes de correlação, observou-se fortes correlações entre os itens 15 e 19 no modelo ajustado do desenho 2. E para os itens 16, 17 e 18 ocorreu o mesmo padrão, de altas correlações, nos modelos ajustados dos desenhos 1 e 2.

Na AFE as cargas fatorais para o item 1, no desenho 1, ficaram ausentes nos três cenários e no desenho 2 obteve 0,58 somente no modelo inicial CD:H VBa, demonstrando fraca correlação com a variável latente - ansiedade. Reforçado, também, pelo fato de ser um item que foi excluído no modelo ajustado. Outros itens dos instrumentos também não tiveram suas cargas fatorais calculadas, o que indica que não é uma questão pontual, mas uma situação que interferiu de modo crucial na validação dos instrumentos (tabelas 13 e 15).

Os valores de KMO para os seis cenários (Tabelas 12 e 14) demonstram os problemas expostos anteriormente: a presença da subjetividade de alguns itens, o uso da interpretação do desenho, a não leitura do manual, a possível dificuldade matemática, os vieses do uso de formulário online e a extensão do instrumento favoreceram nos baixos valores de KMO para os seis cenários (Tabelas 12 e 14).

Os modelos ajustados ficaram diferentes para cada desenho, o que reforça as inconsistências ao avaliar os desenhos, os problemas na escala e na teoria.

A baixa variância explicada sustenta a hipótese de que a teoria o instrumento é fraca. Ao verificar as cargas fatorais nas Tabelas 13 e 15 é possível observar a

ausência das cargas para muitos itens. O modelo ajustado do desenho 1 representa somente 34% dos itens, e no desenho 2, 26%.

Destaca-se, que a maioria dos itens que compõe os modelos ajustados são da Parte B, o que reforça o apresentado por Koppitz (1984). As características de omissão de partes do corpo e sombreamento são as citadas pela autora como indicadores emocionais de ansiedade em desenhos de crianças de 11 a 14 anos e estão presentes nos itens 15 a 20 e 22 do CD:H VB.

O tempo de avaliação dos instrumentos mostrou que para o desenho 1 foi necessário maior tempo (10 a 30 minutos), visto que o profissional não conhecia o instrumento e para o desenho 2, o tempo diminuiu (10 a 20 minutos). Porém, no desenho 2 a quantidade de concordância entre os itens diminuiu para os dois instrumentos. Pode-se indagar, que por ter lido o instrumento para avaliar o desenho 1 a leitura para o desenho 2 tenha sido mais rápida, além de um maior desgaste mental, visto que já estavam há mais de 20 minutos respondendo ao formulário.

6 CONCLUSÃO

6 CONCLUSÃO

O presente estudo confirmou as hipóteses testadas de que o CD:H VBa possui fracas evidências de validade de construto e que para o CD:H VBb as evidências são melhores. Porém, para o CD:H VBb os resultados dos testes não foram satisfatórios para validar o instrumento, apresentando baixa variância explicada, comunalidades e confiabilidade e correlações negativas.

A partir da AFE foram sugeridos dois modelos ajustados com itens que possuíam cargas fatorais $\geq 0,4$. Notou-se que a maioria dos itens que compunha os modelos ajustados eram da Parte B do instrumento. Além disso, os modelos ajustados possuíram somente uma dimensão para explicar o fenômeno, diferentemente das três dimensões propostas pelas autoras Clatworthy, Simon e Tiedeman (1999a, 1999b). Apesar de apresentarem cargas fatorais $\geq 0,4$, as comunalidades eram baixas ($\leq 0,4$).

Diante do apresentado pode-se concluir que os instrumentos reuniram fracas evidências de validade de construto na identificação dos sintomas de ansiedade das crianças hospitalizadas. Recomenda-se a não utilização dos instrumentos na prática clínica e para fins de pesquisa.

A baixa participação dos enfermeiros assistências para avaliar os desenhos e a extensão dos instrumentos podem ter contribuído para as avaliações incoerentes. A avaliação ser realizada de maneira online também trouxe vieses a partir do momento em que algumas questões aparentam ter sido assinaladas erroneamente devido a formatação do questionário online. Além disso considera-se relevante solicitar que o enfermeiro respondente informe em qual momento do dia os desenhos foram avaliados, pois poderia haver diferenças daqueles em pré plantão, no plantão e pós plantão. Sendo estas as limitações do estudo.

Refletiu-se que possivelmente, devido o enfermeiro pediatra não possuir formação específica em técnicas projetivas, as dificuldades em avaliar os desenhos ficam evidenciadas e, portanto, resultou nas fracas evidências de validade e confiabilidade encontradas.

Sugere-se novas pesquisas com os modelos ajustados, com a finalidade de melhorar as comunalidades e dar sequência à validação de critério. A fim de diminuir a subjetividade dos instrumentos, é proposto a reconstrução dos modelos ajustados

Camila Forni Antunes

em escalas dicotômica, para que o enfermeiro avalie pontualmente a presença ou ausência de cada ponto a ser avaliado.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.

AMINABADI, N. et al. Can drawing be considered a projective measure for children's distress in paediatric dentistry? **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 21, n. 1, p. 1–12, 2011.

AYRE, C.; SCALLY, A. J. Critical Values for Lawshe's Content Validity Ratio: Revisiting the Original Methods of Calculation. **Measurement and Evaluation in Counseling and Development**, v. 47, n. 1, p. 79–86, 2014.

BANDEIRA, D. R. et al. O desenho da figura humana é válido para avaliar ansiedade em crianças? **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 2, n. 2, p. 120–134, 1998.

BEATON, D. E. et al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, v. 25, n. 24, p. 3186–3191, 2000.

BJÖRKMAN, B. **Children in the Radiology Department - a study of anxiety, pain, distress and verbal interaction**. 2014. Dissertation – School of Health Sciences, Jönköping University, Jönköping, Sweden.

BRASIL. Lei Federal nº 8069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto Da Criança e do Adolescente, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 jul. 1990. Seção 1.

BREWER, S. et al. Pediatric anxiety: child life intervention in day surgery. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 21, n. 1, p. 13–22, 2006.

BUCK, J. N. **H-T-P: casa - árvore - pessoa, técnica projetiva do desenho: manual e guia de interpretação**. Tradução de Renato Cury Tardivo; Revisão de Iraí Cristina Boccato Alves. São Paulo: Vetor, 2003.

BURNS-NADER, S. Examining children's healthcare experiences through drawings. **Early Child Development and Care**, v. 187, n. 11, p. 1809–1818, 2017.

BURNS-NADER, S.; HERNANDEZ-REIF, M.; PORTER, M. The relationship between mothers' coping patterns and children's anxiety about their hospitalization as reflected in drawings. **Journal of Child Health Care**, v. 18, n. 1, p. 6–18, 2014.

Camila Forni Antunes

CAMPOS, F. V. **Adaptação cultural do instrumento Child Drawing: Hospital**. 2018. Dissertação (Mestrado em Cuidado em Saúde) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

CLATWORTHY, S.; SIMON, K.; TIEDEMAN, M. Child drawing: hospital manual. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 14, n. 1, p. 10–18, 1999a.

CLATWORTHY, S.; SIMON, K.; TIEDEMAN, M. E. Child Drawing: hospital - an instrument designed to measure the emotional status of hospitalized school-aged children. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 14, n. 1, p. 2–9, 1999b.

COMPAS, B. E. et al. Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. **Psychological Bulletin**, v. 127, n. 1, p. 87–127, 2001.

CORSANO, P. et al. The waiting room as a relational space: Young patients and their families' experience in a day hospital. **Child Care Health and Development**, v. 41, n. 6, p. 1066–1073, 2015.

COSTA, T. S.; MORAIS, A. C. A Hospitalização Infantil: vivência de crianças a partir de representações gráficas. **Revista de Enfermagem- UFPE - On Line**, v. 11, p. 358–367, 2017.

DAMÁSIO, B. F. Uso da análise fatorial exploratória em psicologia **Avaliação Psicológica**. v. 11, n. 2, p. 213–228, 2012.

DE VELLIS, R. F. **Scale Development**: Theory and applications. Sage Publications, 2017.

DI LEO, J. **Interpreting children's drawings**. New York: Brunner/ Mazel Publishers, 1983.

DI LEO, J. **Young children and their drawings**. New York: Brunner/ Mazel Publishers, 1970.

DOLIDZE, K.; SMITH, E. L.; TCHANTURIA, K. A clinical tool for evaluating emotional well-being: self-drawings of hospitalized children. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 28, n. 5, p. 470–8, 2013.

KOLLER, D. Child Life Council Evidence-Based Practice Statement Child Life Assessment: Variables Associated with a Child's Ability to Cope with Hospitalization. **Child life council evidence-based practice statement**, n. August, p. 1–16, 2008.

DRIESSNACK, M. Children's drawings as facilitators of communication: A meta-analysis. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 20, n. 6, p. 415–423, 2005.

Camila Forni Antunes

DUARTE DA NÓBREGA, R. et al. Criança em idade escolar hospitalizada: significado da condição crônica. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 425–33, 2010.

EPSTEIN, J.; SANTO, R. M.; GUILLEMIN, F. A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 68, n. 4, p. 435–441, 2015.

ERIKSON, E. H. Oito idades do Homem. In: _____ **Infância e Sociedade**. Rio de Janeiro. Zahar. 1971;7:238-40.

FARIAS, D. D. et al. A hospitalização na perspectiva da criança: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem- UFPE - On Line**, v. 11, n. 2, p. 703–11, 2017.

FERNANDES, I. A. DE O. **Evidências de validade e fidedignidade da versão brasileira do Child Drawing: Hospital (CD-H)**. 2015. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora.

FOSTER, R. L.; PARK, J. H. An Integrative Review of Literature Examining Psychometric Properties of Instruments Measuring Anxiety or Fear in Hospitalized Children. **Pain Management Nursing**, v. 13, n. 2, p. 94–106, 2012.

FREITAS, P. G. **O desenho da figura humana e o desenho da pessoa doente na avaliação psicológica de crianças hospitalizadas**. 2008. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

GEHLBACH, H. Seven Survey Sins. **The Journal of Early Adolescence**, v. 35, n. 5–6, p. 883–897, 2015.

GOMES, G. L. L.; FERNANDES, M. DAS G. M.; NÓBREGA, M. M. L. DA. Ansiedade da hospitalização em crianças: análise conceitual. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 5, p. 884–889, 2016.

GOMES, G. L. L.; NÓBREGA, M. M. L. DA. Ansiedade da hospitalização em crianças: proposta de um diagnóstico de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 5, p. 963–970, 2015.

GOODENOUGH, F. **Measurement of intelligence by drawings**. New York: World Book Company, 1926.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 46, n. 12, p. 1417–1432, 1993.

HAIR, J. F. et al. **Multivariate data analysis**. 7th ed. London: Pearson; 2014.

Camila Forni Antunes

HUTZ, C.S.; BANDEIRA D. R.; TRENTINI C. M. *Psicometria*. Porto Alegre: Artmed; 2015.

KARIMI, R. et al. Effectiveness of orientation tour on children's anxiety before elective surgeries. **Japan Journal of Nursing Science**, v. 11, n. 1, p. 10–15, 2014.

KOPPITZ, E. M. **Psychological evaluation of children's human figure drawings**. New York: Grune and Stratton, 1968.

KOPPITZ, E. M. **Psychological evaluation of human figure drawings by middle school pupils**. New York: Grune and Stratton, 1984.

LAWSHE, C. H. A quantitative approach to content validity. **Personnel psychology**, 28, 563–575, 1975.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal, and coping**. New York: Springer, 1984.

LIMA, L.; LEMOS, M. Adequação do Child Drawing Hospital na Avaliação do Bem-estar de Crianças Hospitalizadas Portuguesas. In: CONGRESSO EM SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA, 5., 2011. Porto. **Livro de Atas**. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2011, p. 69–75.

MACHOVER, K. **Personality projection in the drawing of the human figure: A method of personality investigation**. Springfield: Charles C. Thomas, 1949.

MARCORELA, L.; SARTES, A.; OLIVEIRA DE SOUZA-FORMIGONI, M. L. Avanços na Psicometria: Da Teoria Clássica dos Testes à Teoria de Resposta ao Item. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 26, n. 2, p. 241–250, 2013.

MAY, R. **O significado de ansiedade**: As causas da integração e desintegração da personalidade. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.

MCCONVILLE, S. R. **Social and emotional support at school**: a qualitative exploration of the perspectives of children living with asthma. 2016. Dissertation – University of North Carolina at Chapel Hill, Chapel Hill.

MENEZES, M.; MORÉ, C. L. O. O.; CRUZ, R. M. O Desenho como instrumento de medida de processos psicológicos em crianças hospitalizadas. **Avaliação Psicológica**, v. 7, n. 2, p. 189–198, 2008.

MOTA, D. D. C. DE F.; PIMENTA, C. A. DE M. Avaliação e mensuração de variáveis psicossociais: desafio para pesquisa e clínica de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 28, n. 3, p. 309–14., 2007.

Camila Forni Antunes

MOTTA, A. B. et al. Comportamentos de coping no contexto da hospitalização infantil. **Estudos de Psicologia** (Campinas), v. 32, n. 2, p. 331–342, 2015.

OLIVEIRA, G. F. DE; DANTAS, F. D. C.; FONSECA, P. N. DA. O impacto da hospitalização em crianças de 1 a 5 anos de idade. **Revista da SBPH**, v. 7, n. 2, p. 37-54, 2004.

OSBORNE, J. W.; COSTELLO, A. B. Best practices in exploratory factor analysis: four recommendations for getting the most from your analysis. **Practical Assessment Research and Evaluation**, v. 10, n. 7, p. 1–9, 2005.

PALA, S. P.; NUVVULA, S.; KAMATHAM, R. Expression of pain and distress in children during dental extractions through drawings as a projective measure: A clinical study. **World Journal of Clinical Pediatrics**, v. 5, n. 1, p. 102–111, 2016.

PAPALIA, D. E.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento Humano**. 12ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

PASQUALI, L. Psicometria. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, p. 992–999, 2009.

PÉREZ-EDGAR, K.; FOX, N. A. Temperament and Anxiety Disorders. **Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America**, v. 14, n. 4, p. 681– 706, 2005.

PIAGET, J. **Seis estudos de psicologia**. 24ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem**: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

QUINTANA, A. M. et al. A vivência hospitalar no olhar da criança internada. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 6, n. 4, p. 414–423, 2008.

SANTOS, P. M. DOS et al. Os cuidados de enfermagem na percepção da criança hospitalizada. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 4, p. 646–653, 2016.

SILVA, J. M. M. O desenho na expressão de sentimentos em crianças hospitalizadas. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 22, n. 2, p. 447–456, 2010.

SILVA, S. G. T. et al. Influência do brinquedo terapêutico na ansiedade de crianças escolares hospitalizadas: ensaio clínico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 6, p. 1314–1314, 2017.

SILVA, W. V. DA; FIGUEIREDO, V. L. C. Ansiedade infantil e instrumentos de avaliação: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira Psiquiatria**, v. 27, n. 4, p. 329–335, 2005.

Camila Forni Antunes

SISTO, F. F.; SANTOS, A. A. A. DOS; NORONHA, A. P. P. Estudo sobre a dimensionalidade do teste R1-forma B. *Psicologia em Estudo*, v. 12, n. 1, p. 185–193, 2007.

SKYBO, T.; RYAN-WENGER, N.; SU, Y. Human figure drawings as a measure of children's emotional status : critical review for practice. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 22, n. 1, p. 15–28, 2007.

SOUSA, V. D.; ROJJANASRIRAT, W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 17, n. 2, p. 268–274, 2011.

SOUZA, A. C.; ALEXANDRE, N. M. C.; GUIRARDELLO, E. DE B. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 3, p. 649–659, 2017.

TIEDEMAN, M; CLATWORTHY, S. Anxiety responses of 5-to 11-year-old-children during and after hospitalization. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 5, n. 5, p. 334-343, 1990.

TRIZANO-HERMOSILLA, I.; ALVARADO, J. M. Best alternatives to Cronbach's alpha reliability in realistic conditions: Congeneric and asymmetrical measurements. *Frontiers in Psychology*, v. 7, n. MAY, p. 1–8, 2016.

TUNNEY, A. M.; BOORE, J. The effectiveness of a storybook in lessening anxiety in children undergoing tonsillectomy and adenoidectomy in Northern Ireland. **Issues in Comprehensive Pediatric Nursing**, v. 36, n. 4, p. 319–335, 2013.

WEIJTERS, B.; CABOOTER, E.; SCHILLEWAERT, N. The effect of rating scale format on response styles: The number of response categories and response category labels. **International Journal of Research in Marketing**, v. 27, n. 3, p. 236–247, 2010.

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

WENNSTRÖM, B. et al. Evaluation of the Swedish version of the Child Drawing: Hospital Manual. **Journal of Advanced Nursing**, v. 67, n. 5, p. 1118–1128, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE A - CARTA CONVITE - CARTA AOS PSICOMETRISTAS

Gostaria de convidá-lo(a) a participar do Comitê de Psicometristas da pesquisa intitulada: “Ansiedade da hospitalização em crianças: validação do instrumento Child Drawing: Hospital - Versão Brasileira”. Sua atuação dar-se-á por meio da avaliação psicométrica do instrumento Child Drawing: Hospital (CD:H), com o auxílio do manual do instrumento CD:H traduzido e adaptado para a língua portuguesa falada no Brasil. Trata-se de um estudo realizado para obtenção do título de mestre, desenvolvido na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob orientação da Prof. Dra. Elaine Buchhorn Cintra Damião.

O CD:H foi desenvolvido por Clatworthy et al (1999), para avaliação de ansiedade em crianças escolares hospitalizadas, por enfermeiros, por meio de um desenho, tendo sido traduzido e adaptado culturalmente em estudo anterior. O presente estudo tem como objetivo validar o instrumento CD:H traduzido e adaptado à língua portuguesa falada no Brasil (CD:H - VB), para que seja utilizado por enfermeiros pediatras na identificação da ansiedade de crianças escolares hospitalizadas.

O instrumento CD:H - VB, entretanto, possuía várias “casas vazias”, sem rótulo, o que poderia comprometer a validação do estudo. Nesse sentido, fizemos adaptações no instrumento para que não houvesse itens sem rótulo e denominamos de CD:H - VB modificado.

O comitê de juízes, ao qual lhe convido a participar, será composto por profissionais experientes em psicometria. Caso aceite participar do estudo, estão disponibilizados: a) o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; b) um questionário de caracterização, para obtenção dos dados demográficos do participante; c) o instrumento CD:H - Versão Brasileira; d) o CD:H - Versão Brasileira modificado e o questionário para a avaliação estrutural do instrumento; e) os artigos originais da elaboração do CD:H; e f) um artigo que validou o instrumento para a língua sueca.

A finalidade de sua participação consiste em realizar a avaliação estrutural do instrumento CD:H - VB modificado, o que garantirá a confiabilidade ao instrumento.

Certa de sua expertise no tema, agradeço desde já a sua participação e coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos que sejam necessários.

Para iniciar, acesse o link:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdOMrnUZgxCLIZqNyPtc6Z1Z7Z0T6VFI8iHSm9ecki3mT0vNA/viewform?usp=sf_link

O prazo para o retorno do documento ficou estipulado em 10 dias. Caso necessite de prorrogação, me comunique.

Atenciosamente,

Enfª Camila Forni Antunes

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PSICOMETRISTA

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP PSICOMETRISTA

Meu nome é Camila Forni Antunes, sou mestrande e estou realizando um estudo intitulado “**Ansiedade da hospitalização em crianças: validação do *Child Drawing: Hospital Versão Brasileira***”. Eu e minha orientadora gostaríamos de lhe convidar a participar da pesquisa de livre e espontânea vontade. O objetivo do estudo é realizar a validação da tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa falada no Brasil do instrumento *Child Drawing: Hospital – Versão Brasileira* (CD:H VB).

Caso aceite participar da pesquisa, serão disponibilizados um questionário estruturado de caracterização do participante alocado no *Google Forms* e o instrumento CD:H VB com questões estruturais para sua avaliação por meio de um documento *Word*. Devido ao fato de o formulário ser online, este poderá ser respondido no momento e local de sua preferência. A avaliação do instrumento está estimada em torno de uma hora.

Este estudo pode não lhe trazer benefícios imediatos, mas ajudará a área da enfermagem pediátrica a possuir um instrumento de avaliação de ansiedade da criança hospitalizada. Acreditamos que o risco decorrente da participação na pesquisa seja mínimo. Entretanto, se em algum momento de sua colaboração na análise do CD:H VB houver algum desconforto, devido ao longo tempo de preenchimento do instrumento, o(a) senhor(a) poderá interromper imediatamente a sua participação sem qualquer ônus. E se for necessário, procuraremos ajuda especializada. Embora nenhum dano físico seja esperado durante ou após sua participação no estudo, caso ocorra, o(a) senhor(a) terá direito à indenização.

O resultado do estudo será somente do meu conhecimento e de minha orientadora, sendo mantido sigilo e respeito a sua privacidade. O relatório final será publicado, sem que seu nome seja mencionado, e o(a) senhor(a) poderá desistir de colaborar com a pesquisa em qualquer momento, sem que você tenha qualquer gasto ou prejuízo de qualquer ordem. O(a) senhor(a) também não será pago ou receberá qualquer benefício, no entanto, se houver despesas extras decorrentes da pesquisa, o(a) senhor(a) será ressarcido(a). Em caso de dúvidas o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com a Profa. Elaine Buchhorn Cintra Damião, no endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, CEP 05403-000, São Paulo, SP e pelo telefone (11) 3061-7602 em horário comercial e durante 24h comigo pelo e-mail: childdrawinghospital@gmail.com e/ou com o Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da USP: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, CEP 05403-000, São Paulo, SP; e-mail: cepee@usp.br e/ou Fone: 3061-8858.

Camila Forni Antunes

Ao optar por participar deste estudo, o(a) senhor(a) deverá eletronicamente aceitar participar da pesquisa clicando em “Li e aceito participar da pesquisa”, que corresponderá à assinatura do TCLE. Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Assinatura do Pesquisador

Após leitura do TCLE: *

- ☐ Li e aceito participar da pesquisa
- ☐ Não aceito participar da pesquisa

APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DO COMITÊ DE JUÍZES PSICOMETRISTAS – Google Forms

<p>Nome *</p> <p>Your answer</p> <hr/>
<p>E-mail *</p> <p>Your answer</p> <hr/>
<p>Formação *</p> <p>☐ Enfermeiro</p> <p>☐ Psicólogo</p> <p>☐ Médico</p> <p>☐ Other: <hr/></p>
<p>Maior titulação *</p> <p>☐ Graduação</p> <p>☐ Especialização</p> <p>☐ Mestrado</p> <p>☐ Doutorado</p> <p>☐ Livre docência</p> <p>☐ Titular</p> <p>☐ Other: <hr/></p>
<p>Área de atuação *</p> <p>☐ Docência</p> <p>☐ Pesquisa</p> <p>☐ Assistencial</p> <p>☐ Other: <hr/></p>

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ENFERMEIRO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP ENFERMEIRO

Meu nome é Camila Forni Antunes, sou mestrande e estou realizando um estudo intitulado **“Ansiedade da hospitalização em crianças: validação do *Child Drawing: Hospital Versão Brasileira*”**. Eu e minha orientadora gostaríamos de lhe convidar a participar da pesquisa de livre e espontânea vontade. O objetivo do estudo é realizar a validação da adaptação transcultural do instrumento *Child Drawing: Hospital Versão Brasileira* (CD:H VB) para a língua portuguesa falada no Brasil.

O processo de validação do instrumento CD:H VB consiste em três fases: tradução, adaptação transcultural e validade psicométrica. A primeira e a segunda fase foram realizadas em um estudo anterior e a fase de validação psicométrica do construto, a qual objetiva esse projeto, consiste em testar se o instrumento adaptado será compreendido pelo enfermeiro que fará uso do material.

O estudo possui dois instrumentos, o CD:H VBa e CD:H VBb, a serem analisados. Teremos um grupo de enfermeiro que fará a análise do CD:H VBa (Grupo A) e outro grupo que irá utilizar o CD:H VBb (Grupo B). A escolha do instrumento a ser analisado pelo enfermeiro dar-se-á de forma aleatória por sorteio, realizado no site www.randomization.com.

Caso aceite participar da pesquisa, serão disponibilizados por meio de um formulário eletrônico alocado no Google Forms: o instrumento CD:H VBa ou CD:H VBb, conforme determinado pelo sorteio; dois desenhos realizados por crianças escolares hospitalizadas; e um questionário para ser preenchido com seus dados pessoais. Devido ao fato do formulário ser online, este poderá ser respondido no momento e local de sua preferência. A avaliação dos desenhos com o CD:H VBa ou CD:H VBb e o preenchimento do instrumento estão estimados em torno de 45 minutos.

Este estudo pode não lhe trazer benefícios imediatos, mas ajudará a área da enfermagem pediátrica a possuir um instrumento de avaliação de ansiedade da criança hospitalizada. Acreditamos que o risco decorrente da participação na pesquisa seja mínimo. Entretanto, se em algum momento de sua colaboração na análise do CD:H VBa ou CD:H VBb houver algum desconforto, devido ao longo tempo de preenchimento do instrumento, o(a) senhor(a) poderá interromper imediatamente a sua participação sem qualquer ônus. E se for necessário, procuraremos ajuda especializada. Embora nenhum dano físico seja esperado durante ou após sua participação no estudo, caso ocorra, o(a) senhor(a) terá direito à indenização.

O resultado do estudo será somente do meu conhecimento e de minha orientadora, sendo mantido sigilo e respeito a sua privacidade. O relatório final será publicado, sem que seu nome seja mencionado, e o(a) senhor(a) poderá desistir de colaborar com a pesquisa em qualquer momento, sem que você tenha qualquer gasto ou prejuízo de qualquer ordem. O(a) senhor(a) também não será pago ou receberá qualquer benefício, no entanto, se houver despesas extras decorrentes da pesquisa, o(a) senhor(a) será ressarcido(a). Em caso de dúvidas o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com a Profa. Elaine Buchhorn Cintra Damião, no endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, CEP 05403-000, São Paulo, SP e pelo telefone (11) 3061-7602 em horário comercial e durante 24h comigo pelo e-mail:

Camila Forni Antunes

camila.antunes@usp.br e/ou com o Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da USP: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, CEP 05403-000, São Paulo, SP; e-mail: cepee@usp.br e/ou Fone: 3061-8858.

Ao optar por participar deste estudo, o(a) senhor(a) deverá eletronicamente aceitar participar da pesquisa clicando em “Li e aceito participar da pesquisa”, que corresponderá à assinatura do TCLE. Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Assinatura do Pesquisador

Após leitura do TCLE: *

- ☐ Li e aceito participar da pesquisa
- ☐ Não aceito participar da pesquisa

APÊNDICE E - QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS PEDIATRAS – Google Forms

<p>Nome completo *</p> <p>Your answer</p>	<p>Titulações (pode ser assinalado mais de uma) *</p> <p>☐ Graduação</p> <p>☐ Especialização</p> <p>☐ Residência</p> <p>☐ Mestrado</p> <p>☐ Doutorado</p> <p>☐ Livre docência</p> <p>☐ Titular</p> <p>☐ Somente graduação</p>
<p>Idade *</p> <p>☐ 18 a 25 anos</p> <p>☐ 26 a 35 anos</p> <p>☐ 36 a 45 anos</p> <p>☐ 46 a 55 anos</p> <p>☐ 56 a 65 anos</p> <p>☐ maior que 65 anos</p>	<p>Tempo de experiência em Pediatria *</p> <p>☐ 2 a 5 anos</p> <p>☐ 6 a 10 anos</p> <p>☐ 11 a 15 anos</p> <p>☐ Acima de 15 anos</p>
<p>Sexo *</p> <p>☐ Feminino</p> <p>☐ Masculino</p>	<p>Trabalho atual</p> <p>☐ Instituição de ensino pública</p> <p>☐ Instituição de ensino privada</p> <p>☐ Coordenação hospitalar</p> <p>☐ Pronto atendimento</p> <p>☐ Internação</p> <p>☐ Terapia Intensiva</p> <p>☐ Pesquisa</p> <p>☐ Outros</p>
<p>E-mail *</p> <p>Your answer</p>	<p>Estado brasileiro onde trabalha *</p> <p>Choose</p>
<p>Formação *</p> <p>☐ Enfermeiro</p> <p>☐ Other:</p>	
<p>Anos de conclusão da graduação *</p> <p>☐ Acima de 30 anos</p> <p>☐ De 25 a 29 anos</p> <p>☐ De 20 a 24 anos</p> <p>☐ De 15 a 19 anos</p> <p>☐ De 10 a 14 anos</p> <p>☐ De 5 a 9 anos</p> <p>☐ De 0 a 4 anos</p>	

APÊNDICE F - CDH VBa**CD:H VBa**

Observação: devido extensão dos instrumentos, disponibilizado somente o CD:H VBa para o desenho 1.

Manual Child Drawing: Hospital Versão Brasileira

A escala CD:H foi criada por Clatworthy et al (1999) para mensurar a ansiedade de crianças em idade escolar hospitalizadas a partir de seu próprio ponto de vista, por meio de um desenho.

No momento da aplicação o paciente é convidado a realizar um desenho de uma pessoa no hospital e posteriormente esse desenho é avaliado pelo enfermeiro com o auxílio do CD:H, que resultará no nível de ansiedade apresentado pela criança.

A seguir, será apresentado o Manual do CD:HVBa no qual contém as instruções para a avaliação e pontuação do desenho e 2 desenhos de crianças hospitalizadas.

O INSTRUMENTO

O material necessário para a aplicação do instrumento CD:H consiste em uma folha de papel branco A4 e oito lápis de cor básicos (vermelho, roxo, azul, verde, amarelo, laranja, preto e marrom). A criança é orientada a desenhar a figura de uma pessoa no hospital. Isto é tudo o que é pedido à criança. Os desenhos são obtidos individualmente. A abordagem padronizada sugerida abaixo objetiva facilitar a interpretação e a atribuição da pontuação ao desenho.

A criança deve estar sentada à mesa ou ter uma superfície rígida (ex. mesa de refeição auxiliar) em uma altura apropriada. Entregar à criança a folha de papel e os lápis de cor. A folha de papel é colocada diretamente em frente à criança na diagonal, a fim de permitir que ela sozinha determine a orientação do papel. A caixa de lápis de cor deve ser aberta, expondo todos os lápis. Somente estes lápis de cor devem ser usados para desenhar (ex. lápis grafite não deve ser usado). A criança é instruída: "Por favor, desenhe uma figura de uma pessoa no hospital. Eu ficarei com seu desenho quando você terminar".

A pessoa que aplicar a CD:H deve observar a criança para ter certeza de que ela é capaz de executar a tarefa. No caso de a criança ser muito distraída, a orientação pode ser repetida e/ou encorajada a realizar a tarefa. Algumas crianças poderão fazer perguntas quando elas estiverem se sentindo inseguras, coagidas, desconfiadas da situação ou quando o capricho ou o desejo em tornar o desenho muito real interferirem na execução da tarefa. Estas questões devem ser respondidas com a orientação original ou com esclarecimentos que mantenham a essência da instrução e não influenciem a criança a responder de uma ou outra maneira. A criança não deve ser estimulada a adicionar partes ou cores ao desenho.

Após a finalização do desenho, quando a criança indicar verbalmente ou por gestos que ela terminou, o desenho e os lápis serão recolhidos. Não é dado limite de tempo. O desenho deve ser identificado no verso com a idade e data de nascimento da criança, sexo, todos os diagnósticos clínico-cirúrgicos (ex. diagnósticos de admissão e/ou procedimentos, bem como outros diagnósticos), data de admissão no hospital, data da finalização do desenho, número do registro hospitalar.

ATRIBUIÇÃO DE PONTUAÇÃO DO CD:H

A pontuação para cada desenho envolve a utilização do Guia de pontuação do CD:H, a Escala de Classificação e a folha de pontuação do CD:H. A pontuação total é baseada no fundamento teórico dos desenhos como medida projetiva dos estados de ansiedade das crianças.

A pontuação do desenho é dividida em três partes. A Parte A contém 14 itens: posição, ação, comprimento, largura e tamanho da pessoa, olhos e expressão facial, cor predominante, número de cores utilizadas, uso do papel, posicionamento no papel, qualidade do traço, inclusão e tamanho do equipamento hospitalar e o nível do desenvolvimento. Cada item é pontuado em uma escala de 1 a 10, sendo 1 o mais baixo nível de ansiedade e 10 o mais alto. Identificadores específicos são fornecidos no Guia de avaliação do CD:H e da Escala de Classificação. A pontuação de cada item é anotada no espaço correspondente na folha de Pontuação do CD:H.

A Parte B consiste em 8 itens que presumivelmente podem indicar patologias. A omissão, o exagero e a atenuação de uma parte do corpo recebem cinco pontos. Distorção, omissão de duas ou mais partes do corpo, transparência, perfil da pessoa misto e sombreamento recebem 10 pontos cada. Se o item não estiver presente, a pontuação "0" é anotada.

A Parte C é a classificação da forma (gestalt) ou impressão do desenho como um todo, exigindo uma resposta global do avaliador para a ansiedade expressada na figura, em uma escala de 0 a 10, usando-se os identificadores específicos fornecidos. A pontuação (1) indica enfrentamento ou baixa ansiedade e a pontuação (10) indica distúrbio ou alta ansiedade.

Em cada item, usando-se a escala de um a 10 para a pontuação, o avaliador determina a pontuação dada. Alguns itens não possuem identificadores específicos. Consequentemente, é o julgamento do avaliador que determina a pontuação de cada item. Por exemplo, o item não se encaixa nos identificadores fornecidos (pontuação três e cinco), mas fica entre esses valores. Assim, o avaliador atribui a pontuação mais adequada (por exemplo, quatro). A pontuação total para cada parte é determinada somando-se os itens individuais presentes em cada parte. A pontuação total do CD:H é determinada pela soma dos totais das Partes A, B e C.

É recomendável o conhecimento do crescimento e desenvolvimento da criança, das respostas à hospitalização e do uso da arte (desenho) como uma medida projetiva para facilitar a aplicação deste instrumento. As referências citadas ao final podem ajudar na compreensão do tema. Além disso, a experiência tem mostrado que é importante: (1) ser conservador e consistente ao dar a pontuação (se em dúvida, escolher a pontuação mais alta), (2) Revisar os identificadores frequentemente (após avaliar vários desenhos, o avaliador tende a ignorar os identificadores escritos, achando que já tem uma boa compreensão deles, porém é uma ilusão) e (3) ficar atento para não cometer erros no registro dos pontos (certifique-se de que a pontuação seja registrada no espaço correto da folha de pontuação e de que cada item seja registrado).

Vamos avaliar o desenho?

Leia as instruções de cada item e avalie o desenho pontuando de 0 a 10.

- 1) Separe caneta e relógio.
- 2) Cronometre seu tempo para a avaliação do Desenho 1.
- 3) Os desenhos levam em média 20min para serem avaliados, por isso, separe um tempo para seguir a diante.

1º Desenho para avaliar: Pedro, 9 anos, cetoacidose diabética.

GUIA DE PONTUAÇÃO

A pontuação do CD:H requer algum julgamento do avaliador. Quando possível, a subjetividade foi reduzida com identificadores e exemplos específicos descritos abaixo. O "paciente" no desenho é o foco principal da avaliação. O paciente é a pessoa na cama, na cadeira de rodas ou com muletas. O paciente pode estar sozinho no desenho ou ser nomeado pela criança. Quando o "paciente" não estiver claramente identificado, utilize a maior pessoa para avaliar.

Você está pronto para seguir? Vamos lá!

Parte A - Desenho 1 (Iniciar cronômetro)

Cada item da Parte A é pontuado em uma escala de 1 a 10, sendo que o avaliador determina a pontuação de 1 a 10.

Item 1: Posição

As crianças tendem a mostrar uma percepção de si mesmas, de segurança e de bem-estar ao desenhar uma pessoa em uma posição independente (por ex. pessoa em pé, ereta), ao contrário de uma posição dependente (por ex., uma pessoa deitada na cama). A necessidade da criança de segurança ou apoio, muitas vezes, reflete-se em uma linha ou grama desenhada sob a figura para proporcionar uma base firme ou a sensação de ter os pés no chão (Klepsch & Logie, 1982). Desenhar a pessoa em posições indefesas indica um aumento da ansiedade e uma percepção de insignificância, juntamente com a perda de si mesmo e do controle do ambiente. Figuras flutuantes podem ser indicativas de insegurança (DiLeo, 1970). A ausência de pessoas nos desenhos pode significar dificuldade em se ter uma percepção de si mesmo ou dos outros (DiLeo, 1970). Pontuação:

PARTE A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Posição da Pessoa	Em pé, no chão	Em pé, sem chão	Em pé, com muletas	Em pé, em cima da cama	Sentado na cadeira	Sentado na cama	Sentado na cama, coberto	Deitado na cama	Deitado na cama, coberto	Flutuando ou sem pessoa

Posição da Pessoa - Desenho 1 *

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Posição da Pessoa	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Item 2: Ação

As crianças têm a habilidade de retratar um sentido de "vida" em seus desenhos. Quase todas as figuras desenhadas sugerem algum movimento ou energia, variando da rigidez a extrema movimentação. Movimento é mais frequentemente encontrado nos desenhos infantis (Hammer, 1980). Pessoas em pé e andando ou a inclusão de objetos em movimento demonstram uma criança com senso de controle e manutenção de si mesma. Figuras rígidas são frequentemente desenhadas por crianças que necessitam manter o controle em situações nas quais elas se sentem pequenas.

Conforme a ansiedade aumenta, as crianças desenhavam pessoas cada vez mais limitadas em ação.

Algumas crianças desenharam apenas uma sala vazia, com ausência de pessoas, calor e vida.

Pontuação:

1. Visivelmente em movimento: pessoa em movimento. Além disso, cadeiras de rodas, camas, carros, etc. em movimento podem ser desenhados.
3. Pessoa ou desenho cheio de vida: ação claramente demonstrada, por ex.: conversa demonstrada por palavras escritas, tosse, etc. Movimento em todo o desenho, por ex.: sala de operação em atividade.
5. Mostra alguma vida: sentado ou em pé. Braços levantados. Pessoas conversando. Assistindo a TV (veja se tem figura na tela). Atividade enquanto os tratamentos são realizados, por ex.: estetoscópio no tórax ou enfermeira administrando medicações para a criança.
7. Potencial para movimento: sentado ou semi reclinado. Desenhos têm braços e pernas, mas em posição dependente. Rodas nas camas, veículos, etc.
8. Nenhum movimento, mas com vida: Deitado na cama. Braços para baixo. Nenhuma outra pessoa no quarto. Podem estar sorrindo e estar de olhos abertos.
10. Rigidez, sem vida: sem evidência de vida. Rigidez com braços para baixo ou sem braços. Maior parte do corpo coberta. Sem sorrir. Corpo preto ou desenhado em preto.

PARTE A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Ação - vida	Visivelmente em movimento		Pessoa ou desenho vivo		Mostra alguma vida		Potencial para movimento	Sem movimento, mas vivo		Rígido, sem vida

Ação / Vida - Desenho 1 **Mark only one oval per row.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ação - Vida	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Item 3: Comprimento do Corpo

É provável que as crianças que conseguem desenhar uma pessoa com proporções corretas tenham noção de competência e segurança e estejam experimentando menos estresse. Conforme a ansiedade aumenta, as figuras humanas tornam-se menores, minúsculas e insignificantes. Este item deve ser pontuado de acordo com o tamanho da pessoa em comparação com a folha de papel. A pessoa é o "paciente".

Pontuação:

1. Corpo alto, ocupa todo o papel: usualmente com uma só pessoa. Pessoa é predominante e pode tocar as margens do papel.
2. Corpo alto, mas apropriado para o desenho: Pessoas grandes, frequentemente haverá outros objetos desenhados. Todas as partes do desenho são apropriadas em tamanho.
3. Corpo pequeno, mas apropriado para o desenho: A criança desenha as pessoas em relação ao desenho, por ex.: pode desenhar uma criança menor que o adulto.
5. Pessoas pequenas, corpos expostos: Pessoas parecem pequenas para o papel. A pessoa é inteiramente desenhada, mas de maneira pequena.
7. Pessoas muito pequenas, contidas: Pessoas muito pequenas que parecem oprimidas pelo papel.
8. Somente o tronco da pessoa: Pode incluir os braços. Corpo coberto.
9. Somente a cabeça, com o corpo coberto. Somente a cabeça está evidente, mas indica que há um corpo embaixo dos cobertores.
10. Cabeça flutuante, sem corpo: Somente a cabeça é desenhada. Cabeça na cama, sem evidência de corpo sob as cobertas. Pode estar sozinha sem outras partes no desenho.

PARTE A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Comprimento da pessoa	Corpo alto, ocupa todo o papel	Corpo alto, apropriado ao desenho	Corpo pequeno, apropriado ao desenho	Corpo fino, sem roupas ou apropriado, mas sem roupas	Pessoa pequena, corpo exposto		Muito pequeno, pessoa constrangida	Somente o torso	Somente cabeça, corpo coberto	Cabeça flutuante, sem corpo

Comprimento da pessoa - Desenho 1 **Mark only one oval per row.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Comprimento da pessoa	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Item 4: Largura da Pessoa em Relação ao Comprimento.

A largura do corpo em relação à altura fornece algumas indicações sobre o grau de segurança que a criança está experimentando. A largura do corpo está relacionada ao espaço usado no papel. É mais provável que a criança sem ansiedade desenhe pessoas altas que são preenchidas na largura proporcionalmente à altura. À medida que a ansiedade aumenta, os corpos tornam-se mais estreitos e ocupam menos espaço no papel. Alguns corpos são aumentados com roupas. Roupas indicam senso de valor e figuras sem roupas evidenciam o sentimento de exposição da criança. Figuras palito são frequentemente desenhadas por crianças que são hesitantes em revelar-se a si próprias.

Pontuação:

1. Largura do corpo é apropriada ao comprimento. A pessoa é proporcional e vestida com roupas.

2. Largura do corpo é discretamente reduzida em comparação ao comprimento: O corpo está completo e vestido.

3. Corpo é claramente mais magro em comparação ao comprimento, mas está vestido.

4. Corpo magro, sem roupas.

5. Largura apropriada ao comprimento, porém coberto: A cabeça é claramente ligada ao corpo, que está sob cobertores.

6. Pessoas palito com roupas.

7. Pessoas palito sem roupa.

8. Corpo muito magro ou pessoa palito coberta: frequentemente desenhado como um corpo muito magro sob cobertores.

9. Formato ambíguo do corpo. Crianças muito ansiosas algumas vezes desenham corpos que não tem relação aparente com a cabeça. As cabeças são claramente desenhadas, mas o corpo é uma massa.

10. Não há evidência de corpo: Estas crianças parecem ter perdido o senso de *self* no ambiente hospitalar.

PARTE A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Largura da pessoa	Largura apropriada ao comprimento	Largura ligeiramente reduzida comparada ao comprimento	Largura fina comparada ao comprimento, vestido	Corpo fino, sem roupas ou apropriado, mas sem roupas	Corpo apropriado em tamanho, coberto	Pessoas palito com roupas	Pessoas palito sem roupas	Corpo muito fino ou pessoa palito coberta	Forma do corpo ambígua	Sem corpo, cabeça flutuante, sem evidência de corpo sob as cobertas

Largura da pessoa - Desenho 1 *

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Largura da pessoa	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Item 5. Expressão Facial

A face é a parte expressiva do corpo. Crianças projetarão seus sentimentos na figura por meio da expressão facial mostrada. Expressões faciais têm sido relatadas como o mais confiável indicador de sentimento (Burns & Kaufman, 1970; Machover, 1949). Um sorriso é considerado representativo de sentimentos positivos enquanto que a cara fechada é considerada um indicador de sentimentos negativos. Falta de expressão facial pode indicar distúrbio emocional. Algumas vezes pessoas sorrindo são

desenhadas em posição ameaçadora, indicando a necessidade de negar a realidade ou tentar mascarar os verdadeiros sentimentos diante da situação.

PARTE A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Expressão facial	Sorriso		Meio sorriso		Neutro			Cara meio fechada	Cara fechada	Sem face, sem expressão

Expressão facial - Desenho 1 *

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Expressão facial	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Item 6: Olhos

Crianças são fascinadas por olhos desde a tenra infância e os incluem nos desenhos de pessoas como o primeiro detalhe. O olho não é somente visto como “as janelas da alma”, revelando a vida interior das crianças, mas é a base para o contato com o mundo exterior (Machover, 1949). É assim como as crianças “veem” seu mundo. Olhos com pupilas e escleróticas mostradas apropriadamente são considerados como representação de um senso de bem-estar e baixo nível de ansiedade. Olhos servem para avisar os indivíduos sobre ameaças dentro do ambiente. Crianças com a ansiedade aumentada podem desenhar olhos grandes indicando desconfiança ou hipervigilância. Crianças podem omitir os olhos com o significado de negar o problema e recusa em ver o mundo. A omissão da pupila tem um significado mais sutil de “não ver”, representado apenas pelo contorno dos olhos.

PARTE A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Olhos/Pupilas						Penetrante	Ponto minúsculo	Fechados	Vagos, sem visão	Sem olhos

Olhos/Pupilas - Desenho 1 *

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Olhos/Pupilas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Item 7: Tamanho da Pessoa em Comparação com o Ambiente

As crianças que têm um senso de controle e de si mesmas desenharam pessoas em relação ao meio ambiente. As crianças que se sentem ameaçadas e oprimidas têm mais probabilidade de desenhar pessoas pequenas em ambientes grandes. Este item deve ser pontuado comparando a pessoa com o meio ambiente identificado. Portanto, a cabeça pode ser pequena, mas o corpo proporcionalmente pequeno, numa cama pequena. Tal situação receberia uma pontuação de 1. Se o ambiente não é incluído, o papel torna-se o ambiente.

PARTE A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Tamanho da pessoa em comparação com ambiente	Tamanho apropriado		Médio para pequeno		Pequeno			Muito pequeno		Minúsculo, oprimido

Tamanho da pessoa em comparação com o ambiente - Desenho 1 **Mark only one oval per row.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tamanho da pessoa em comparação com o ambiente	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Item 8: Cor Predominante

O uso de cores mais claras e vibrantes é considerado indicativo de um grande senso de si mesma e bem-estar, enquanto que o uso de vermelho e preto é considerado indicativo de níveis mais elevados de ansiedade. Este item é baseado na interpretação habitual da cor, a partir das teorias psicológicas e associadas à cultura ocidental. O vermelho e o preto são mais característicos de sentimento intenso de raiva, agressão, ameaça, medo e perda de controle, que são frequentemente encontrados em casos de ansiedade aumentada. O amarelo, o verde e o azul são geralmente consideradas cores otimistas e felizes e são encontradas em desenhos de crianças menos ansiosas. Esta escala é projetada para ser usada com a caixa de 8 lápis de cor. O avaliador precisa saber se todas estavam disponíveis para interpretar este item adequadamente. Além disso, às vezes uma criança insiste em usar seus próprios lápis. Para fins de coerência, pontue todas as nuances de uma cor como uma cor primária, ou seja, o rosa é pontuado como vermelho. Pontue a cor predominante pelas cores primárias equivalentes. Isso requer o julgamento do avaliador.

PARTE A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Cor predominante	Amarelo		Verde		Azul	Laranja	Roxo	Marrom	Vermelho	Preto

Cor predominante - Desenho 1 **Mark only one oval per row.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Cor predominante	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Item 9: Número de Cores Usadas

Somente as cores básicas são consideradas neste item. De novo, é importante saber que todas as oito cores estão disponíveis para a criança. A premissa básica é que as crianças com ansiedade aumentada não terão energia para selecionar muitas cores. As crianças que estão se sentindo melhores consigo mesmas no hospital têm maior probabilidade de usar muitas cores em seus desenhos.

PARTE A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Número de cores utilizado	8	7	6		5	4	3		2	1

Número de cores utilizado - Desenho 1 **Mark only one oval per row.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Número de cores utilizado	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Item 10: Uso do Papel

Este item é pontuado de acordo com o espaço que a criança usou do papel. As crianças muito ansiosas tendem a usar somente uma pequena porção do papel (DiLeo, 1973). Algumas crianças tentam compensar sua ansiedade usando somente uma pequena parte do papel, mas distribuem o conteúdo sobre o mesmo, por ex., uma pequena cama no canto inferior direito com uma TV pequena no canto superior direito. A essência do item é estimar a porcentagem de papel coberta pelo desenho.

PARTE A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Utilização do papel	Todo		$\frac{3}{4}$		$\frac{1}{2}$			$\frac{1}{4}$		Restrito

Utilização do papel - Desenho 1 **Mark only one oval per row.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Utilização do papel	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Item 11: Posicionamento no Papel

As crianças tendem a ser muito específicas sobre o posicionamento do desenho no papel. As crianças que se sentem menos ansiosas tendem a posicionar seus desenhos no centro do papel. O próximo posicionamento mais frequente é um dos lados do papel. O uso do lado direito indica menos ansiedade, já que projeta um sentido de futuro ou esperança, enquanto que o lado esquerdo sugere uma orientação em direção ao passado (Klepsch & Logie, 1982). Posicionamento perto do topo da página ou no alto da página pode indicar otimismo e esforço para alcançar as metas ou o uso da fantasia quando há perda do controle e da segurança pela criança. O posicionamento perto do fim da página pode indicar insegurança ou uma pessoa tentando se tornar mais realista (Klepsch & Logie, 1982; DiLeo, 1973; Machover, 1949).

PARTE A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. Posicionamento no papel										

Posicionamento no papel - Desenho 1 *

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Posicionamento no papel	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Item 12: Traços: Qualidade

A pressão, a firmeza e a solidez da linha são consideradas indicadores do senso de si mesma e bem-estar da criança (Machover, 1949). Traços firmes, escuros indicam um senso de convicção e segurança. Da mesma maneira, traços leves, claros indicam insegurança e a necessidade de cautela. Pontuação:

1. Firme, escuro: todo colorido com traços firmes.
3. Escuro com algumas partes claras: maioria escuro, mas pode haver alguns traços claros. Roupas todas escuras, mas partes do corpo com traços claros, por ex., calça escura, mas camisa clara.
5. Médio, com partes iguais de claro e escuro: frequentemente contornos escuros e cores claras para o preenchimento das áreas.
8. Claro: todos os traços são claros. Alguns podem ser mais firmes que os outros, mas nenhum demonstra pressão com o lápis.
10. Muito claro: todos os traços são iguais. Desenho não tem contornos.

PARTE A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. Qualidade do traço	Firme, escuro		Escuro, algum claro		Médio – escuro e claro equivalentes			Claro		Muito claro

Qualidade do traço - Desenho 1 *

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Qualidade do traço	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Item 13: Presença de Equipamento Hospitalar

As crianças com ansiedade hospitalar têm mais probabilidade de incluir equipamentos hospitalares em seus desenhos. Os itens desenhados frequentemente representam os itens que causam a maior preocupação (por ex. dispositivos intravenosos, seringas). Na pontuação deste item, deve ser lembrado que a cama é um equipamento hospitalar. Pontue todos os equipamentos hospitalares como eles estão relacionados ao tamanho da pessoa. A ausência de equipamentos é entendida como indicativo de que eles não geram ansiedade.

PARTE A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13. Equipamento Hospitalar	Nenhum		Proporcional em tamanho		Levemente aumentado em tamanho			Grandes equipamentos		Grandes e ameaçadores

Equipamento hospitalar - Desenho 1 *

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Equipamento hospitalar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Item 14: Nível de Desenvolvimento

O nível de desenvolvimento regredido mostrado nos desenhos é considerado indicativo de aumento de ansiedade. O desenho da figura humana segue um padrão sequencial de desenvolvimento (Kellogg, 1970; DiLeo, 1970; Harris, 1963; Goodenough, 1926, 1928). A premissa básica é de que, a partir dos 5 anos de idade, toda criança deveria ser capaz de desenhar uma pessoa com seis partes: com cabeça, olhos, boca, corpo, braços e pernas. Nariz, orelhas e cabelos são frequentemente encontrados, mas não são mandatórios até a idade de 7 ou 8 anos. Além disso, os braços devem ter mãos e as pernas devem ter pés. Dedos das mãos e pés são opcionais. Acredita-se que todas as crianças com 5 anos de idade terão alcançado o estágio de desenvolvimento pictórico e desenhariam uma imagem baseada na realidade.

PARTE A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14. Nível de desenvolvimento	Acima do normal		Normal		Levemente abaixo do normal		Abaixo do normal			Acentuadamente abaixo do normal

Nível de desenvolvimento - Desenho 1 *

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nível de desenvolvimento	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Parte B - Desenho 1

Os itens incluídos na Parte B pressupõem serem índices de alta ansiedade e não são encontrados em todos os desenhos. Pontos adicionais (cinco ou 10) são acrescentados quando eles são encontrados nos desenhos. Os itens são mutuamente excludentes. Por exemplo, se uma mão e um pé forem omitidos, dez pontos são atribuídos para o item 19, omissão de duas ou mais partes. Item 15, omissão de uma parte não seria pontuada. Não pontue ambos se houver uma mão e um pé omitidos.

Item 15: Omissão de Uma Parte do Corpo

A omissão de extremidades é encontrada em crianças inseguras (DiLeo 1970, 1973; Machover, 1949). Negação da preocupação com parte do corpo pode ser indicada pela sua omissão. Mãos e pés são frequentemente omitidos por crianças ansiosas, por exemplo, mão desenhada em um lado e não no outro lado. Todas as pessoas devem ter uma face com olhos e boca. O corpo deve ter braços com mãos e pernas com pés. Após os 7 anos de idade, a pessoa deve ter nariz, cabelo e orelhas. Se parte do corpo é claramente indicada sob cobertores, não pontue como parte ausente. Não pontue orelhas como ausentes se estiverem embaixo do cabelo.

Item 16: Exagero de Uma Parte do Corpo

Crianças aumentarão o tamanho de uma parte do corpo que é importante ou emocionalmente preocupante para elas. Burns e Kaufman (1970) sugerem que isto é uma preocupação com a região, por exemplo, uma perna muito maior que a outra.

Item 17: Diminuição de Uma Parte do Corpo

Redução ou diminuição de uma parte do corpo pode significar insegurança ou inadequação da parte do corpo para a criança (Burns & Kaufman, 1970; DiLeo, 1970). Por exemplo, um pé é desenhado muito menor que o outro.

Item 18: Distorção

A distorção ou mutilação de uma figura é altamente relacionada a distúrbios de personalidade (DiLeo, 1973; Burns & Kaufman, 1970). Este item deve ser pontuado se (1) duas ou mais partes do corpo estiverem distorcidas em tamanho (exagero ou diminuição), (2) partes do corpo estão desconectadas do corpo, (3) a cabeça e o corpo não são proporcionais entre si (por ex., cabeça muito grande e um corpo muito pequeno); ou (4) todo o corpo é deformado.

Item 19: Omissão de Duas ou Mais Partes

Este item é pontuado quando duas ou mais partes do corpo são omitidas. Por exemplo, duas mãos são omitidas ou uma mão e um pé são omitidos.

Item 20: Transparência

Crianças em uma sequência normal do desenvolvimento da figura humana pode mostrar parte do corpo através da roupa até o momento em que elas desenvolvem uma realidade visual em seus desenhos, aproximadamente aos 8 ou 9 anos de idade (Machover, 1949). Após os 9 anos de idade, transparência é encontrada nos desenhos de crianças e adultos perturbados. O uso de transparência do corpo indica ansiedade aguda e/ou conflito sobre a imagem corporal. Este item é pontuado se um órgão é desenhado e mostrado através da pele (ossos, coração, estômago) em qualquer idade. Após os 9 anos de idade, este item é pontuado se partes do corpo são mostradas através da roupa ou cobertores, porque transparências são patológicas após os 9 anos de idade.

Item 21: Perfil Misto da Pessoa

Enquanto a criança está aprendendo a desenhar o perfil das pessoas, elas podem desenhar dois narizes, bocas ou olhos na pessoa (DiLeo, 1970). O perfil misto deve ser eliminado a partir dos 9 anos e certamente a partir dos 10 anos de idade. Portanto, este item é pontuado se dois olhos, etc., são encontrados em um perfil desenhado por uma criança com mais de 10 anos de idade.

Item 22: Sombreamento

O sombreamento está sempre relacionado à ansiedade, na medida em que mais tempo e energia são investidos em objetos ou formas que são sombreadas do que aquelas que não estão sombreadas. Se todo o corpo é sombreado, a ansiedade pode ser considerada ansiedade generalizada. Se somente uma parte do corpo específica é sombreada, então a ansiedade pode estar relacionada àquela parte específica (Klepsch & Logie, 1982; Machover, 1949). Sombreamento refere-se a traços que são designados para

preencher uma área. Colorir ou rabiscar sobre uma parte do corpo, não indicando roupas ou cor da pele, é considerado sombreado. Sombreamento também pode ser visto quando a extremidade é pintada de cor diferente. Colorir o todo ou parte do fundo também é considerado como sombreado (por ex., céu e chão, cobertores).

QUADRO PARTE B

Adicione cinco pontos para cada item a seguir:	
15. Omissão de uma parte	Mão de um lado, mas não do outro. Todas as pessoas devem ter corpo, cabeça com face com olhos e boca, braços com mãos e pernas com pés. Após a idade de sete anos, deve ter nariz, cabelo e orelhas. Se parte do corpo está sob cobertas, não pontue como parte omitida. Não considere a omissão das orelhas se cobertas por cabelo. Não pontue omissão de uma parte se for pontuar a omissão de duas ou mais partes (item 19).
16. Exagero de uma Parte do Corpo	Uma perna é muito maior que a outra. Também, pontue se a cabeça ou o corpo está exagerado.
17. Diminuição de uma parte do corpo	Um braço é muito menor que o outro. Também pontue se a cabeça ou o corpo é menor.

Quadro Parte B - Desenho 1*

Mark only one oval per row.

	Característica ausente = 0	Característica presente = 5
15. Omissão de uma parte do corpo	☐	☐
16. Exagero de uma parte do corpo	☐	☐
17. Diminuição de uma parte do corpo	☐	☐

QUADRO PARTE B

Adicione 10 pontos para cada item a seguir:	
18. Distorção	Uma parte do corpo está distorcida ou desconectada. Todo corpo está deformado.
19. Omissão de duas ou mais partes do corpo	Duas mãos, dois olhos, ou uma mão e um pé são omitidos.
20. Transparência	Órgãos mostrados através da pele (ossos, coração, etc.) em qualquer idade. Parte do corpo mostrada através da roupa ou cobertor ou qualquer outra transparência se a criança tem mais de nove anos de idade.
21. Perfil misto da pessoa	Em um perfil da pessoa há dois olhos, duas orelhas se a criança tiver mais de 10 anos.
22. Sombreamento	Colorir parte do corpo que não indique roupas ou cor da pele. Também pode ser visto em extremidades de cores diferentes. Colorir no todo ou em parte o fundo do desenho (por ex., céu, chão, etc.) é pontuado como sombreado.

Quadro Parte B - Desenho 1 **Mark only one oval per row.*

	Característica ausente = 0	Característica presente = 10
18. Distorção	☐	☐
19. Omissão de duas ou mais partes do corpo	☐	☐
20. Transparência	☐	☐
21. Perfil misto da pessoa	☐	☐
22. Sombreamento	☐	☐

Parte C - Desenho 1

A impressão geral do desenho é importante. Esta impressão global do desenho é a mais importante informação, mais que a informação dada por cada item específico. O avaliador é solicitado a pontuar o sentido global que o desenho tem para eles.

Pontuação:

1. Enfrentamento: Realista, agradável, bem proporcionado, brilhante, feliz, confiante.
 5. Estresse leve: menos agradável, alguma distorção de tamanho, menos brilhante e animado.
 8. Estressado: Apertado, inibido, fraco, cinzento, triste, assustado.
 10. Perturbado: Oprimido, bizarro, desorganizado, sentindo-se triste ou derrotado.

QUADRO PARTE C

O <i>gestalt</i> é a impressão que a forma do desenho tem para o avaliador.									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Enfrentamento				Estresse leve			Estressado		Perturbado
Realista, agradável, brilhante, bem proporcionado, confiante, feliz.				Menos agradável, alguma distorção de tamanho, menos brilhante e animado.			Restrito, inibido, monótono, triste, assustado.		Oprimido, desorganizado, com sentimento de tristeza e derrota, bizarro.

Quadro Parte C - Desenho 1 **Mark only one oval per row.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Quadro C	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Escore total - Desenho 1

Some todas as pontuações obtidas na Parte A (14 itens) + Parte (8 itens) + Parte C (1 item)

Nível de ansiedade baseado no escore total do Child Drawing: Hospital (CD:H)		
Escore total CD:H	Nível de ansiedade	Intervenção requerida
≤ 43	Muito baixo	Intervenção com pais pode promover meios para promover o enfrentamento da criança.
44 - 83	Baixo	Intervenção com a criança pode prevenir o desenvolvimento de dificuldades.
84 - 129	Médio	Intervenção diária com brinquedo terapêutico é aconselhável.
130 - 167	Acima da média	Continuar intervenção diária com brinquedo terapêutico; conversar com equipe de saúde mental.
≥ 168	Muito alto	Consultar a equipe de saúde mental.

30. Qual escore obtido? *

Se necessário, é possível voltar para somar suas respostas.

Mark only one oval.

- ☐ Muito Baixo Baixo
☐ Médio
☐ Acima da média Muito
☐ Alto

31. Quanto tempo você utilizou para avaliar o desenho 1? *

Mark only one oval.

- ☐ 10 a 20min
☐ 21 a 30min
☐ 31 a 40min
☐ 41 a 50min
☐ 51 a 60min
☐ Mais de 60min

Nível de ansiedade baseado no escore total do Child Drawing: Hospital (CD:H)		
Escore total CD:H	Nível de ansiedade	Intervenção requerida
≤ 43	Muito baixo	Intervenção com pais pode promover meios para promover o enfrentamento da criança.
44 - 83	Baixo	Intervenção com a criança pode prevenir o desenvolvimento de dificuldades.
84 - 129	Médio	Intervenção diária com brinquedo terapêutico é aconselhável.
130 - 167	Acima da média	Continuar intervenção diária com brinquedo terapêutico; conversar com equipe de saúde mental.
≥ 168	Muito alto	Consultar a equipe de saúde mental.

30. Qual escore obtido? *

Se necessário, é possível voltar para somar suas respostas.

Mark only one oval.

- ☐ Muito Baixo Baixo
☐ Médio
☐ Acima da média Muito
☐ Alto

31. Quanto tempo você utilizou para avaliar o desenho 1? *

Mark only one oval.

- ☐ 10 a 20min
☐ 21 a 30min
☐ 31 a 40min
☐ 41 a 50min
☐ 51 a 60min
☐ Mais de 60min

APÊNDICE G - CDH VBb

CD:H VBb

Observação: devido extensão dos instrumentos, disponibilizado somente o CD:H VBb para o desenho 2.

Manual Child Drawing: Hospital Versão Brasileira

A escala CD:H foi criada por Clatworthy et al (1999) para mensurar a ansiedade de crianças em idade escolar hospitalizadas a partir de seu próprio ponto de vista, por meio de um desenho.

No momento da aplicação o paciente é convidado a realizar um desenho de uma pessoa no hospital e posteriormente esse desenho é avaliado pelo enfermeiro com o auxílio do CD:H, que resultará no nível de ansiedade apresentado pela criança.

A seguir, será apresentado o Manual do CD:HVBb, que é um instrumento que estamos adaptando para o Brasil, com algumas modificações do original. Seguem as instruções para a avaliação e pontuação do desenho e 2 desenhos de crianças hospitalizadas.

O INSTRUMENTO

O material necessário para a aplicação do instrumento CD:H consiste em uma folha de papel branco A4 e 7 lápis de cor nas cores: vermelho, azul, verde, amarelo, laranja, preto e marrom. Orienta-se a criança a desenhar uma figura de uma pessoa no hospital, conforme instruções a seguir:

- 1) A criança deve estar sentada à mesa ou ter uma superfície rígida (ex. mesa de refeição auxiliar) em uma altura apropriada.
- 2) Entregar à criança a folha de papel, que deve ser colocada diretamente em frente à criança na diagonal, a fim de permitir que a criança sozinha determine a orientação do papel.
- 3) Entregar os lápis de cor. A caixa de lápis de cor deve ser aberta expondo todos os lápis. Somente estes lápis de cor devem ser usados para desenhar (ex. lápis grafite não deve ser usado). Solicite que a criança nomeie as cores dos lápis para certificar-se de que ela não possua nenhuma dificuldade ou impossibilidade em reconhecer as cores, como daltonismo.
- 4) A criança é instruída: "Por favor, desenhe uma pessoa no hospital. Não tenha pressa. Quando você terminar, eu ficarei com seu desenho".

Deve ser observado se a criança é capaz de executar o que foi solicitado. No caso de a criança ser muito distraída, a orientação pode ser repetida e/ou ela poderá ser encorajada a realizar a tarefa. Algumas crianças poderão fazer perguntas que deverão ser respondidas com esclarecimentos que mantenham a essência da instrução e não influenciem no desenho da criança. A criança não deve ser estimulada a adicionar partes ou cores ao desenho.

Quando a criança indicar verbalmente ou por gestos que ela terminou, agradeça a ela pelo trabalho e esforço realizado, e em seguida, o desenho e os lápis serão recolhidos. O desenho deve ser identificado no verso com a idade e data de nascimento da criança, sexo, todos os diagnósticos clínico-cirúrgicos, data de admissão no hospital, data da realização do desenho e número do registro hospitalar.

ATRIBUIÇÃO DE PONTUAÇÃO DO CD:H

A pontuação total é baseada no fundamento teórico dos desenhos como medida projetiva dos estados de ansiedade das crianças. A pontuação total do CD:H é determinada pela soma dos totais das três partes: A, B e C.

Para o uso do CD:H é importante que o aplicador:

- (1) seja cauteloso e coerente ao dar a pontuação (se em dúvida, escolher a pontuação mais alta);
- (2) Revise o guia de pontuação frequentemente (após avaliar vários desenhos, o avaliador tende a ignorar os identificadores escritos achando que já tem uma boa compreensão deles, porém é uma ilusão); e
- (3) ficar atento para não cometer erros no registro dos pontos (certifique-se de que a pontuação seja registrada no espaço correto da folha de pontuação e de que cada item seja registrado).

Avaliação com desenho e manual CD:HVBa -Desenho 2

Leia as instruções de cada item e avalie o desenho pontuando de 1 a 7.

- 1) Separe um relógio.
- 2) Cronometre seu tempo para a avaliação do Desenho 1.

2º Desenho: Izabela, 10 anos, Síndrome de Guillain-Barré interrogada

Parte A - Desenho 2 (Iniciar cronômetro)

A Parte A é a aparência ou impressão geral do desenho à ansiedade expressa na figura. O avaliador deve pontuar a aparência geral que o desenho possui em uma escala de 1 a 7, usando-se os identificadores específicos fornecidos. A pontuação 1 indica enfrentamento ou baixa ansiedade e a pontuação 7 indica distúrbio ou alta ansiedade.

Quadro - Parte A

Aparência geral que o desenho tem para o avaliador.						
1	2	3	4	5	6	7
Realista, agradável, brilhante, boa proporção, confiante, feliz.	Realista, agradável, brilhante, boa proporção, menos confiante e menos feliz.	Menos agradável, boa proporção, menos brilhante e animado.	Menos agradável, alguma distorção de tamanho, menos brilhante e animado.	Tamanho pequeno, inibido, monótono, triste, assustado.	Tamanho muito pequeno, inibido, bastante monótono, triste, assustado.	Comprimido, desorganizado, com sentimento de tristeza e derrota, bizarro.

Quadro Parte A - Desenho 2 **Mark only one oval per row.*

	1	2	3	4	5	6	7
Quadro A	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Parte B - Desenho 2

A Parte B contém 14 itens. Cada item da Parte B é pontuado em uma escala de 1 a 7 de acordo com as características encontradas no desenho, sendo 1 o mais baixo nível de ansiedade e 7 o mais alto.

Item 1 – Presença de Equipamento Hospitalar

As crianças com ansiedade hospitalar têm mais probabilidade de incluir equipamentos hospitalares em seus desenhos. Os itens desenhados frequentemente representam os itens que causam a maior preocupação (por ex. dispositivos intravenosos, seringas). Na pontuação deste item, deve ser lembrado que a cama é um equipamento hospitalar. Pontue todos os equipamentos hospitalares como eles estão relacionados ao tamanho da pessoa.

	1	2	3	4	5	6	7
1. Equipamento Hospitalar	Nenhum	Menor em tamanho	Proporcional em tamanho	Levemente aumentado em tamanho	Equipamentos grandes	Equipamentos muito grandes	Equipamentos ameaçadores

Equipamento hospitalar - Desenho 2 **Mark only one oval per row.*

	1	2	3	4	5	6	7
Equipamento hospitalar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Item 2: Posição

As crianças tendem a mostrar uma percepção de segurança e de bem-estar ao desenhar uma pessoa em uma posição independente (por ex. pessoa em pé, ereta), ao contrário de uma posição dependente (por ex., uma pessoa deitada na cama). A necessidade da criança de segurança ou apoio, muitas vezes, se reflete em uma linha ou grama desenhada sob a figura (Klepsch & Logie, 1982). A ausência de pessoas nos desenhos pode significar dificuldade em se ter uma percepção de si mesmo ou dos outros (DiLeo, 1970). Pontuação:

	1	2	3	4	5	6	7
2. Posição da Pessoa	Em pé, no chão	Em pé, sem chão	Sentado na cadeira	Sentado na cama	Deitado na cama	Deitado na cama, coberto	Flutuando na cama ou sem pessoa

Posição da Pessoa - Desenho 2 *

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4	5	6	7
Posição da Pessoa	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Item 3: Ação

Pessoas em pé e andando ou a inclusão de objetos em movimento demonstram uma criança com senso de controle e autoconhecimento. Figuras rígidas são frequentemente desenhadas por crianças que necessitam manter o controle em situações nas quais elas se sentem pequenas. Conforme a ansiedade aumenta, as crianças desenhavam pessoas cada vez mais limitadas em ação. Algumas crianças desenhavam apenas uma sala vazia, com ausência de pessoas, calor e vida. Pontuação:

1. Visivelmente em movimento: pessoa em movimento. Além disso, cadeiras de rodas, camas, carros, etc. em movimento podem ser desenhados.
2. Pessoa cheia de vida: ação claramente demonstrada, por ex.: conversa demonstrada por palavras escritas, tosse, etc.
3. Desenho em movimento: movimento em todo o desenho, por ex.: sala de operação em atividade.
4. Mostra alguma vida: sentado ou em pé. Braços levantados. Pessoas conversando. Assistindo TV (veja se tem figura na tela). Atividade enquanto os tratamentos são realizados, por ex.: estetoscópio no tórax ou enfermeira administrando medicamentos para a criança.
5. Potencial para movimento: sentado ou semirreclinado. Desenhos têm braços e pernas, mas em posição dependente. Rodas nas camas, veículos, etc.
6. Nenhum movimento, mas com vida: Deitado na cama. Braços para baixo. Nenhuma outra pessoa no quarto. Podem estar sorrindo e estar de olhos abertos.
7. Rígido, sem vida: sem evidência de vida. Rígidez com braços para baixo ou sem braços. Maior parte do corpo coberta. Sem sorrir. Corpo preto ou desenhado em preto.

	1	2	3	4	5	6	7
3. Ação - vida	Visivelmente em movimento	Pessoa cheia de vida	Desenho em movimento	Mostra alguma vida	Potencial para movimento	Sem movimento, mas com vida	Rígido, sem vida

Ação / Vida - Desenho 2 **Mark only one oval per row.*

	1	2	3	4	5	6	7
Ação - Vida	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Item 4: Comprimento do Corpo

Conforme a ansiedade aumenta, as figuras humanas tornam-se menores, minúsculas e insignificantes. Este item deve ser pontuado de acordo com o tamanho da pessoa em comparação com a folha de papel. A pessoa é o "paciente".

Pontuação:

1. Corpo alto, mas apropriado para o desenho: pessoas grandes, frequentemente haverá outros objetos desenhados. Todas as partes do desenho são apropriadas em tamanho.
2. Corpo pequeno, mas apropriado para o desenho: a criança desenha as pessoas em relação ao desenho, por ex.: pode desenhar uma criança menor que o adulto.
3. Corpo apropriado, mas sem roupas: o corpo possui tamanho apropriado quanto sua altura em comparação com o desenho, porém, sem roupas.
4. Pessoas pequenas, corpos expostos: pessoas parecem pequenas para o papel. A pessoa é inteiramente desenhada, mas de maneira pequena e sem roupas.
5. Pessoa muito pequena, pessoa constrangida: pessoas muito pequenas que parecem oprimidas pelo papel.
6. Somente o tronco da pessoa: Pode incluir os braços. Corpo coberto.
7. Cabeça flutuante ou somente cabeça com corpo coberto: somente a cabeça está desenhada sem evidências de corpo ou corpo está indicado embaixo dos cobertores.

	1	2	3	4	5	6	7
4. Comprimento da pessoa	Corpo alto, apropriado ao desenho	Corpo pequeno, apropriado ao desenho	Corpo apropriado, mas sem roupas	Pessoa pequena, corpo exposto	Muito pequeno, pessoa constrangida	Somente o tronco da pessoa	Cabeça flutuante ou somente cabeça com corpo coberto

Comprimento da pessoa - Desenho 2 **Mark only one oval per row.*

	1	2	3	4	5	6	7
Comprimento da pessoa	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Item 5: Largura da Pessoa em Relação ao Comprimento.

A largura do corpo em relação à altura fornece algumas indicações sobre o grau de segurança que a criança está experimentando. Alguns corpos são aumentados com roupas. À medida que a ansiedade aumenta, os corpos tornam-se mais estreitos e ocupam menos espaço no papel. Pontuação:

<p>1. Largura do corpo é apropriada ao comprimento. A pessoa é proporcional e vestida com roupas</p>	<p>5. Pessoa palito com ou sem roupa.</p>
<p>2. Corpo é claramente mais magro em comparação ao comprimento, mas está vestido.</p>	<p>6. Corpo muito magro ou pessoa palito coberta: frequentemente desenhado como um corpo muito magro sob cobertores.</p>
<p>3. Corpo fino, sem roupas, ou apropriado, sem roupas.</p>	<p>7. Forma do corpo ambígua ou sem corpo, cabeça flutuante, sem evidência de corpo sob as cobertas: Crianças muito ansiosas algumas vezes desenhavam corpos que não tem relação aparente com a cabeça. As cabeças são claramente desenhadas, mas o corpo é uma massa. Ou não há evidência do corpo, a cabeça é flutuante.</p>
<p>4. Largura apropriada ao comprimento, porém coberto: A cabeça é claramente ligada ao corpo, que está sob cobertores.</p>

	1	2	3	4	5	6	7
5. Largura da pessoa	Largura apropriada ao comprimento	Largura fina comparada ao comprimento e vestido	Corpo fino ou apropriado, mas sem roupas	Largura apropriada ao comprimento, porém coberto	Pessoa palito com ou sem roupas	Corpo muito fino ou pessoa palito coberta	Forma do corpo ambígua ou sem corpo, cabeça flutuante.

Largura da pessoa - Desenho 2 *

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4	5	6	7
Largura da pessoa	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Item 6. Expressão Facial

A face é a parte expressiva do corpo. Crianças projetarão seus sentimentos na figura por meio da expressão facial mostrada. Um sorriso é considerado representativo de sentimentos positivos enquanto que a cara fechada é considerada um indicador de sentimentos negativos. Falta de expressão facial pode indicar distúrbio emocional. Algumas vezes pessoas sorrindo são desenhadas em posição ameaçadora, indicando a necessidade de negar a realidade ou tentar mascarar os verdadeiros sentimentos diante da situação.

	1	2	3	4	5	6	7
6. Expressão facial	Sorriso largo	Sorriso	Meio sorriso	Neutro	Cara meio fechada	Cara fechada	Sem face, sem expressão

Expressão facial - Desenho 2 *

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4	5	6	7
Expressão facial	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Item 7. Olhos

Olhos com pupilas e escleróticas mostradas apropriadamente são consideradas como representação de um senso de bem-estar e baixo nível de ansiedade. Crianças com a ansiedade aumentada podem desenhar olhos grandes indicando desconfiança ou hipervigilância. Crianças podem omitir os olhos com o significado de negar o problema e recusa em ver o mundo. A omissão da pupila tem um significado mais sutil de "não ver", representado apenas pelo contorno dos olhos.

	1	2	3	4	5	6	7
7. Olhos/Pupilas			Penetrante	Ponto minúsculo	Fechados	Vagos, sem pupilas	Sem olhos

Olhos/Pupilas - Desenho 2 *

Mark only one oval per row.

	1	2	3	4	5	6	7
Olhos/Pupilas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Item 8: Tamanho da Pessoa em Comparação com o Ambiente

As crianças que se sentem ameaçadas e oprimidas tem mais probabilidade de desenhar pessoas pequenas em ambientes grandes. Este item deve ser pontuado comparando a pessoa com o meio ambiente identificado. Portanto, a cabeça pode ser pequena, mas o corpo proporcionalmente pequeno, numa cama pequena. Tal situação receberia uma pontuação de 1. Se o ambiente não é desenhado, o papel torna-se o ambiente.

	1	2	3	4	5	6	7
8. Tamanho da pessoa em comparação com ambiente	Tamanho apropriado	Médio	Médio para pequeno	Pequeno	Muito pequeno	Minúsculo	Comprimido

Tamanho da pessoa em comparação com o ambiente - Desenho 2 **Mark only one oval per row.*

	1	2	3	4	5	6	7
Tamanho da pessoa em comparação com o ambiente	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Item 9: Cor Predominante

O uso de cores mais claras e vibrantes é considerado indicativo de bem-estar, enquanto que o uso de vermelho e preto é considerado indicativo de níveis mais elevados de ansiedade. O vermelho e o preto são mais característicos de sentimento intenso de raiva, agressão, ameaça, medo e perda de controle, que são frequentemente encontrados em casos de ansiedade aumentada. O amarelo, o verde e o azul são geralmente considerados cores otimistas e felizes e são encontradas em desenhos de crianças menos ansiosas.

	1	2	3	4	5	6	7
9. Cor predominante	Amarelo	Verde	Azul	Laranja	Marrom	Vermelho	Preto

Cor predominante - Desenho 2 **Mark only one oval per row.*

	1	2	3	4	5	6	7
Cor predominante	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Item 10: Número de Cores Usadas

A premissa básica é que as crianças com ansiedade aumentada não terão energia para selecionar muitas cores. As crianças que estão se sentindo melhores consigo mesmas no hospital têm maior probabilidade de usar muitas cores em seus desenhos.

	1	2	3	4	5	6	7
10. Número de cores utilizado	7	6	5	4	3	2	1

Número de cores utilizado - Desenho 2 **Mark only one oval per row.*

	1	2	3	4	5	6	7
Número de cores utilizado	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Item 11: Uso do Papel

Este item é pontuado de acordo com o espaço que a criança usou do papel. As crianças muito ansiosas tendem a usar somente uma pequena porção do papel (DiLeo, 1973). A essência do item é estimar a porcentagem de papel coberta pelo desenho.

	1	2	3	4	5	6	7
11. Utilização do papel	Todo	$\frac{3}{4}$	$\frac{5}{8}$	$\frac{1}{2}$	$\frac{1}{4}$	$\frac{3}{16}$	Restrito $\frac{1}{8}$

Utilização do papel - Desenho 2 **Mark only one oval per row.*

1 2 3 4 5 6 7

Utilização do papel ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Item 12: Posicionamento no Papel

As crianças que se sentem menos ansiosas tendem a posicionar seus desenhos no centro do papel. O próximo posicionamento mais frequente é um dos lados do papel. O uso do lado direito indica menos ansiedade, já que projeta um sentido de futuro ou esperança, enquanto que o lado esquerdo sugere uma orientação em direção ao passado (Klepoch & Logie, 1982). Posicionamento perto do topo da página ou no alto da página pode indicar otimismo e esforço para alcançar as metas ou o uso da fantasia. O posicionamento perto do fim da página pode indicar insegurança ou uma pessoa tentando se tornar mais realista (DiLeo, 1973; Klepoch & Logie, 1982; Machover, 1949).

	1	2	3	4	5	6	7
12. Posicionamento no papel							

Posicionamento no papel - Desenho 2 **Mark only one oval per row.*

1 2 3 4 5 6 7

Posicionamento no papel ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Item 13: Traços: Qualidade

Traços firmes, escuros indicam um senso de convicção, segurança e bem-estar. Da mesma maneira, traços leves, claros indicam insegurança e a necessidade de cautela. Pontuação:

1. Muito escuro: todo colorido com traços escuros que aparentam ter sido aplicado uma força apropriada.
2. Escuro: traços escuros sem muita força.
3. Escuro com algumas partes claras: maioria escuro, mas pode haver alguns traços claros. Roupas todas escuras, mas partes do corpo com traços claros, por ex., calça escura, mas camisa clara.
4. Médio, com partes iguais de claro e escuro. Frequentemente contornos escuros e cores claras para o preenchimento das áreas.
5. Claro com algum escuro: são utilizadas mais cores claras, mas com poucas escuras.
6. Claro: todos os traços são claros. Alguns podem ser mais firmes que os outros, mas nenhum demonstra pressão com o lápis
7. Muito claro: todos os traços são iguais. Desenho não tem contornos.

	1	2	3	4	5	6	7
13. Qualidade do traço	Muito escuro	Escuro	Escuro com algum claro	Médio – escuro e claro equivalentes	Claro com algum escuro	Claro	Muito claro

Qualidade do traço - Desenho 2 **Mark only one oval per row.*

	1	2	3	4	5	6	7
Qualidade do traço	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Item 14 – Nível de Desenvolvimento do Desenho

Neste item deve ser avaliado o nível de desenvolvimento do desenho, e não da criança. O nível de desenvolvimento regredido mostrado nos desenhos é considerado indicativo de aumento de ansiedade. A premissa básica é que a partir dos 5 anos de idade, toda criança deveria ser capaz de desenhar uma pessoa com seis partes: com cabeça, olhos, boca, corpo, braços e pernas. Nariz, orelhas e cabelos são frequentemente encontrados, mas não são mandatórios até a idade de 7 ou 8 anos. Além disso, os braços devem ter mãos e as pernas devem ter pés. Dedos das mãos e pés são opcionais.

	1	2	3	4	5	6	7
14. Nível de desenvolvimento do desenho	Acentuada-mente acima do normal	Medianamente acima do normal	Pouco acima do normal	Normal	Pouco abaixo do normal	Acentuada-mente abaixo do normal	Não compatível com a faixa etária

Nível de desenvolvimento - Desenho 2 **Mark only one oval per row.*

	1	2	3	4	5	6	7
Nível de desenvolvimento	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Parte C - Desenho 2

A Parte C consiste em oito itens que pressupõem serem índices de alta ansiedade e não são encontrados em todos os desenhos. Se o item estiver ausente, a pontuação "0" é anotada. Quando as características de ansiedade são encontradas nos desenhos acrescenta-se "1" ponto.

Quadro - Parte C

Adicione 1 ponto se a característica estiver presente e 0 ponto, se ausente:	
15. Omissão de uma parte	Mãos e pés são frequentemente omitidos por crianças ansiosas, por exemplo, mão desenhada em um lado e não no outro lado. Todas as pessoas devem ter uma face com olhos e boca. O corpo deve ter braços com mãos e pernas com pés. Após os sete anos de idade, a pessoa deve ter nariz, cabelo e orelhas. Se parte do corpo é claramente indicada sob cobertores, não pontue como parte ausente. Não pontue orelhas como ausentes se estiverem embaixo do cabelo.
16. Exagero de uma Parte do Corpo	As crianças irão desenhar uma parte do corpo em tamanho aumentado quando esta parte for importante ou emocionalmente preocupante para elas, por exemplo, uma perna muito maior que a outra. Também, pontue se a cabeça ou o corpo está exagerado.
17. Diminuição de uma parte do corpo	Redução ou diminuição de uma parte do corpo pode significar insegurança ou inadequação da parte do corpo para a criança (Burns & Kaufman, 1970; DiLeo, 1970). Por exemplo, um pé é desenhado muito menor que o outro. Um braço é muito menor que o outro. Também pontue se a cabeça ou o corpo é menor.
18. Distorção	Este item deve ser pontuado se houver distorção ou mutilação da pessoa. Exemplos: (1) duas ou mais partes do corpo estiverem distorcidas em tamanho (exagero ou diminuição), (2) partes do corpo estão desconectadas do corpo, (3) a cabeça e o corpo não são proporcionais entre si (por ex., cabeça muito grande e um corpo muito pequeno); ou (4) todo o corpo é deformado.

19. Omissão de duas ou mais partes do corpo	Este item é pontuado quando duas ou mais partes do corpo são omitidas. Por exemplo, duas mãos são omitidas ou uma mão e um pé são omitidos.
20. Transparência	Este item é pontuado se um órgão é desenhado e mostrado através da pele (ossos, coração, estômago) em qualquer idade. Após os 9 anos de idade, este item também é pontuado se partes do corpo são mostradas através da roupa ou cobertores.
21. Perfil misto da pessoa	Este item é pontuado para crianças com mais de 10 anos , se forem encontrados dois olhos, bocas ou narizes no desenho de uma pessoa de perfil.
22. Sombreamento	Sombreamento é sempre relacionado à ansiedade, devido ao tempo que a criança gasta em sombrear a área desejada. Colorir ou rabiscar sobre uma parte do corpo é considerado sombreamento. Sombreamento também pode ser visto quando a extremidade é pintada de cor diferente. Colorir o todo ou parte do fundo também é considerado como sombreamento (por ex., céu e chão, cobertores). Sombreamento para representar a cor da pele ou roupas não deve ser pontuado.

Quadro Parte C - Desenho 2**Mark only one oval per row.*

	Característica ausente = 1	Característica presente = 4
15. Omissão de uma parte	☐	☐
16. Exagero de uma parte do corpo	☐	☐
17. Diminuição de uma parte do corpo	☐	☐
Característica ausente = 1 Característica presente = 7		
18. Distorção		
19. Omissão de duas ou mais partes do corpo	☐	☐
20. Transparência	☐	☐
21. Perfil misto da pessoa	☐	☐
22. Sombreamento	☐	☐

Quanto tempo você utilizou para avaliar o desenho 2? **Mark only one oval.*

- ☐ 10 a 20min
☐ 21 a 30min
☐ 31 a 40min
☐ 41 a 50min
☐ 51 a 60min
☐ Mais de 60min

Devido ao fato de você ter utilizado o instrumento modificado, o resultado final de ansiedade apresentado no Desenho 2 só poderá ser verificado após todas as análises psicométricas. Portanto, seu padrão de resposta será muito importante para a construção de nosso instrumento. Após o término do estudo, enviaremos aos participantes os resultados obtidos. Obrigada!

Obrigada! Você completou todas as etapas que auxiliarão na validação do CD:H - Versão Brasileira

Powered by Google Forms

APÊNDICE H - QUADRO SÍNTESE

O INSTRUMENTO								
Parágrafo 1	CD:H VB		CD:H VB - modificado		CD:H VBb			
	O material necessário para a aplicação do instrumento CD:H consiste em uma folha de papel branco A4 e 8 lápis de cor básicos (vermelho, roxo, azul, verde, amarelo, laranja, preto e marrom). A criança é orientada a desenhar a figura de uma pessoa no hospital. Isto é tudo o que é pedido à criança. Os desenhos são obtidos individualmente. A abordagem padronizada sugerida abaixo objetiva facilitar a interpretação e a atribuição da pontuação ao desenho.		O material necessário para a aplicação do instrumento CD:H consiste em uma folha de papel branco A4 e 8 lápis de cor nas cores: vermelho, roxo, azul, verde, amarelo, laranja, preto e marrom. A criança individualmente é orientada a desenhar a figura de uma pessoa no hospital, como se segue: (Modificação: clareza do texto)		O material necessário para a aplicação do instrumento CD:H consiste em uma folha de papel branco A4 e 7 lápis de cor nas cores: vermelho, azul, verde, amarelo, laranja, preto e marrom. Orienta-se a criança a desenhar uma figura de uma pessoa no hospital, conforme instruções a seguir:			
	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3		Juiz 4	
	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo
	Para instrução de se realizar uma tarefa, como desenho, é preferível utilizar-se do seguinte comando “Orienta-se a criança a desenhar uma figura de uma pessoa no hospital. A seguir, as instruções:”							
Parágrafo 2	CD:H VB		CD:H VB - modificado		CD:H VBb			
	A criança deve estar sentada à mesa ou ter uma superfície rígida (ex. mesa de refeição auxiliar) em uma altura apropriada. Entregar à criança a folha de papel e os lápis de cor. A folha de papel é colocada diretamente em frente à criança na diagonal, a fim de permitir que a criança sozinha determine a orientação do papel. A caixa de lápis de cor deve ser aberta expondo todos os lápis. Somente estes lápis de cor devem ser usados para desenhar (ex. lápis grafite não deve ser usado). A criança é instruída: “Por favor, desenhe uma figura de uma pessoa no hospital. Eu ficarei com seu desenho quando você terminar”.		1) A criança deve estar sentada à mesa ou ter uma superfície rígida (ex. mesa de refeição auxiliar) em uma altura apropriada. 2) Entregar à criança a folha de papel, que deve ser colocada diretamente em frente à criança na diagonal, a fim de permitir que a criança sozinha determine a orientação do papel. 3) Entregar os lápis de cor. A caixa de lápis de cor deve ser aberta expondo todos os lápis. Somente estes lápis de cor devem ser usados para desenhar (ex. lápis grafite não deve ser usado). 4) A criança é instruída: “Por favor, desenhe uma pessoa no hospital. Eu ficarei com seu desenho quando você terminar”. (Modificação: separado texto em tópicos)		1) A criança deve estar sentada à mesa ou ter uma superfície rígida (ex. mesa de refeição auxiliar) em uma altura apropriada. 2) Entregar à criança a folha de papel, que deve ser colocada diretamente em frente à criança na diagonal, a fim de permitir que a criança sozinha determine a orientação do papel. 3) Entregar os lápis de cor. A caixa de lápis de cor deve ser aberta expondo todos os lápis. Somente estes lápis de cor devem ser usados para desenhar (ex. lápis grafite não deve ser usado). Solicite que a criança nomeie as cores dos lápis para certificar-se de que ela não possua nenhuma dificuldade ou impossibilidade em reconhecer as cores, como daltonismo. 4) A criança é instruída: “Por favor, desenhe uma pessoa no hospital. Eu ficarei com seu desenho quando você terminar. Não tenha pressa, tente fazer o melhor desenho que conseguir. Quando você terminar, eu ficarei com seu desenho, certo?”.			
	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3		Juiz 4	
	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo
	2. Entregar à criança a folha de papel na posição diagonal (aqui eu fiquei em dúvida como seria esta entrega. Via de regra, trabalhamos com a folha na vertical ou horizontal. Por que aqui tem a ênfase na posição diagonal?) e não interferir caso ela queira trocar a orientação da folha de papel; 3. Por fim, pede-se a criança que nomeie as cores dos lápis para certificar-se de que ela não possua nenhuma dificuldade ou impossibilidade em reconhecer as cores, como daltonismo; 4. “A criança é instruída: ‘Por favor, eu gostaria que você desenhasse uma pessoa no hospital. Não tenha pressa, tente fazer o melhor desenho que conseguir, tudo bem? Quando você terminar, eu ficarei com seu desenho, certo?’”							

Parágrafo 3	CD:H VB		CD:H VB - modificado		CD:H VBb												
	A pessoa que aplicar o CD:H deve observar a criança para ter certeza que ela é capaz de executar a tarefa. No caso de a criança ser muito distraída, a orientação pode ser repetida e/ou encorajada a realizar a tarefa. Algumas crianças poderão fazer perguntas quando elas estiverem se sentindo inseguras, coagidas, desconfiadas da situação ou quando o capricho ou o desejo em tornar o desenho muito real interferirem na execução da tarefa. Estas questões devem ser respondidas com a orientação original ou com esclarecimentos que mantenham a essência da instrução e não influencie a criança a responder de uma ou outra maneira. A criança não deve ser estimulada		Deve ser observado se a criança é capaz de executar a tarefa. No caso de a criança ser muito distraída, a orientação pode ser repetida e/ou encorajada a realizar a tarefa. Algumas crianças poderão fazer perguntas que deverão ser respondidas com esclarecimentos que mantenham a essência da instrução e não influenciem no desenho da criança. A criança não deve ser estimulada a adicionar partes ou cores ao desenho. (Modificação: mantido o texto mais sucinto)		Deve ser observado se a criança é capaz de executar o que foi solicitado. No caso de a criança ser muito distraída, a orientação pode ser repetida e/ou ela poderá ser encorajada a realizar a tarefa. Algumas crianças poderão fazer perguntas que deverão ser respondidas com esclarecimentos que mantenham a essência da instrução e não influenciem no desenho da criança. A criança não deve ser estimulada a adicionar partes ou cores ao desenho.												
	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3		Juiz 4										
	1. Concordo		0. Discordo		1. Concordo		0. Discordo		1. Concordo		0. Discordo						
								Sugiro substituir as palavras: “e/ou encorajada a realizar a tarefa” substitui por “e/ou “ela pode ser encorajada a realizar a tarefa”.									
Parágrafo 4	CD:H VB			CD:H VB - modificado			CD:H VBb										
	Após a finalização do desenho, quando a criança indicar verbalmente ou por gestos que ela terminou, o desenho e os lápis serão recolhidos. Não é dado limite de tempo. O desenho deve ser identificado no verso com a idade e data de nascimento da criança, sexo, todos os diagnósticos clínico-cirúrgicos (ex. diagnósticos de admissão e/ou procedimentos, bem como outros diagnósticos), data de admissão no hospital, data da finalização do desenho, número do registro hospitalar.			Quando a criança indicar verbalmente ou por gestos que ela terminou, o desenho e os lápis serão recolhidos. O desenho deve ser identificado no verso com a idade e data de nascimento da criança, sexo, todos os diagnósticos clínico-cirúrgicos (ex. diagnósticos de admissão e/ou procedimentos, bem como outros diagnósticos), data de admissão no hospital, data da finalização do desenho, número do registro hospitalar. (Modificação: mantido o texto mais sucinto)			Quando a criança indicar verbalmente ou por gestos que ela terminou, agradeça a ela pelo trabalho e esforço realizado, e em seguida, o desenho e os lápis serão recolhidos. O desenho deve ser identificado no verso com a idade e data de nascimento da criança, sexo, todos os diagnósticos clínico-cirúrgicos, data de admissão no hospital, data da realização do desenho e número do registro hospitalar.										
	Juiz 1			Juiz 2			Juiz 3			Juiz 4							
	1. Concordo			0. Discordo			1. Concordo			0. Discordo			1. Concordo			0. Discordo	
“(…) ou por gestos que ela terminou, deve-se agradecer a ela pelo trabalho e esforço à tarefa, e, em seguida, o desenho…”			Substituir data da finalização do desenho por data de realização do desenho.														
ATRIBUIÇÃO DE PONTUAÇÃO DO CD:H																	
Parágrafo 5	CD:H VB			CD:H VB - modificado			CD:H VBb										
	A pontuação para cada desenho envolve a utilização do Guia de pontuação do CD:H, a Escala de Classificação e a folha de pontuação do CD:H. A pontuação total é baseada no fundamento teórico dos desenhos como medida projetiva dos estados de ansiedade das			A pontuação do desenho é dividida em três partes. (Modificação: reduzido a redundância, sendo que esses passos serão explicados posteriormente)			A pontuação total é baseada no fundamento teórico dos desenhos como medida projetiva dos estados de ansiedade das crianças. A pontuação total do CD:H é determinada pela soma dos totais das três partes: A, B e C.										
	Juiz 1			Juiz 2			Juiz 3			Juiz 4							
	1. Concordo			0. Discordo			1. Concordo			0. Discordo			1. Concordo			0. Discordo	
									Sugiro manter: A pontuação total é baseada no fundamento teórico dos desenhos como medida projetiva dos estados de ansiedade das crianças. A pontuação do desenho é dividida em três partes. Observação: Esta última frase não deve ser repetida como consta no item seguinte. Acho bom manter a frase retirada para lembrar que é uma medida do estado de ansiedade, que não foi mencionado antes.								

Parágrafo 6	CD:H VB		CD:H VB - modificado		CD:H VBb			
	6A pontuação do desenho é dividida em três partes. A Parte A contém 14 itens: posição, ação, comprimento, largura e tamanho da pessoa; olhos e expressão facial; cor predominante; número de cores utilizadas; uso do papel; posicionamento no papel; qualidade do traço; inclusão e tamanho do equipamento hospitalar e o nível do desenvolvimento. Cada item é pontuado em uma escala de 1 a 10, sendo 1 o mais baixo nível de ansiedade e 10 o mais alto. Identificadores específicos são fornecidos no Guia de avaliação do CD:H e da Escala de Classificação. A pontuação de cada item é anotada no espaço correspondente na folha		A Parte A contém 14 itens. Cada item é pontuado em uma escala de 1 a 7, sendo 1 o mais baixo nível de ansiedade e 7 o mais alto. (Modificação: mantido o texto mais sucinto)		(Excluído trecho)			
	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3		Juiz 4	
	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo
						Não descreve os itens na parte A e mantém nas partes B e C. Os itens são aspectos importantes devido a atribuição de pontos. Também percebo repetições com o Guia de Pontuação. Sugiro que levar o texto mais importante para lá. De forma semelhante, foi feito em outra seção em que o texto principal foi levado para dentro dos quadros. Portanto, sugiro que aqui seja feita da mesma forma, excluindo as descrições das Parte A, B e C. Levei para o Guia de Pontuação esta frase sucinta que em parte é repetida lá.		

Parágrafo 7	CD:H VB		CD:H VB - modificado		CD:H VBb			
	Parte B consiste em oito itens que presumivelmente podem indicar patologias. A omissão, o exagero e a atenuação de uma parte do corpo recebem cinco pontos. Distorção, omissão de duas ou mais partes do corpo, transparência, perfil da pessoa misto e sombreamento recebem 10 pontos cada. Se o item não estiver presente, a pontuação “0” é anotada.		A Parte B consiste em oito itens que presumivelmente podem indicar patologias. A omissão, o exagero e a atenuação de uma parte do corpo recebem 4 pontos. Distorção, omissão de duas ou mais partes do corpo, transparência, perfil da pessoa misto e sombreamento recebem 7 pontos cada. Se o item não estiver presente, a pontuação “1” é anotada. (Modificação: modificada as pontuações)		(Excluído trecho)			
	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3		Juiz 4	
	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo
						Não estão claros quais são os itens que compõe a parte B. Mesmo no texto original em inglês (tive que ler pelo menos duas vezes para entender como pontuar a parte B). Eu sugiro que aponte claramente quais são os itens ou caso contrário as pessoas que querem usar o instrumento, vão não vão saber pontuar. Uma solução pode ser elencar os itens. Minha sugestão é excluir tudo isso, pois percebo repetições com o Guia de Pontuação. Sugiro levar o texto mais importante para lá. De forma semelhante como em outra seção em que o texto principal foi levado para dentro dos quadros. Levei para o Guia de Pontuação esta frase principal desta parte B.		

Parágrafo 8	CD:H VB		CD:H VB - modificado		CD:H VBb			
	A Parte C é a classificação da forma (<i>gestalt</i>) ou impressão do desenho como um todo, exigindo uma resposta global do avaliador para a ansiedade expressada na figura, em uma escala de 0 a 10, usando-se os identificadores específicos fornecidos. A pontuação um (1) indica enfrentamento ou baixa ansiedade e a pontuação dez (10) indica distúrbio ou alta ansiedade.		A Parte C é a aparência ou impressão do desenho como um todo da ansiedade expressada na figura, em uma escala de 1 a 7, usando-se os identificadores específicos fornecidos. A pontuação um (1) indica enfrentamento ou baixa ansiedade e a pontuação sete (7) indica distúrbio ou alta ansiedade. (Modificação: retirada expressão em inglês, modificada a pontuação e mantido texto mais sucinto)		(Excluído trecho)			
	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3		Juiz 4	
	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo
						Minha sugestão é excluir tudo isso, pois percebo repetições com o Guia de Pontuação. Sugiro levar o texto mais importante para lá. De forma semelhante como em outra seção em que o texto principal foi levado para dentro dos quadros. Levei para o Guia de Pontuação esta frase principal desta parte C.		
Parágrafo 9	CD:H VB		CD:H VB - modificado			CD:H VBb		
	Em cada item, usando-se a escala de um a 10 para a pontuação, o avaliador determina a pontuação dada. Alguns itens não possuem identificadores específicos. Consequentemente, é o julgamento do avaliador é que determina a pontuação de cada item. Por exemplo, o item não se encaixa nos identificadores fornecidos (pontuação três e cinco), mas fica entre esses valores. Assim, o avaliador atribui a pontuação mais adequada (por exemplo, quatro). A pontuação total para cada parte é determinada somando-se os itens individuais presentes em cada parte. A pontuação total do CD:H é determinada pela soma dos totais das Partes A, B e C.		A pontuação total do CD:H é determinada pela soma dos totais das Partes A, B e C. (Modificação: mantido o texto mais sucinto e retirada a possibilidade de assinalar itens sem rótulos)			(Unido trecho no parágrafo 5, conforme avaliação do juiz 4)		
	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3		Juiz 4	
	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo
Parágrafo 10	CD:H VB		CD:H VB - modificado			CD:H VBb		
	É recomendável o conhecimento do crescimento e desenvolvimento da criança, das respostas à hospitalização e do uso da arte (desenho) como uma medida projetiva para facilitar a aplicação deste instrumento. As referências citadas ao final podem ajudar na compreensão do tema. Além disso, a experiência tem mostrado que é importante: (1) ser conservador e consistente ao dar a pontuação (se em dúvida, escolher a pontuação mais alta), (2) Revisar os identificadores frequentemente (após avaliar vários desenhos, o avaliador tende a ignorar os identificadores escritos achando que já tem uma boa compreensão deles, porém é uma ilusão) e (3) ficar atento para não cometer erros no registro dos pontos (certifique-se de que a pontuação seja registrada no espaço correto da folha de pontuação e de que cada item seja registrado).		Para o uso do CD:H é importante que o aplicador: (1) seja conservador e consistente ao dar a pontuação (se em dúvida, escolher a pontuação mais alta), (2) Revise o guia de pontuação frequentemente (após avaliar vários desenhos, o avaliador tende a ignorar os identificadores escritos achando que já tem uma boa compreensão deles, porém é uma ilusão) e (3) ficar atento para não cometer erros no registro dos pontos (certifique-se de que a pontuação seja registrada no espaço correto da folha de pontuação e de que cada item seja registrado). (Modificação: mantido o texto mais sucinto)			Para o uso do CD:H é importante que o aplicador: (1) seja cauteloso e coerente ao dar a pontuação (se em dúvida, escolher a pontuação mais alta), (2) Revise o guia de pontuação frequentemente (após avaliar vários desenhos, o avaliador tende a ignorar os identificadores escritos achando que já tem uma boa compreensão deles, porém é uma ilusão) e (3) ficar atento para não cometer erros no registro dos pontos (certifique-se de que a pontuação seja registrada no espaço correto da folha de pontuação e de que cada item seja registrado).		
	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3		Juiz 4	
	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo
						Penso que os termos conservador e consistente podem não ser compreendidos. Substituir por “cauteloso e coerente”		

CD:H - GUIA DE PONTUAÇÃO							
Parágrafo 11	CD:H VB		CD:H VB - modificado		CD:H VBb		
	A pontuação do CD:H requer algum julgamento do avaliador. Quando possível, a subjetividade foi reduzida com identificadores e exemplos específicos descritos abaixo. O “paciente” no desenho é o foco principal da avaliação. O paciente é a pessoa na cama, na cadeira de rodas ou com muletas. O paciente pode estar sozinho no desenho ou ser nomeado pela criança. Quando o “paciente” não estiver claramente identificado, utilize a maior pessoa para avaliar.		A pontuação do CD:H requer um julgamento do avaliador. Quando possível, a subjetividade deve ser reduzida com o auxílio dos exemplos específicos descritos abaixo. O “paciente” no desenho é o foco principal da avaliação. O paciente é a pessoa na cama, na cadeira de rodas ou com muletas. O paciente pode estar sozinho no desenho ou ser nomeado pela criança. Quando o “paciente” não estiver claramente identificado, utilize a maior pessoa para avaliar. (Modificação:		A pontuação do CD:H requer o julgamento do avaliador. Para reduzir a subjetividade do avaliador, utilizar os exemplos específicos descritos a seguir. O “paciente” no desenho é o foco principal da avaliação. O paciente é a pessoa na cama, na cadeira de rodas ou com muletas. O paciente pode estar sozinho no desenho ou ser nomeado pela criança. Quando o “paciente” não estiver claramente identificado, utilize a maior pessoa para avaliar.		
	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3		Juiz 4
	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo 0. Discordo
		Manter a palavra ‘algum’ justamente para manter o foco no paciente avaliado. “para reduzir o efeito da subjetividade do avaliador, utilizar os exemplos específicos descritos abaixo”.				Substituir abaixo por a seguir.	

PARTE A							
Parágrafo 12	CD:H VB		CD:H VB - modificado		CD:H VBb		
	Cada item da Parte A é pontuado em uma escala de 1 a 10, sendo que o avaliador determina a pontuação de 1 a 10.		Cada item da Parte A é pontuado em uma escala de 1 a 7 de acordo com as características encontradas no desenho. (Modificação: pontuações e retirado trecho julgado como irrelevante)		A Parte A contém 14 itens. Cada item da Parte A é pontuado em uma escala de 1 a 7 de acordo com as características encontradas no desenho, sendo 1 o mais baixo nível de ansiedade e 7 o mais alto.		
	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3		Juiz 4
	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo 0. Discordo
						O texto mais sucinto da Atribuição de Pontuação foi trazido para esta seção. Assim a seção Atribuição de Pontuação poderá ser reduzida, evitando-se repetições. A Parte A contém 14 itens. Cada item da Parte A é pontuado em uma escala de 1 a 7 de acordo com as características encontradas no desenho, sendo 1 o mais baixo nível de ansiedade e 7 o mais alto.	

Item 1: Posição							
Parágrafo 13	CD:H VB		CD:H VB - modificado		CD:H VBb		
	As crianças tendem a mostrar uma percepção de si mesmas, de segurança e de bem-estar ao desenhar uma pessoa em uma posição independente (por ex. pessoa em pé, ereta), ao contrário de uma posição dependente (por ex., uma pessoa deitada na cama). A necessidade da criança de segurança ou apoio, muitas vezes, se reflete em uma linha ou grama desenhada sob a figura para proporcionar uma base firme ou a sensação de ter os pés no chão (Klepsch & Logie, 1982). Desenhar a pessoa em posições indefesas indica um aumento da ansiedade e uma percepção de significância, juntamente com a perda de si mesmo e do controle do ambiente. Figuras flutuantes podem ser indicativas de insegurança (DiLeo, 1970). A ausência de pessoas nos desenhos pode significar dificuldade em se ter uma percepção de si mesmo ou dos outros (DiLeo, 1970). Pontuação:		As crianças tendem a mostrar uma percepção de segurança e de bem-estar ao desenhar uma pessoa em uma posição independente (por ex. pessoa em pé, ereta), ao contrário de uma posição dependente (por ex., uma pessoa deitada na cama). A necessidade da criança de segurança ou apoio, muitas vezes, se reflete em uma linha ou grama desenhada sob a figura (Klepsch & Logie, 1982). A ausência de pessoas nos desenhos pode significar dificuldade em se ter uma percepção de si mesmo ou dos outros (DiLeo, 1970). Pontuação: (Modificação: retirado trecho pouco claro, que não havia demonstração de exemplos)		As crianças tendem a mostrar uma percepção de segurança e de bem-estar ao desenhar uma pessoa em uma posição independente (por ex. pessoa em pé, ereta), ao contrário de uma posição dependente (por ex., uma pessoa deitada na cama). A necessidade da criança de segurança ou apoio, muitas vezes, se reflete em uma linha ou grama desenhada sob a figura (Klepsch & Logie, 1982). A ausência de pessoas nos desenhos pode significar dificuldade em se ter uma percepção de si mesmo ou dos outros (DiLeo, 1970). Pontuação:		
	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3		Juiz 4
	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo 0. Discordo
Figuras Item 1 - Parte A	CD:H VB		CD:H VB - modificado		CD:H VBb		
	<div>1. </div> <div>2. </div> <div>3. </div> <div>4. </div> <div>5. </div> <div>6. </div> <div>7. </div> <div>8. </div> <div>9. </div> <div>10. </div>		<div>1. </div> <div>2. </div> <div>3. </div> <div>4. </div> <div>5. </div> <div>6. </div> <div>7. </div> <div>(Modificação: retirados desenhos 3, 4 e 6)</div>		<div>1. </div> <div>2. </div> <div>3. </div> <div>4. </div> <div>5. </div> <div>6. </div> <div>7. </div>		
	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3		Juiz 4
	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo 0. Discordo

Quadro Item 1 - Parte A	CD:H VB										
	PARTE A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	1. Posição da Pessoa	Em pé, no chão	Em pé, sem chão	Em pé, com muletas	Em pé, em cima da cama	Sentado na cadeira	Sentado na cama	Sentado na cama, coberto	Deitado na cama	Deitado na cama, coberto	Flutuando ou sem pessoa
	CD:H VB - modificado										
	PARTE A	1	2	3	4	5	6	7			
	1. Posição da Pessoa	Em pé, no chão	Em pé, sem chão	Sentado na cadeira	Sentado na cama	Deitado na cama	Deitado na cama, coberto	Flutuando ou sem pessoa			
	Modificação: retirados os itens 4 (por não ter sido citado no texto sueco) e 3 (que foi pouco citado e por conter material hospitalar que será avaliado no item 13). Unidos os itens 5 e 6 devido pontuações próximas e serem pouco citados.										
	CD:H VBb										
	PARTE A	1	2	3	4	5	6	7			
	1. Posição da Pessoa	Em pé, no chão	Em pé, sem chão	Sentado na cadeira	Sentado na cama	Deitado na cama	Deitado na cama, coberto	Flutuando ou sem pessoa			
	Juiz 1			Juiz 2			Juiz 3			Juiz 4	
	1. Concordo	0. Discordo		1. Concordo	0. Discordo		1. Concordo	0. Discordo		1. Concordo	0. Discordo

Parágrafo 14	Item 2: Ação										
	CD:H VB			CD:H VB - modificado			CD:H VBb				
	As crianças têm a habilidade de retratar um sentido de “vida” em seus desenhos. Quase todas as figuras desenhadas sugerem algum movimento ou energia, variando da rigidez a extrema movimentação. Movimento é mais frequentemente encontrado nos desenhos infantis (Hammer, 1980). Pessoas em pé e andando ou a inclusão de objetos em movimento demonstram uma criança com senso de controle e manutenção de si mesma. Figuras rígidas são frequentemente desenhadas por crianças que necessitam manter o controle em situações nas quais elas se sentem pequenas. Conforme a ansiedade aumenta, as crianças desenhavam pessoas cada vez mais limitadas em ação. Algumas crianças desenharão apenas uma sala vazia, com ausência de pessoas, calor e vida. Pontuação:			Pessoas em pé e andando ou a inclusão de objetos em movimento demonstram uma criança com senso de controle e autoconhecimento. Figuras rígidas são frequentemente desenhadas por crianças que necessitam manter o controle em situações nas quais elas se sentem pequenas. Conforme a ansiedade aumenta, as crianças desenhavam pessoas cada vez mais limitadas em ação. Algumas crianças desenharão apenas uma sala vazia, com ausência de pessoas, calor e vida. Pontuação: (Modificação: retirado trecho muito conceitual e trocado a expressão “manutenção de si mesma” para “autoconhecimento”)			Pessoas em pé e andando ou a inclusão de objetos em movimento demonstram uma criança com senso de controle e autoconhecimento. Figuras rígidas são frequentemente desenhadas por crianças que necessitam manter o controle em situações nas quais elas se sentem pequenas. Conforme a ansiedade aumenta, as crianças desenhavam pessoas cada vez mais limitadas em ação. Algumas crianças desenharão apenas uma sala vazia, com ausência de pessoas, calor e vida. Pontuação:				
	Juiz 1			Juiz 2			Juiz 3			Juiz 4	
	1. Concordo	0. Discordo		1. Concordo	0. Discordo		1. Concordo	0. Discordo		1. Concordo	0. Discordo

Parágrafo 15	CD:H VB			CD:H VB - modificado			CD:H VBb			
	1. Visivelmente em movimento: pessoa em movimento. Além disso, cadeiras de rodas, camas, carros, etc. em movimento podem ser desenhados. 3. Pessoa ou desenho cheio de vida: Ação claramente demonstrada, por ex.: conversa demonstrada por palavras escritas, tosse, etc. Movimento em todo o desenho, por ex.: sala de operação em atividade. 5. Mostra alguma vida: sentado ou em pé. Braços levantados. Pessoas conversando. Assistindo TV (veja se tem figura na tela). Atividade enquanto os tratamentos são realizados, por ex.: estetoscópio no tórax ou enfermeira administrando medicações para a criança. 7. Potencial para movimento: sentado ou semirreclinado. Desenhos têm braços e pernas, mas em posição dependente. Rodas nas camas, veículos, etc. 8. Nenhum movimento, mas com vida: Deitado na cama. Braços para baixo. Nenhuma outra pessoa no quarto. Podem estar sorrindo e estar de olhos abertos. 10. Rigidez, sem vida: sem evidência de vida. Rigidez com braços para baixo ou sem braços. Maior parte do corpo coberta. Sem sorrir. Corpo preto ou desenhado em preto.			1. Visivelmente em movimento: pessoa em movimento. Além disso, cadeiras de rodas, camas, carros, etc. em movimento podem ser desenhados. 2. Pessoa cheia de vida: ação claramente demonstrada, por ex.: conversa demonstrada por palavras escritas, tosse, etc. 3. Desenho em movimento: movimento em todo o desenho, por ex.: sala de operação em atividade. 4. Mostra alguma vida: sentado ou em pé. Braços levantados. Pessoas conversando. Assistindo TV (veja se tem figura na tela). Atividade enquanto os tratamentos são realizados, por ex.: estetoscópio no tórax ou enfermeira administrando medicamentos para a criança. 5. Potencial para movimento: sentado ou semirreclinado. Desenhos têm braços e pernas, mas em posição dependente. Rodas nas camas, veículos, etc. 6. Nenhum movimento, mas com vida: Deitado na cama. Braços para baixo. Nenhuma outra pessoa no quarto. Podem estar sorrindo e estar de olhos abertos. 7. Rígido, sem vida: sem evidência de vida. Rigidez com braços para baixo ou sem braços. Maior parte do corpo coberta. Sem sorrir. Corpo preto ou desenhado em preto. (Modificação: Trocado termo “medicações” para “medicamentos”, pois medicação já indica o ato de medicar. No Item 3 foram separados os conceitos tanto do quadro, quanto do texto. Renumerado os itens)			1. Visivelmente em movimento: pessoa em movimento. Além disso, cadeiras de rodas, camas, carros, etc. em movimento podem ser desenhados. 2. Pessoa cheia de vida: ação claramente demonstrada, por ex.: conversa demonstrada por palavras escritas, tosse, etc. 3. Desenho em movimento: movimento em todo o desenho, por ex.: sala de operação em atividade. 4. Mostra alguma vida: sentado ou em pé. Braços levantados. Pessoas conversando. Assistindo TV (veja se tem figura na tela). Atividade enquanto os tratamentos são realizados, por ex.: estetoscópio no tórax ou enfermeira administrando medicamentos para a criança. 5. Potencial para movimento: sentado ou semirreclinado. Desenhos têm braços e pernas, mas em posição dependente. Rodas nas camas, veículos, etc. 6. Nenhum movimento, mas com vida: Deitado na cama. Braços para baixo. Nenhuma outra pessoa no quarto. Podem estar sorrindo e estar de olhos abertos. 7. Rígido, sem vida: sem evidência de vida. Rigidez com braços para baixo ou sem braços. Maior parte do corpo coberta. Sem sorrir. Corpo preto ou desenhado em preto.			
	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3		Juiz 4			
	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo		

Quadro Item 2 - Parte A	Quadro Item 2 – Parte A										
	CD:H VB										
	PARTE A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	2. Ação - vida	Visivelmente em movimento		Pessoa ou desenho vivo		Mostra alguma vida		Potencial para movimento	Sem movimento, mas vivo		Rígido, sem vida
	CD:H VB - modificado										
	PARTE A	1	2	3	4	5	6	7			
	2. Ação - vida	Visivelmente em movimento	Pessoa cheia de vida	Desenho em movimento	Mostra alguma vida	Potencial para movimento	Sem movimento, mas com vida	Rígido, sem vida			
	Modificação: Retirados os itens 2, 6 e 9 devido ausência de rótulo. Item 3 separados os conceitos tanto do quadro, quanto do texto.										
	CD:HVBb										
	PARTE A	1	2	3	4	5	6	7			
	2. Ação - vida	Visivelmente em movimento	Pessoa cheia de vida	Desenho em movimento	Mostra alguma vida	Potencial para movimento	Sem movimento, mas com vida	Rígido, sem vida			
	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3		Juiz 4				
	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo			

Item 3: Comprimento do Corpo								
Parágrafo 16	CD:H VB		CD:H VB - modificado			CD:H VBb		
	É provável que as crianças que conseguem desenhar uma pessoa com proporções corretas tenham noção de competência e segurança e estejam experimentando menos estresse. Conforme a ansiedade aumenta, as figuras humanas tornam-se menores, minúsculas e insignificantes. Este item deve ser pontuado de acordo com o tamanho da pessoa em comparação com a folha de papel. A pessoa é o “paciente”.		Conforme a ansiedade aumenta, as figuras humanas tornam-se menores, minúsculas e insignificantes. Este item deve ser pontuado de acordo com o tamanho da pessoa em comparação com a folha de papel. A pessoa é o “paciente”. (Modificação: mantido o texto mais sucinto)			Conforme a ansiedade aumenta, as figuras humanas tornam-se menores, minúsculas e insignificantes. Este item deve ser pontuado de acordo com o tamanho da pessoa em comparação com a folha de papel. A pessoa é o “paciente”.		
	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3		Juiz 4	
	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo
Parágrafo 17	CD:H VB		CD:H VB - modificado			CD:H VBb		
	Pontuação: 1. Corpo alto, ocupa todo o papel: usualmente com uma só pessoa. Pessoa é predominante e pode tocar as margens do papel. 2. Corpo alto, mas apropriado para o desenho: Pessoas grandes, frequentemente haverá outros objetos desenhados. Todas as partes do desenho são apropriadas em tamanho. 3. Corpo pequeno, mas apropriado para o desenho: A criança desenha as pessoas em relação ao desenho, por ex.: pode desenhar uma criança menor que o adulto. 5. Pessoas pequenas, corpos expostos: Pessoas parecem pequenas para o papel. A pessoa é inteiramente desenhada, mas de maneira pequena. 7. Pessoas muito pequenas, contidas: Pessoas muito pequenas que parecem oprimidas pelo papel. 8. Somente o tronco da pessoa: Pode incluir os braços. Corpo coberto. 9. Somente a cabeça, com o corpo coberto. Somente a cabeça está evidente, mas indica que há um corpo embaixo dos cobertores. 10. Cabeça flutuante, sem corpo: Somente a cabeça é desenhada. Cabeça na cama, sem evidência de corpo sob as cobertas. Pode estar sozinha sem outras partes no desenho.		Pontuação: 1. Corpo alto, mas apropriado para o desenho: pessoas grandes, frequentemente haverá outros objetos desenhados. Todas as partes do desenho são apropriadas em tamanho. 2. Corpo pequeno, mas apropriado para o desenho: a criança desenha as pessoas em relação ao desenho, por ex.: pode desenhar uma criança menor que o adulto. 3. Corpo apropriado, mas sem roupas: o corpo possui tamanho apropriado quanto sua altura em comparação com o desenho, porém, sem roupas. 4. Pessoas pequenas, corpos expostos: pessoas parecem pequenas para o papel. A pessoa é inteiramente desenhada, mas de maneira pequena e sem roupas. 5. Pessoa muito pequena, pessoa constrangida: pessoas muito pequenas que parecem oprimidas pelo papel. 6. Somente o tronco da pessoa: Pode incluir os braços. Corpo coberto. 7. Cabeça flutuante ou somente cabeça com corpo coberto: somente a cabeça está desenhada sem evidências de corpo ou corpo está indicado embaixo dos cobertores. (Modificação: retirado item 1 por ter sido pouco citado no texto sueco e item 10 unido com item 9 por não ser citado. Modificada a palavra “torso” do item 8 para “tronco”. Renumerado os itens)			Pontuação: 1. Corpo alto, mas apropriado para o desenho: pessoas grandes, frequentemente haverá outros objetos desenhados. Todas as partes do desenho são apropriadas em tamanho. 2. Corpo pequeno, mas apropriado para o desenho: a criança desenha as pessoas em relação ao desenho, por ex.: pode desenhar uma criança menor que o adulto. 3. Corpo apropriado, mas sem roupas: o corpo possui tamanho apropriado quanto sua altura em comparação com o desenho, porém, sem roupas. 4. Pessoas pequenas, corpos expostos: pessoas parecem pequenas para o papel. A pessoa é inteiramente desenhada, mas de maneira pequena e sem roupas. 5. Pessoa muito pequena, pessoa constrangida: pessoas muito pequenas que parecem oprimidas pelo papel. 6. Somente o tronco da pessoa: Pode incluir os braços. Corpo coberto. 7. Cabeça flutuante ou somente cabeça com corpo coberto: somente a cabeça está desenhada sem evidências de corpo ou corpo está indicado embaixo dos cobertores.		
	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3		Juiz 4	
	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo

Quadro Item 3 - Parte A	Quadro Item 3 – Parte A										
	CD:H VB										
	PARTE A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	3.Comprimento da pessoa	Corpo alto, ocupa todo o papel	Corpo alto, apropriado ao desenho	Corpo pequeno, apropriado ao desenho	Corpo fino, sem roupas ou apropriado, mas sem roupas	Pessoa pequena, corpo exposto		Muito pequeno, pessoa constrangida	Somente o torso	Somente cabeça, corpo coberto	Cabeça flutuante, sem corpo
	PARTE A	1	2	3	4	5	6	7			
	3.Comprimento da pessoa	Corpo alto, apropriado ao desenho	Corpo pequeno, apropriado ao desenho	Corpo apropriado, mas sem roupas	Pessoa pequena, corpo exposto	Muito pequeno, pessoa constrangida	Somente o tronco da pessoa	Cabeça flutuante ou somente cabeça com corpo coberto			
	Modificação: retirado item 6 por falta de rótulo; retirado item 1 por ter sido pouco citado no texto sueco; unido item 10 com item 9 por não ser citado. Modificada a palavra “torso” do item 8 para “tronco da pessoa”										
	CD:HVBb										
	PARTE A	1	2	3	4	5	6	7			
	3.Comprimento da pessoa	Corpo alto, apropriado ao desenho	Corpo pequeno, apropriado ao desenho	Corpo apropriado, mas sem roupas	Pessoa pequena, corpo exposto	Muito pequeno, pessoa constrangida	Somente o tronco da pessoa	Cabeça flutuante ou somente cabeça com corpo coberto			
	Juiz 1		Juiz 2			Juiz 3			Juiz 4		
	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo			

Item 4: Largura da Pessoa em Relação ao Comprimento.											
Parágrafo 18	CD:H VB			CD:H VB - modificado				CD:H VBb			
	A largura do corpo em relação à altura fornece algumas indicações sobre o grau de segurança que a criança está experimentando. A largura do corpo está relacionada ao espaço usado no papel. É mais provável que a criança sem ansiedade desenhe pessoas altas que são preenchidas na largura proporcionalmente a altura. À medida que a ansiedade aumenta, os corpos tornam-se mais estreitos e ocupam menos espaço no papel. Alguns corpos são aumentados com roupas. Roupas indicam senso de valor e figuras sem roupas evidenciam o sentimento de exposição da criança. Figuras palito são frequentemente desenhadas por crianças que são hesitantes em revelarem-se a si próprias. Pontuação:			A largura do corpo em relação à altura fornece algumas indicações sobre o grau de segurança que a criança está experimentando. À medida que a ansiedade aumenta, os corpos tornam-se mais estreitos e ocupam menos espaço no papel. Pontuação: (Modificação: retirados conceitos, deixando texto mais sucinto)				A largura do corpo em relação à altura fornece algumas indicações sobre o grau de segurança que a criança está experimentando. Alguns corpos são aumentados com roupas. À medida que a ansiedade aumenta, os corpos tornam-se mais estreitos e ocupam menos espaço no papel. Pontuação:			
	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3			Juiz 4			
	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo			
			“Alguns corpos são aumentados com roupas” por caracterizar um item apresentado no diagrama.								

Figuras Item 4 - Parte A

Quadro Item 4 - Parte A	Quadro Item 4 – Parte A										
	CD:H VB										
	PARTE A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	4. Largura da pessoa	Largura apropriada ao comprimento	Largura ligeiramente reduzida comparada ao comprimento	Largura fina comparada ao comprimento, vestido	Corpo fino, sem roupas, ou apropriado, mas sem roupas	Corpo apropriado em tamanho, coberto	Pessoas palito com roupas	Pessoas palito sem roupas	Corpo muito fino ou pessoa palito coberta	Forma do corpo ambígua	Sem corpo, cabeça flutuante, sem evidência de corpo sob as cobertas
	CD:H VB - modificado										
	PARTE A	1	2	3	4	5	6	7			
	4. Largura da pessoa	Largura apropriada ao comprimento	Largura fina comparada ao comprimento, vestido	Corpo fino, sem roupas ou apropriado, mas sem roupas	Largura apropriada ao comprimento, porém coberto	Pessoas palito com ou sem roupas	Corpo muito fino ou pessoa palito cobertos	Forma do corpo ambígua ou sem corpo, cabeça flutuante, sem evidência de corpo sob as cobertas			
	CD:H VB - modificado : Unidos os itens 9 com 10, devido sua baixa incidência e por possuir características semelhantes. Unidos itens 6 e 7 por possuir características semelhantes. Excluído item 2 devido baixa incidência e pouca diferença entre os itens 1 e 3.										
	CD:HVBb										
	PARTE A	1	2	3	4	5	6	7			
	4. Largura da pessoa	Largura apropriada ao comprimento	Largura fina comparada ao comprimento e vestido	Corpo fino ou apropriado, mas sem roupas	Largura apropriada ao comprimento, porém coberto	Pessoa palito com ou sem roupas	Corpo muito fino ou pessoa palito cobertos	Forma do corpo ambígua ou sem corpo, cabeça flutuante, sem evidência de corpo sob as cobertas			
Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3			Juiz 4				
1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo				
							2 Largura fina comparada ao comprimento e vestido. (Fica mais claro com “e”). 3 Corpo fino ou apropriado, mas sem roupas. 5 Pessoa palito ou sem roupa (O “paciente” no desenho é o foco principal da avaliação, que pode estar sozinho no desenho ou ser nomeado pela criança. Quando o “paciente” não estiver claramente identificado, utilize a maior pessoa para avaliar. Portanto, a avaliação é feita apenas de uma pessoa. Retirar plural). 7 Forma do corpo ambígua ou sem corpo, cabeça flutuante (Retirar “sem evidência de corpo sob as cobertas” por ser muito semelhante ao 6, podendo ser confundido pelo corpo muito fino sob cobertores).				

Parágrafo 19	Item 5. Expressão Facial							
	CD:H VB				CD:H VB - modificado		CD:H VBb	
	A face é a parte expressiva do corpo. Crianças projetarão seus sentimentos na figura por meio da expressão facial mostrada. Expressões faciais têm sido relatadas como o mais confiável indicador de sentimento (Burns & Kaufman, 1970; Machover, 1949). Um sorriso é considerado representativo de sentimentos positivos enquanto que a cara fechada é considerada um indicador de sentimentos negativos. Falta de expressão facial pode indicar distúrbio emocional. Algumas vezes pessoas sorrindo são desenhadas em posição ameaçadora, indicando a necessidade de negar a realidade ou tentar mascarar os verdadeiros sentimentos diante da situação.				A face é a parte expressiva do corpo. Crianças projetarão seus sentimentos na figura por meio da expressão facial mostrada. Um sorriso é considerado representativo de sentimentos positivos enquanto que a cara fechada é considerada um indicador de sentimentos negativos. Falta de expressão facial pode indicar distúrbio emocional. Algumas vezes pessoas sorrindo são desenhadas em posição ameaçadora, indicando a necessidade de negar a realidade ou tentar mascarar os verdadeiros sentimentos diante da situação. (Modificação: reduzidos conceitos)		A face é a parte expressiva do corpo. Crianças projetarão seus sentimentos na figura por meio da expressão facial mostrada. Um sorriso é considerado representativo de sentimentos positivos enquanto que a cara fechada é considerada um indicador de sentimentos negativos. Falta de expressão facial pode indicar distúrbio emocional. Algumas vezes pessoas sorrindo são desenhadas em posição ameaçadora, indicando a necessidade de negar a realidade ou tentar mascarar os verdadeiros sentimentos diante da situação.	
	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3		Juiz 4	
	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo

Quadro Item 5 - Parte A	Quadro Item 5 - Parte A										
	CD:H VB										
	PARTE A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	5. Expressão facial	Sorriso		Meio sorriso		Neutro			Cara meio fechada	Cara fechada	Sem face, sem expressão
	CD:H VB - modificado										
	PARTE A	1	2	3	4	5	6	7			
	5. Expressão facial	Sorriso largo	Sorriso	Meio sorriso	Neutro	Cara meio fechada	Cara fechada	Sem face, sem expressão			
	CD:H VB - modificado : o item 2 mesmo não contendo rótulo teve 12 citações no artigo sueco, por isso, incluído um rótulo à ele. Retirados os itens 4, 6 e 7 devido ausência dos rótulos.										
	CD:HVBb										
	PARTE A	1	2	3	4	5	6	7			
	5. Expressão facial	Sorriso largo	Sorriso	Meio sorriso	Neutro	Cara meio fechada	Cara fechada	Sem face, sem expressão			
	Juiz 1		Juiz 2			Juiz 3			Juiz 4		
	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo			
Item 6: Olhos											
Parágrafo 20	CD:H VB			CD:H VB - modificado				CD:H VBb			
	Crianças são fascinadas por olhos desde a tenra infância e os incluem nos desenhos de pessoas como o primeiro detalhe. O olho não é somente visto como “as janelas da alma”, revelando a vida interior das crianças, mas é a base para o contato com o mundo exterior (Machover, 1949). É assim como as crianças “vêem” seu mundo. Olhos com pupilas e escleróticas mostradas apropriadamente são consideradas como representação de um senso de bem-estar e baixo nível de ansiedade. Olhos servem para avisar os indivíduos sobre ameaças dentro do ambiente. Crianças com a ansiedade aumentada podem desenhar olhos grandes indicando desconfiança ou hipervigilância. Crianças podem omitir os olhos com o significado de negar o problema e recusa em ver o mundo. A omissão da pupila tem um significado mais sutil de “não ver”, representado apenas pelo contorno dos olhos.			Olhos com pupilas e escleróticas mostradas apropriadamente são consideradas como representação de um senso de bem-estar e baixo nível de ansiedade. Crianças com a ansiedade aumentada podem desenhar olhos grandes indicando desconfiança ou hipervigilância. Crianças podem omitir os olhos com o significado de negar o problema e recusa em ver o mundo. A omissão da pupila tem um significado mais sutil de “não ver”, representado apenas pelo contorno dos olhos. (CD:H VB - modificado : reduzido trecho conceitual)				Olhos com pupilas e escleróticas mostradas apropriadamente são consideradas como representação de um senso de bem-estar e baixo nível de ansiedade. Crianças com a ansiedade aumentada podem desenhar olhos grandes indicando desconfiança ou hipervigilância. Crianças podem omitir os olhos com o significado de negar o problema e recusa em ver o mundo. A omissão da pupila tem um significado mais sutil de “não ver”, representado apenas pelo contorno dos olhos.			
	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3		Juiz 4				
	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo			
	<i>Em métodos expressivos, como este, onde há uma tarefa específica e que o avaliando não sabe o que se espera dele, mesmo com a orientação dada no início (e o mesmo vale para crianças), a ansiedade já é um fator inerente ao processo avaliativo. Ademais, as habilidades desenvolvidas para a tarefa, neste caso, desenho humano em um contexto específico, deve atentar que a criança só consiga desenhar algumas estruturas, enquanto outras crianças conseguirão desenhar estruturas mais robustas. Em especial, a parte dos olhos pode ser uma variável que interfira na questão da pontuação, colocando a criança num quadro patológico que não esteja, de fato. Assim, sugiro que ao analisar os dados, esta variável seja considerada para um controle nas estruturas fatoriais e psicométricas, a fim de se testar a pertinência de um maior cuidado nas posteriores inferências no uso deste instrumento.</i>										

Quadro Item 6 - Parte A	Quadro Item 6 – Parte A										
	CD:H VB										
	PARTE A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	6.Olhos/Pupilas						Penetrante	Ponto minúsculo	Fechados	Vagos, sem visão	Sem olhos
	CD:H VB - modificado										
	PARTE A	1	2	3	4	5	6	7			
	6.Olhos/Pupilas			Penetrante	Ponto minúsculo	Fechados	Vagos, sem pupilas	Sem olhos			
	CD:H VB - modificado : retirados itens 2 e 4 por falta de rótulo. Retirado item 5 por ter sido menos citado no artigo sueco e por possuir características semelhantes ao item 1 e 2, sendo que sua diferença está na										
	CD:HVBb										
	PARTE A	1	2	3	4	5	6	7			
	6.Olhos/Pupilas			Penetrante	Ponto minúsculo	Fechados	Vagos, sem pupilas	Sem olhos			
Juiz 1		Juiz 2			Juiz 3			Juiz 4			
1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo		
Conforme orientações acima.											

Item 7: Tamanho da Pessoa em Comparação com o Ambiente										
Parágrafo 21	CD:H VB			CD:H VB - modificado				CD:H VBb		
	As crianças que têm um senso de controle e de si mesma desenharão pessoas em relação ao meio ambiente. As crianças que se sentem ameaçadas e oprimidas tem mais probabilidade de desenhar pessoas pequenas em ambientes grandes. Este item deve ser pontuado comparando a pessoa com o meio ambiente identificado. Portanto, a cabeça pode ser pequena, mas o corpo proporcionalmente pequeno, numa cama pequena. Tal situação receberia uma pontuação de 1. Se o ambiente não é incluído, o papel torna-se o ambiente.			As crianças que se sentem ameaçadas e oprimidas tem mais probabilidade de desenhar pessoas pequenas em ambientes grandes. Este item deve ser pontuado comparando a pessoa com o meio ambiente identificado. Portanto, a cabeça pode ser pequena, mas o corpo proporcionalmente pequeno, numa cama pequena. Tal situação receberia uma pontuação de 1. Se o ambiente não é desenhado, o papel torna-se o ambiente. (CD:H VB - modificado : reduzido trecho conceitual)				As crianças que se sentem ameaçadas e oprimidas tem mais probabilidade de desenhar pessoas pequenas em ambientes grandes. Este item deve ser pontuado comparando a pessoa com o meio ambiente identificado. Portanto, a cabeça pode ser pequena, mas o corpo proporcionalmente pequeno, numa cama pequena. Tal situação receberia uma pontuação de 1. Se o ambiente não é desenhado, o papel torna-se o ambiente.		
	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3		Juiz 4			
	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo		

Quadro Item 7 - Parte A	Quadro Item 7 – Parte A										
	CD:H VB										
	PARTE A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	7. Tamanho da pessoa em comparação com ambiente	Tamanho apropriado		Médio para pequeno		Pequeno			Muito pequeno		Minúsculo, oprimido
	CD:H VB - modificado										
	PARTE A	1	2	3	4	5	6	7			
	7. Tamanho da pessoa em comparação com ambiente	Tamanho apropriado	Médio	Médio para pequeno	Pequeno	Muito pequeno	Minúsculo	Oprimido			
	CD:H VB - modificado : retirados itens 4, 6, 7 e 9. Divididos os conceitos do item 10 e acrescentado item 2.										
	CD:HVBb										
	PARTE A	1	2	3	4	5	6	7			
	7. Tamanho da pessoa em comparação com ambiente	Tamanho apropriado	Médio	Médio para pequeno	Pequeno	Muito pequeno	Minúsculo	Oprimido			
Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3			Juiz 4				
1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo				
		A introdução do grau médio pode não atender a diferença entre 'médio – médio para pequeno – pequeno'.					O item 7 “oprimido” não se refere ao tamanho. A tradução mais apropriada, diante do contexto, é comprimido ou condensado. O termo em inglês se refere ao que se encontra reduzido a um volume menor; condensado (quase semelhante à minúsculo). Então para manter a padronização dos escores de 1 a 7 e valorizar a pequena diferença de forma no tamanho, sugiro o termo “comprimido”.				

Item 8: Cor Predominante											
Parágrafo 22	CD:H VB			CD:H VB - modificado				CD:H VBb			
	O uso de cores mais claras e vibrantes é considerado indicativo de um grande senso de si mesma e bem-estar, enquanto que o uso de vermelho e preto é considerado indicativo de níveis mais elevados de ansiedade. Este item é baseado na interpretação habitual da cor, a partir das teorias psicológicas e associadas à cultura ocidental. O vermelho e o preto são mais característicos de sentimento intenso de raiva, agressão, ameaça, medo e perda de controle, que são frequentemente encontrados em casos de ansiedade aumentada. O amarelo, o verde e o azul são geralmente considerados cores otimistas e felizes e são encontradas em desenhos de crianças menos ansiosas. Esta escala é projetada para ser usada com a caixa de 8 lápis de cor. O avaliador precisa saber se todas estavam disponíveis para interpretar este item adequadamente. Além disso, às vezes uma criança insiste em usar seus próprios lápis. Para fins de coerência, pontue todos as nuances de uma cor como uma cor primária, ou seja, o rosa é pontuado como vermelho. Pontue a cor predominante pelas cores primárias equivalentes. Isto requer o julgamento do avaliador.			O uso de cores mais claras e vibrantes é considerado indicativo bem-estar, enquanto que o uso de vermelho e preto é considerado indicativo de níveis mais elevados de ansiedade. O vermelho e o preto são mais característicos de sentimento intenso de raiva, agressão, ameaça, medo e perda de controle, que são frequentemente encontrados em casos de ansiedade aumentada. O amarelo, o verde e o azul são geralmente considerados cores otimistas e felizes e são encontradas em desenhos de crianças menos ansiosas. (CD:H VB - modificado : retirado o conceito que abre premissa para utilizar outras cores além das citadas no manual)				O uso de cores mais claras e vibrantes é considerado indicativo de bem-estar, enquanto que o uso de vermelho e preto é considerado indicativo de níveis mais elevados de ansiedade. O vermelho e o preto são mais característicos de sentimento intenso de raiva, agressão, ameaça, medo e perda de controle, que são frequentemente encontrados em casos de ansiedade aumentada. O amarelo, o verde e o azul são geralmente considerados cores otimistas e felizes e são encontradas em desenhos de crianças menos ansiosas.			
	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3		Juiz 4				
	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo			
	Tal qual nos olhos, esta situação pode gerar um viés.						Indicativo “de” bem-estar,				

Quadro Item 8 - Parte A	Quadro Item 8 – Parte A										
	CD:H VB										
	PARTE A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	8. Cor predominante	Amarelo		Verde		Azul	Laranja	Roxo	Marrom	Vermelho	Preto
	CD:H VB - modificado										
	PARTE A	1	2	3	4	5	6	7			
	8. Cor predominante	Amarelo	Verde	Azul	Laranja ou roxo	Marrom	Vermelho	Preto			
	CD:H VB - modificado : retirados itens 2 e 4 que estão sem rótulos. Unidas as cores laranja e roxo devido proximidade de escores e por serem menos utilizados no estudo.										
	CD:HVBb										
	PARTE A	1	2	3	4	5	6	7			
	8. Cor predominante	Amarelo	Verde	Azul	Laranja	Marrom	Vermelho	Preto			
	Juiz 1		Juiz 2			Juiz 3		Juiz 4			
1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo				
Ver situação dos olhos.					Não vai dar para deixar esse “ou” do item 4. Vai ter de optar por uma das cores.						

Item 9: Número de Cores Usadas								
Parágrafo 23	CD:H VB			CD:H VB - modificado			CD:H VBb	
	Somente as cores básicas são consideradas neste item. De novo, é importante saber que todas as oito cores estão disponíveis para a criança. A premissa básica é que as crianças com ansiedade aumentada não terão energia para selecionar muitas cores. As crianças que estão se sentindo melhores consigo mesmas no hospital têm maior probabilidade de usar muitas cores em seus desenhos.			A premissa básica é que as crianças com ansiedade aumentada não terão energia para selecionar muitas cores. As crianças que estão se sentindo melhores consigo mesmas no hospital têm maior probabilidade de usar muitas cores em seus desenhos. (CD:H VB - modificado : retirado o conceito que abre premissa para utilizar outras cores além das citadas no manual)			A premissa básica é que as crianças com ansiedade aumentada não terão energia para selecionar muitas cores. As crianças que estão se sentindo melhores consigo mesmas no hospital têm maior probabilidade de usar muitas cores em seus desenhos.	
	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3		Juiz 4	
	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo

Quadro Item 9 - Parte A	Quadro Item 9 – Parte A										
	CD:H VB										
	PARTE A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	9. Número de cores utilizado	8	7	6		5	4	3		2	1
	CD:H VB - modificado										
	PARTE A	1	2	3	4	5	6	7			
	9. Número de cores utilizado	8 ou 7	6	5	4	3	2	1			
	CD:H VB - modificado : retirados os itens 4 e 8 por falta de rótulo. Unidos itens 1 e 2, pois a criança que tem capacidade de utilizar 7 cores está muito próxima da criança que utiliza 8 cores.										
	CD:HVBb										
	PARTE A	1	2	3	4	5	6	7			
	9. Número de cores utilizado	7	6	5	4	3	2	1			
	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3		Juiz 4				
	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo			
					Em vez de 8 ou 7, talvez seja melhor “mais de 7”.						

Parágrafo 24	Item 10: Uso do Papel							
	CD:H VB			CD:H VB - modificado			CD:H VBb	
	Este item é pontuado de acordo com o espaço que a criança usou do papel. As crianças muito ansiosas tendem a usar somente uma pequena porção do papel (DiLeo, 1973). Algumas crianças tentam compensar sua ansiedade usando somente uma pequena parte do papel, mas distribuem o conteúdo sobre o mesmo, por ex., uma pequena cama no canto inferior direito com uma TV pequena no canto superior direito. A essência do item é estimar a porcentagem de papel coberta pelo desenho.			Este item é pontuado de acordo com o espaço que a criança usou do papel. As crianças muito ansiosas tendem a usar somente uma pequena porção do papel (DiLeo, 1973). A essência do item é estimar a porcentagem de papel coberta pelo desenho. (CD:H VB - modificado : retirado trecho com exemplo, pois consideramos desnecessário uma vez que ele explica que deve ser estimado uma porcentagem do uso do papel)			Este item é pontuado de acordo com o espaço que a criança usou do papel. As crianças muito ansiosas tendem a usar somente uma pequena porção do papel (DiLeo, 1973). A essência do item é estimar a porcentagem de papel coberta pelo desenho.	
	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3		Juiz 4	
	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo

Quadro Item 10 - Parte A	Quadro Item 10 – Parte A										
	CD:H VB										
	PARTE A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	10. Utilização do papel	Todo		3/4		1/2			1/4		Restrito 1/8
	CD:H VB - modificado										
	PARTE A	1	2	3	4	5	6	7			
	10. Utilização do papel	Todo	3/4	5/8	1/2	1/4	1/5			Restrito 1/8	
	CD:H VB - modificado : retirados itens 2, 6 e 7 sem rótulos. Mantivemos as proporções lineares utilizadas pelas autoras entre as notas 1 e 5; 8 e10, acrescentando rótulo nos itens 4 e 9.										
	CD:HVBb										
	PARTE A	1	2	3	4	5	6	7			
	10. Utilização do papel	Todo	3/4	5/8	1/2	1/4	1/5			Restrito 1/8	
Juiz 1		Juiz 2			Juiz 3			Juiz 4			
1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo				
								Sugiro colocar em porcentagem, uma vez que a essência do item é estimar a porcentagem de papel coberta pelo desenho.			

Item 11: Posicionamento no Papel									
----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Parágrafo 25	CD:H VB		CD:H VB - modificado				CD:H VBb			
	As crianças tendem a ser muito específicas sobre o posicionamento do desenho no papel. As crianças que se sentem menos ansiosas tendem a posicionar seus desenhos no centro do papel. O próximo posicionamento mais frequente é um dos lados do papel. O uso do lado direito indica menos ansiedade, já que projeta um sentido de futuro ou esperança, enquanto que o lado esquerdo sugere uma orientação em direção ao passado (Klepo		As crianças que se sentem menos ansiosas tendem a posicionar seus desenhos no centro do papel. O próximo posicionamento mais frequente é um dos lados do papel. O uso do lado direito indica menos ansiedade, já que projeta um sentido de futuro ou esperança, enquanto que o lado esquerdo sugere uma orientação em direção ao passado (Klepo				As crianças que se sentem menos ansiosas tendem a posicionar seus desenhos no centro do papel. O próximo posicionamento mais frequente é um dos lados do papel. O uso do lado direito indica menos ansiedade, já que projeta um sentido de futuro ou esperança, enquanto que o lado esquerdo sugere uma orientação em direção ao passado (Klepo			
	página ou no alto da página pode indicar otimismo e esforço para alcançar as metas ou o uso da fantasia quando há perda do controle e da segurança pela criança. O posicionamento perto do fim da página pode indicar insegurança ou uma pessoa tentando se tornar mais realista (DiLeo, 1973; Klepoch & Logie, 1982; Machover, 1949).		página ou no alto da página pode indicar otimismo e esforço para alcançar as metas ou o uso da fantasia quando há perda do controle e da segurança pela criança. O posicionamento perto do fim da página pode indicar insegurança ou uma pessoa tentando se tornar mais realista (DiLeo, 1973; Klepoch & Logie, 1982; Machover, 1949).				página ou no alto da página pode indicar otimismo e esforço para alcançar as metas ou o uso da fantasia quando há perda do controle e da segurança pela criança. O posicionamento perto do fim da página pode indicar insegurança ou uma pessoa tentando se tornar mais realista (DiLeo, 1973; Klepoch & Logie, 1982; Machover, 1949).			
	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3		Juiz 4			
1. Concordo		0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo		
		‘Posicionamento perto do topo da página ou no alto da página pode indicar otimismo e esforço para alcançar as metas ou o uso da fantasia’ pois aparecem como itens do diagrama, sem referência ao seu significado.						Sugiro voltar o trecho: “Posicionamento perto do topo da página ou no alto da página pode indicar otimismo e esforço para alcançar as metas ou o uso da fantasia quando há perda do controle e da segurança pela criança”.		

Quadro Item 11 - Parte A	Quadro Item 11 – Parte A										
	CD:H VB										
	PARTE A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	11. Posicionamento no papel
	CD:H VB - modificado										
	PARTE A	1	2	3	4	5	6	7			
	11. Posicionamento no papel
	CD:H VB - modificado : unificados os itens 9 e 10, e os itens 3 e 4, devido baixa incidência. Unido 5 e 6 por conceitos semelhantes.										
	CD:HVBb										
	PARTE A	1	2	3	4	5	6	7			
11. Posicionamento no papel
Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3		Juiz 4					
1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo				
						<i>Tive dúvidas nesta, pois acho que as junções não estão de acordo com os conceitos descritos anteriormente para o posicionamento do papel. No entanto, não consigo ver soluções que não alterem o padrão de 1 a 7 dos escores.</i>					

Item 12: Qualidade do Traço								
Parágrafo 26	CD:H VB			CD:H VB - modificado		CD:H VBb		
	A pressão, a firmeza e a solidez da linha são consideradas indicadores do senso de si mesma e bem-estar da criança (Machover, 1949). Traços firmes, escuros indicam um senso de convicção e segurança. Da mesma maneira, traços leves, claros indicam insegurança e a necessidade de cautela. Pontuação:			Traços firmes, escuros indicam um senso de convicção, segurança e bem-estar. Da mesma maneira, traços leves, claros indicam insegurança e a necessidade de cautela. Pontuação: (CD:H VB - modificado : reduzido trecho conceitual)		Traços firmes, escuros indicam um senso de convicção, segurança e bem-estar. Da mesma maneira, traços leves, claros indicam insegurança e a necessidade de cautela. Pontuação:		
	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3		Juiz 4	
	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo

Parágrafo 27	CD:H VB		CD:H VB - modificado				CD:H VBb			
	1. Firme, escuro: todo colorido com traços firmes.		1. Firme: todo colorido com traços firmes que aparentam ter sido aplicado uma força apropriada.				1. Mais escuro: todo colorido com traços escuros que aparentam ter sido aplicado uma força apropriada.			
	3. Escuro com algumas partes claras: maioria escuro, mas pode haver alguns traços claros. Roupas todas escuras, mas partes do corpo com traços claros, por ex., calça escura, mas camisa clara.		2. Escuro: traços escuros sem muita força.				2. Escuro: traços escuros sem muita força.			
	5. Médio, com partes iguais de claro e escuro. Frequentemente contornos escuros e cores claras para o preenchimento das áreas.		3. Escuro com algumas partes claras: maioria escuro, mas pode haver alguns traços claros. Roupas todas escuras, mas partes do corpo com traços claros, por ex., calça escura, mas camisa clara.				3. Escuro com algumas partes claras: maioria escuro, mas pode haver alguns traços claros. Roupas todas escuras, mas partes do corpo com traços claros, por ex., calça escura, mas camisa clara.			
	8. Claro: todos os traços são claros. Alguns podem ser mais firmes que os outros, mas nenhum demonstra pressão com o lápis.		4. Médio, com partes iguais de claro e escuro. Frequentemente contornos escuros e cores claras para o preenchimento das áreas.				4. Médio, com partes iguais de claro e escuro. Frequentemente contornos escuros e cores claras para o preenchimento das áreas.			
Quadro Item 12 - Parte A	10. Muito claro: todos os traços são iguais. Desenho não tem contornos.		5. Claro com algum escuro: são utilizadas mais cores claras, mas com poucas escuras.				5. Claro com algum escuro: são utilizadas mais cores claras, mas com poucas escuras.			
			6. Claro: todos os traços são claros. Alguns podem ser mais firmes que os outros, mas nenhum demonstra pressão com o lápis.				6. Claro: todos os traços são claros. Alguns podem ser mais firmes que os outros, mas nenhum demonstra pressão com o lápis.			
			7. Muito claro: todos os traços são iguais. Desenho não tem contornos.				7. Muito claro: todos os traços são iguais. Desenho não tem contornos.			
			(Modificação: separados os conceitos do item 1. Acrescentado o conceito de “Claro com algum escuro”)							
Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3		Juiz 4				
1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	
Essa questão da firmeza do traço precisa estar bem justificada. Dependendo do referencial teórico, traços mais firmes podem indicar falta de vitalidade, como podem indicar questões patológicas a serem investigadas.										

Quadro Item 12 - Parte A	Quadro Item 12 – Parte A										
	CD:H VB										
	PARTE A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	12. Qualidade do traço	Firme, escuro		Escuro, algum claro		Médio - escuro e claro equivalentes			Claro		Muito claro
	CD:H VB - modificado										
	PARTE A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	12. Qualidade do traço	Firme	Escuro	Escuro com algum claro	Médio - escuro e claro equivalentes	Claro com algum escuro	Claro	Muito claro			
	Modificação: separados os conceitos do item 1. Acrescentado o conceito de “Claro com algum escuro”										
	CD:HVBb										
	PARTE A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	12. Qualidade do traço	Mais escuro	Escuro	Escuro com algum claro	Médio - escuro e claro equivalentes	Claro com algum escuro	Claro	Muito claro			
	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3		Juiz 4				
	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	
	Ver observação acima.				O firme tem outra conotação. Não pode ser “Mais escuro”?						

Parágrafo 28	CD:H VB			CD:H VB - modificado				CD:H VBb				
	As crianças com ansiedade hospitalar têm mais probabilidade de incluir equipamentos hospitalares em seus desenhos. Os itens desenhados frequentemente representam os itens que causam a maior preocupação (por ex. dispositivos intravenosos, seringas). Na pontuação deste item, deve ser lembrado que a cama é um equipamento hospitalar. Pontue todos os equipamentos hospitalares como eles estão relacionados ao tamanho da pessoa. A ausência de equipamentos é entendida como indicativo de que eles não geram ansiedade.			As crianças com ansiedade hospitalar têm mais probabilidade de incluir equipamentos hospitalares em seus desenhos. Os itens desenhados frequentemente representam os itens que causam a maior preocupação (por ex. dispositivos intravenosos, seringas). Na pontuação deste item, deve ser lembrado que a cama é um equipamento hospitalar. Pontue todos os equipamentos hospitalares como eles estão relacionados ao tamanho da pessoa. (Modificação: retirado trecho conceitual)				As crianças com ansiedade hospitalar têm mais probabilidade de incluir equipamentos hospitalares em seus desenhos. Os itens desenhados frequentemente representam os itens que causam a maior preocupação (por ex. dispositivos intravenosos, seringas). Na pontuação deste item, deve ser lembrado que a cama é um equipamento hospitalar. Pontue todos os equipamentos hospitalares como eles estão relacionados ao tamanho da pessoa.				
	Juiz 1			Juiz 2			Juiz 3			Juiz 4		
	1. Concordo	0. Discordo		1. Concordo	0. Discordo		1. Concordo	0. Discordo		1. Concordo	0. Discordo	

Quadro Item 13 - Parte A	Quadro Item 13 – Parte A										
	CD:H VB										
	PARTE A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	13. Equipamento hospitalar	Nenhum		Proporcional em tamanho		Levemente aumentado em tamanho			Grandes equipamentos		Grandes e ameaçadores
	CD:H VB - modificado										
	PARTE A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	13. Equipamento hospitalar	Nenhum	Proporcional em tamanho	Levemente aumentado em tamanho	Moderadamente aumentado em tamanho	Grandes equipamentos	Equipamentos muito grandes	Grandes e ameaçadores			
	Modificação: retirados os itens 2 e 4 que foram pouco citados, unificados os itens 6 e 7 por possuírem regular quantidade de citações no texto sueco e acrescentado o rótulo “Moderadamente aumentado em tamanho” a ele. Separados os conceitos do item 10.										
	CD:HVBb										
	PARTE A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	13. Equipamento hospitalar	Nenhum	Menor em tamanho	Proporcional em tamanho	Levemente aumentado em tamanho	Equipamentos grandes	Equipamentos muito grandes	Equipamentos ameaçadores			
	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3		Juiz 4				
	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	
										<p><i>Sugiro retirar “Moderadamente aumentado em tamanho”, pois pode ser confundido com “levemente aumentado em tamanho”.</i></p> <p><i>2- manter item 2 e colocar “Menor que o tamanho” (Pq não tem equipamento pequeno, sendo que deve ser pontuado todos os equipamentos hospitalares como eles estão relacionados ao tamanho da pessoa, portanto ele pode ser apresentado pequeno já que a ausência de equipamentos é entendida como indicativo de que eles não geram ansiedade).</i></p> <p><i>3 - Proporcional em tamanho</i></p> <p><i>4- Levemente aumentado em tamanho (esse escore 4 é mais apropriado para o levemente devido o ao item 14. Assim ambos ficam similares.)</i></p> <p><i>5- Equipamentos grandes (rever ordem para ficar de acordo com o 6)</i></p> <p><i>6- Equipamentos muito grandes</i></p> <p><i>7 – Deixar apenas “Ameaçadores”, pois deixar o grande contradiz a proporção ‘muito grande’ do 7.</i></p>	
				Esse é o caso de item invertido, comparado aos demais, por iniciar com um conceito pequeno, diferente dos demais itens.							

Parágrafo 29	CD:H VB		CD:H VB - modificado				CD:H VBb				
	O nível de desenvolvimento regredido mostrado nos desenhos é considerado indicativo de aumento de ansiedade. O desenho da figura humana segue um padrão sequencial de desenvolvimento (DiLeo, 1970, Goodenough, 1926, 1928; Harris, 1963; Kellogg, 1970). A premissa básica é que a partir dos 5 anos de idade, toda criança deveria ser capaz de desenhar uma pessoa com seis partes: com cabeça, olhos, boca, corpo, braços e pernas. Nariz, orelhas e cabelos são frequentemente encontrados, mas não são mandatórios até a idade de 7 ou 8 anos. Além disso, os braços devem ter mãos e as pernas devem ter pés. Dedos das mãos e pés são opcionais. Acredita-se que todas as crianças com 5 anos de idade terão alcançado o estágio de desenvolvimento pictórico e desenharia uma imagem baseada na realidade.		Neste item deve ser avaliado o nível de desenvolvimento do desenho, e não da criança. A premissa básica é que a partir dos 5 anos de idade, toda criança deveria ser capaz de desenhar uma pessoa com seis partes: com cabeça, olhos, boca, corpo, braços e pernas. Nariz, orelhas e cabelos são frequentemente encontrados, mas não são mandatórios até a idade de 7 ou 8 anos. Além disso, os braços devem ter mãos e as pernas devem ter pés. Dedos das mãos e pés são opcionais. (Modificação: melhorado a clareza do comando. Retirados trechos conceituais)				Neste item deve ser avaliado o nível de desenvolvimento do desenho, e não da criança. O nível de desenvolvimento regredido mostrado nos desenhos é considerado indicativo de aumento de ansiedade. A premissa básica é que a partir dos 5 anos de idade, toda criança deveria ser capaz de desenhar uma pessoa com seis partes: com cabeça, olhos, boca, corpo, braços e pernas. Nariz, orelhas e cabelos são frequentemente encontrados, mas não são mandatórios até a idade de 7 ou 8 anos. Além disso, os braços devem ter mãos e as pernas devem ter pés. Dedos das mãos e pés são opcionais.				
	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3		Juiz 4				
	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo			
							<i>Sugiro manter “O nível de desenvolvimento regredido mostrado nos desenhos é considerado indicativo de aumento de ansiedade” e coloca-la após a frase “Neste item deve ser avaliado o nível de desenvolvimento do desenho, e não da criança”. Isso para clarificar o entendimentos dos escore.</i>				
Quadro Item 14 - Parte A	Quadro Item 14 – Parte A										
	CD:H VB										
	PARTE A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	14. Nível de Desenvolvimento	Acima do normal		Normal		Levemente abaixo do normal		Abaixo do normal			Acentuadamente abaixo do normal
	CD:H VB - modificado										
	PARTE A	1	2	3	4	5	6	7			
	14. Nível de Desenvolvimento	Acima do normal	Levemente acima do normal	Normal	Levemente abaixo do normal	Abaixo do normal	Acentuadamente abaixo do normal	Não compatível com a faixa etária			
	Modificação: acrescentado rótulo ao item 2. E acrescentado o último item, pensando na existência de regressão importante da criança hospitalizada.										
	CD:HVBb										
	PARTE A	1	2	3	4	5	6	7			
	14. Nível de Desenvolvimento do desenho	Acentuadamente acima do normal	Medianamente acima do normal	Pouco acima do normal	Normal	Pouco abaixo do normal	Acentuadamente abaixo do normal	Não compatível com a faixa etária			
	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3		Juiz 4				
1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo				

PARTE B								
Parágrafo 30	CD:H VB		CD:H VB - modificado		CD:H VBb			
	Os itens incluídos na Parte B pressupõem serem índices de alta ansiedade e não são encontrados em todos os desenhos. Pontos adicionais (cinco ou 10) são acrescentados quando eles são encontrados nos desenhos. Os itens são mutuamente excludentes. Por exemplo, se uma mão e um pé forem omitidos, dez pontos são atribuídos para o item 19, omissão de duas ou mais partes. Item 15, omissão de uma parte não seria pontuada. Não pontue ambos se houver uma mão e um pé omitidos.		Os itens incluídos na Parte B pressupõem serem índices de alta ansiedade e não são encontrados em todos os desenhos. Quando as características de ansiedade são encontradas nos desenhos são acrescentados pontos adicionais (4 ou 7). Os itens são mutuamente excludentes. Por exemplo, se uma mão e um pé forem omitidos, 7 pontos são atribuídos para o item 19, omissão de duas ou mais partes. Item 15, omissão de uma parte, não seria pontuada, e portanto, leva o número 1. Não pontue ambos se houver uma mão e um pé omitidos. (Modificação: melhoria na clareza do item e modificadas as pontuações)		A Parte C consiste em oito itens que pressupõem serem índices de alta ansiedade e não são encontrados em todos os desenhos. Se o item não estiver presente, a pontuação “0” é anotada. Quando as características de ansiedade são encontradas nos desenhos são acrescentados ponto adicional "1".			
	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3		Juiz 4	
	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo
							<p><i>Sugiro a mudança que destaco em amarelo a seguir: Quando as características de ansiedade são encontradas nos desenhos, são acrescentados pontos adicionais (4 ou 7).</i></p> <p><i>Por exemplo, se uma mão e um pé forem omitidos, 7 pontos são atribuídos para o item 19, devido à omissão de duas ou mais partes</i></p> <p><i>Acrescentar a parte a seguir referente à Atribuição de Pontuação (assim a seção Atribuição de Pontuação poderá ser poderá ser reduzida, evitando-se repetições): A Parte B consiste em oito itens que presumivelmente podem indicar patologias. (... continuar com restante da frase Os itens incluídos na Parte B pressupõem serem índices de alta ansiedade e não são encontrados em todos os desenhos...)</i></p> <p><i>Observação: eu penso que o termo “presumivelmente” é desnecessário, então ele pode ser retirado da frase, pq a condicionalidade (“podem indicar patologias”) já é percebida. Caso queira enfatizar como os autores originais fizeram, então substitua por “supostamente”. Essa nomenclatura é mais usual.</i></p>	
Item 15: Omissão de Uma Parte do Corpo								
Parágrafo 31	CD:H VB		CD:H VB - modificado		CD:H VBb			
	A omissão de extremidades é encontrada em crianças inseguras (DiLeo 1970, 1973; Machover, 1949). Negação da preocupação com parte do corpo pode ser indicada pela sua omissão. Mãos e pés são frequentemente omitidos por crianças ansiosas, por exemplo, mão desenhada em um lado e não no outro lado. Todas as pessoas devem ter uma face com olhos e boca. O corpo deve ter braços com mãos e pernas com pés. Após os sete anos de idade, a pessoa deve ter nariz, cabelo e orelhas. Se parte do corpo é claramente indicada sob cobertores, não pontue como parte ausente. Não pontue orelhas como ausentes se estiverem embaixo do cabelo.		(Modificação: excluída explicação e unido com texto do item 15 do Quadro B)					
	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3		Juiz 4	
	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo

Parágrafo 32	CD:H VB		CD:H VB - modificado				CD:H VBb	
	Crianças aumentarão o tamanho de uma parte do corpo que é importante ou emocionalmente preocupante para elas. Burns e Kaufman (1970) sugerem que isto é uma preocupação com a região, por exemplo, uma perna muito maior que a outra.		(Modificação: excluída explicação e unido com texto do item 16 do Quadro B)					
	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3		Juiz 4	
	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo
Item 16: Exagero de Uma Parte do Corpo								
Parágrafo 33	CD:H VB		CD:H VB - modificado				CD:H VBb	
	Redução ou diminuição de uma parte do corpo pode significar insegurança ou inadequação da parte do corpo para a criança (Burns & Kaufman, 1970; DiLeo, 1970). Por exemplo, um pé é desenhado muito menor que o outro.		(Modificação: excluída explicação e unido com texto do item 17 do Quadro B)					
	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3		Juiz 4	
	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo
Item 17: Diminuição de Uma Parte do Corpo								
Parágrafo 34	CD:H VB		CD:H VB - modificado				CD:H VBb	
	A distorção ou mutilação de uma figura é altamente relacionada a distúrbios de personalidade (Burns & Kaufman, 1970; DiLeo, 1973). Este item deve ser pontuado se (1) duas ou mais partes do corpo estiverem distorcidas em tamanho (exagero ou diminuição), (2) partes do corpo estão desconectadas do corpo, (3) a cabeça e o corpo não são proporcionais entre si (por ex., cabeça muito grande e um corpo muito pequeno); ou (4) todo o corpo é deformado. um pé é desenhado muito menor que o outro.		(Modificação: excluída explicação e unido com texto do item 18 do Quadro B)					
	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3		Juiz 4	
	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo
Item 18: Distorção								
Parágrafo 35	CD:H VB		CD:H VB - modificado				CD:H VBb	
	Este item é pontuado quando duas ou mais partes do corpo são omitidas. Por exemplo, duas mãos são omitidas ou uma mão e um pé são omitidos.		(Modificação: excluída explicação e unido com texto do item 19 do Quadro B)					
	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3		Juiz 4	
	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo
Item 19: Omissão de Duas ou Mais Partes								
Parágrafo 36	CD:H VB		CD:H VB - modificado				CD:H VBb	
	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3		Juiz 4	
	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo

Item 20: Transparência								
Parágrafo 36	CD:H VB		CD:H VB - modificado		CD:H VBb			
	Crianças em uma sequência normal do desenvolvimento da figura humana pode mostrar parte do corpo através da roupa até o momento em que elas desenvolvem uma realidade visual em seus desenhos, aproximadamente aos oito ou nove anos de idade (Machover, 1949). Após os nove anos de idade, transparência é encontrada nos desenhos de crianças e adultos perturbados. O uso de transparência do corpo indica ansiedade aguda e/ou conflito sobre a imagem corporal. Este item é pontuado se um órgão é desenhado e mostrado através da pele (ossos, coração, estômago) em qualquer idade. Após os 9 anos de idade, este item é pontuado se partes do corpo são mostradas através da roupa ou cobertores, porque transparências são patológicas após os nove anos de idade.		(Modificação: excluída explicação e unido com texto do item 20 do Quadro B)					
	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3		Juiz 4	
	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo

Item 21: Perfil Misto da Pessoa								
Parágrafo 37	CD:H VB		CD:H VB - modificado		CD:H VBb			
	Enquanto a criança está aprendendo a desenhar o perfil das pessoas, elas podem desenhar dois narizes, bocas ou olhos na pessoa (DiLeo, 1970). O perfil misto deve ser eliminado a partir dos 9 anos e certamente a partir dos 10 anos de idade. Portanto, este item é pontuado se dois olhos, etc., são encontrados em um perfil desenhado por uma criança com mais de 10 anos de idade.		(Modificação: excluída explicação e unido com texto do item 21 do Quadro B)					
	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3		Juiz 4	
	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo

Item 22: Sombreamento								
Parágrafo 38	CD:H VB		CD:H VB - modificado		CD:H VBb			
	Sombreamento é sempre relacionado à ansiedade, porque mais tempo e energia são investidos nos objetos e formas que são sombreados que aqueles que não o são. Se todo o corpo é sombreado, a ansiedade pode ser considerada ansiedade generalizada. Se somente uma parte do corpo específica é sombreada, então a ansiedade pode estar relacionada àquela parte específica (Klepsch & Logie, 1982; Machover, 1949). Sombreamento refere-se a traços que são designados para preencher uma área. Colorir ou rabiscar sobre uma parte do corpo, não indicando roupas ou cor da pele, é considerado sombreamento. Sombreamento também pode ser visto quando a extremidade é pintada de cor diferente. Colorir o todo ou parte do fundo também é considerado como sombreamento (por ex., céu e chão, cobertores).		(Modificação: excluída explicação e unido com texto do item 22 do Quadro B)					
	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3		Juiz 4	
	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo
Muito boa a ideia de concatenação das explicações em um quadro. Isto deve facilitar muito.								

QUADRO - PARTE B							
Instrução 1 Quadro - Parte B	CD:H VB		CD:H VB - modificado			CD:H VBb	
	Adicione cinco pontos para cada item a seguir:		Adicione 1 ponto se característica ausente, e 7 pontos para característica presente: (Modificação: modificadas as pontuações)			Adicione 0 ponto se a característica estiver ausente, e 1 ponto, se estiver presente:	
	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3		Juiz 4
	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo 0. Discordo
							<i>Mudança para: 4 pontos se a característica estiver presente:</i>
Quadro Item 15 - Parte B	15. Omissão de uma parte	CD:H VB		CD:H VB - modificado		CD:H VBb	
		Mão de um lado, mas não do outro. Todas as pessoas devem ter corpo, cabeça com face com olhos e boca, braços com mãos e pernas com pés. Após a idade de sete anos, deve ter nariz, cabelo e orelhas. Se parte do corpo está sob cobertas, não pontue como parte omitida. Não considere a omissão das orelhas se cobertas por cabelo. Não pontue omissão de uma parte se for pontuar a omissão de duas ou mais partes.		Mãos e pés são frequentemente omitidos por crianças ansiosas, por exemplo, mão desenhada em um lado e não no outro lado. Todas as pessoas devem ter uma face com olhos e boca. O corpo deve ter braços com mãos e pernas com pés. Após os sete anos de idade, a pessoa deve ter nariz, cabelo e orelhas. Se parte do corpo é claramente indicada sob cobertores, não pontue como parte ausente. Não pontue orelhas como ausentes se estiverem embaixo do cabelo. (Modificação: retirado texto conceitual e trecho pouco claro/vago)		Mãos e pés são frequentemente omitidos por crianças ansiosas, por exemplo, mão desenhada em um lado e não no outro lado. Todas as pessoas devem ter uma face com olhos e boca. O corpo deve ter braços com mãos e pernas com pés. Após os sete anos de idade, a pessoa deve ter nariz, cabelo e orelhas. Se parte do corpo é claramente indicada sob cobertores, não pontue como parte ausente. Não pontue orelhas como ausentes se estiverem embaixo do cabelo.	
		Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3	
		1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo
Quadro Item 16 - Parte B	16. Exagero de uma Parte do Corpo	CD:H VB		CD:H VB - modificado		CD:H VBb	
		Uma perna é muito maior que a outra. Também, pontue se a cabeça ou o corpo está exagerado.		As crianças irão desenhar uma parte do corpo em tamanho aumentado quando esta parte for importante ou emocionalmente preocupante para elas, por exemplo, uma perna muito maior que a outra. Também, pontue se a cabeça ou o corpo está exagerado. (Modificação: redigido texto para melhorar a clareza e retirado trecho conceitual)		As crianças irão desenhar uma parte do corpo em tamanho aumentado quando esta parte for importante ou emocionalmente preocupante para elas, por exemplo, uma perna muito maior que a outra. Também, pontue se a cabeça ou o corpo está exagerado.	
		Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3	
		1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo
Quadro Item 17 - Parte B	17. Diminuição de uma parte do corpo	CD:H VB		CD:H VB - modificado		CD:H VBb	
		Um braço é muito menor que o outro. Também pontue se a cabeça ou o corpo é menor.		Redução ou diminuição de uma parte do corpo pode significar insegurança ou inadequação da parte do corpo para a criança (Burns & Kaufman, 1970; DiLeo, 1970). Por exemplo, um pé é desenhado muito menor que o outro. Um braço é muito menor que o outro. Também pontue se a cabeça ou o corpo é menor. (Modificação: mantido texto da sessão anterior)		Redução ou diminuição de uma parte do corpo pode significar insegurança ou inadequação da parte do corpo para a criança (Burns & Kaufman, 1970; DiLeo, 1970). Por exemplo, um pé é desenhado muito menor que o outro. Um braço é muito menor que o outro. Também pontue se a cabeça ou o corpo é menor.	
		Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3	
		1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo

Instrução 2 Quadro - Parte B	CD:H VB		CD:H VB - modificado		CD:H VBb			
	Adicione 10 pontos para cada item a seguir:		Adicione 1 ponto se característica ausente, e 7 pontos para característica presente: (Modificação: modificadas as pontuações)		Adicione 0 ponto se a característica estiver ausente, e 1 ponto, se estiver presente:			
	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3		Juiz 4	
	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo
						Manter padrão de escrita conforme o anterior, portanto, colocar “... se a característica não estiver presente...”		
Quadro Item 18 - Parte B	18. Distorção	CD:H VB	CD:H VB - modificado			CD:H VBb		
		Uma parte do corpo está distorcida ou desconectada. Todo corpo está deformado.	Este item deve ser pontuado se houver distorção ou mutilação da pessoa. Exemplos: (1) duas ou mais partes do corpo estiverem distorcidas em tamanho (exagero ou diminuição), (2) partes do corpo estão desconectadas do corpo, (3) a cabeça e o corpo não são proporcionais entre si (por ex., cabeça muito grande e um corpo muito pequeno); ou (4) todo o corpo é deformado. (Modificação: retirado conceito. Retirado o item referente ao aumento e/ou diminuição pois é uma característica avaliada nos itens 16 e 17)			Este item deve ser pontuado se houver distorção ou mutilação da pessoa. Exemplos: (1) duas ou mais partes do corpo estiverem distorcidas em tamanho (exagero ou diminuição), (2) partes do corpo estão desconectadas do corpo, (3) a cabeça e o corpo não são proporcionais entre si (por ex., cabeça muito grande e um corpo muito pequeno); ou (4) todo o corpo é deformado.		
	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3		Juiz 4	
	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo
Quadro Item 19 - Parte B	19. Omissão de duas ou mais partes do corpo	CD:H VB	CD:H VB - modificado			CD:H VBb		
		Duas mãos, dois olhos, ou uma mão e um pé são omitidos.	Este item é pontuado quando duas ou mais partes do corpo são omitidas. Por exemplo, duas mãos são omitidas ou uma mão e um pé são omitidos. (Modificação: mantido texto da sessão anterior)			Este item é pontuado quando duas ou mais partes do corpo são omitidas. Por exemplo, duas mãos são omitidas ou uma mão e um pé são omitidos.		
	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3		Juiz 4	
	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo
Quadro Item 20 - Parte B	20. Transparência	CD:H VB	CD:H VB - modificado			CD:H VBb		
		Órgãos mostrados através da pele (ossos, coração, etc.) em qualquer idade. Parte do corpo mostrada através da roupa ou cobertor ou qualquer outra transparência se a criança tem mais de nove anos de idade.	Este item é pontuado se um órgão é desenhado e mostrado através da pele (ossos, coração, estômago) em qualquer idade. Após os nove anos de idade , este item também é pontuado se partes do corpo são mostradas através da roupa ou cobertores. (Modificação: melhoria da clareza do texto e destacados trechos importantes para a pontuação do item)			Este item é pontuado se um órgão é desenhado e mostrado através da pele (ossos, coração, estômago) em qualquer idade. Após os nove anos de idade , este item também é pontuado se partes do corpo são mostradas através da roupa ou cobertores.		
	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3		Juiz 4	
	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo

Quadro Item 21 - Parte B	21. Perfil misto da pessoa	CD:H VB	CD:H VB - modificado		CD:H VBb						
		Em um perfil da pessoa há dois olhos, duas orelhas se a criança tiver mais de 10 anos.	Este item é pontuado para crianças com mais de 10 anos, se forem encontrados dois olhos, bocas ou narizes no desenho de uma pessoa de perfil. (Modificação: melhoria da clareza)		Este item é pontuado para crianças com mais de 10 anos, se forem encontrados dois olhos, bocas ou narizes no desenho de uma pessoa de perfil.						
	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3		Juiz 4				
	1. Concordo		0. Discordo		1. Concordo		0. Discordo		1. Concordo		0. Discordo
Quadro Item 22 - Parte B	22. Sombreamento	CD:H VB	CD:H VB - modificado				CD:H VBb				
		Colorir parte do corpo que não indique roupas ou cor da pele. Também pode ser vista em extremidades de cores diferentes. Colorir no todo ou em parte o fundo do desenho (por ex., céu, chão, etc.) é pontuado como sombreamento.	Sombreamento é sempre relacionado à ansiedade, devido ao tempo que a criança gasta em sombrear a área desejada. Colorir ou rabiscar sobre uma parte do corpo é considerado sombreamento. Sombreamento também pode ser visto quando a extremidade é pintada de cor diferente. Colorir o todo ou parte do fundo também é considerado como sombreamento (por ex., céu e chão, cobertores). Sombreamento para representar a cor da pele ou roupas não deve ser pontuado. (Modificação: melhoria da clareza)				Sombreamento é sempre relacionado à ansiedade, devido ao tempo que a criança gasta em sombrear a área desejada. Colorir ou rabiscar sobre uma parte do corpo é considerado sombreamento. Sombreamento também pode ser visto quando a extremidade é pintada de cor diferente. Colorir o todo ou parte do fundo também é considerado como sombreamento (por ex., céu e chão, cobertores). Sombreamento para representar a cor da pele ou roupas não deve ser pontuado.				
	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3		Juiz 4				
	1. Concordo		0. Discordo		1. Concordo		0. Discordo		1. Concordo		0. Discordo
Sombreamento também pode ser considerado como uma tonalidade mais forte ou clara da mesma cor (especialmente se utilizando da cor preta).											

PARTE C

PARTE C								
Parágrafo 39	CD:H VB		CD:H VB - modificado		CD:H VBb			
	A impressão geral do desenho é importante. Esta impressão global do desenho é a mais importante informação, mais que a informação dada por cada item específico. O avaliador é solicitado a pontuar o sentido global que o desenho tem para eles.		A aparência geral do desenho é muito importante. O avaliador deve pontuar a aparência geral que o desenho possui. (Modificação: melhoria da clareza do comando)		A Parte C é a aparência ou impressão geral do desenho à ansiedade expressa na figura. O avaliador deve pontuar a aparência geral que o desenho possui em uma escala de 1 a 7, usando-se os identificadores específicos fornecidos. A pontuação 1 indica enfrentamento ou baixa ansiedade e a pontuação 7 indica distúrbio ou alta ansiedade.			
	Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3		Juiz 4	
	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo	1. Concordo	0. Discordo
							Acrescentar a parte a seguir que foi retirada do Guia de Pontuação. Assim o Guia de Pontuação poderá ser reduzido, evitando-se repetições. Também adequei a tradução para ficar mais clara. Portanto sugiro o texto: A Parte C é a aparência ou impressão geral do desenho à ansiedade expressa na figura. O avaliador deve pontuar a aparência geral que o desenho possui em uma escala de 1 a 7, usando-se os identificadores específicos fornecidos. A pontuação 1 indica enfrentamento ou baixa ansiedade e a pontuação 7 indica distúrbio ou alta ansiedade.	

Acrescentar a parte a seguir que foi retirada do Guia de Pontuação. Assim o Guia de Pontuação poderá ser reduzido, evitando-se repetições. Também adequiei a tradução para ficar mais clara.
Portanto sugiro o texto:
A Parte C é a aparência ou impressão geral do desenho à ansiedade expressa na figura. O avaliador deve pontuar a aparência geral que o desenho possui em uma escala de 1 a 7, usando-se os identificadores específicos fornecidos. A pontuação 1 indica enfrentamento ou baixa ansiedade e a pontuação 7 indica distúrbio ou alta ansiedade.

Parágrafo 40	CD:H VB				CD:H VB - modificado				CD:H VBb			
	Pontuação:				(Modificação: excluído conceito, por já conter na tabela)							
	1. Enfrentamento: Realista, agradável, bem proporcionado, brilhante, feliz, confiante.											
	5. Estresse leve: menos agradável, alguma distorção de tamanho, menos brilhante e animado.											
	8. Estressado: Apertado, inibido, fraco, cinzento, triste, assustado.											
10. Perturbado: Oprimido, bizarro, desorganizado, sentindo-se triste ou derrotado.												
Juiz 1		Juiz 2		Juiz 3		Juiz 4						
1. Concordo		0. Discordo		1. Concordo		0. Discordo		1. Concordo		0. Discordo		

QUADRO - PARTE C												
Quadro - Parte C	CD:H VB											
	O <i>gestalt</i> é a impressão que a forma do desenho tem para o avaliador.											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
	Enfrentamento				Estresse leve			Estressado		Perturbado		
	Realista, agradável, brilhante, bem proporcionado, confiante, feliz.				Menos agradável, alguma distorção de tamanho, menos brilhante e animado.			Restrito, inibido, monótono, triste, assustado.		Oprimido, desorganizado, com sentimento de tristeza e derrota, bizarro.		
	CD:H VB - modificado											
	Aparência geral que o desenho tem para o avaliador.											
	1	2	3	4			5	6	7			
	Realista, agradável, brilhante, bem proporcionado, confiante, feliz.	Realista, agradável, brilhante, bem proporcionado, menos confiante e menos feliz.	Menos agradável, bem proporcionado, menos brilhante e animado.	Menos agradável, alguma distorção de tamanho, menos brilhante e animado.			Restrito, inibido, monótono, triste, assustado.	Mais restrito, inibido, bastante monótono, triste, assustado.	Oprimido, desorganizado, com sentimento de tristeza e derrota, bizarro.			
	Modificação: foram retirados os rótulos para que não haja confusão, uma vez que a escala indica possíveis sintomas de ansiedade e não de estresse. Igualamos a pontuação com 7 itens, mantendo a escala com rótulos para todos os itens. Segundo Koppitz (1984 apud Bolander, 1977) a aparência geral do desenho deve ser o primeiro passo na avaliação do desenho para que não haja a interferência crítica que é realizada nas outras etapas. Devido a essa argumentação, iremos realizar a Parte C antes das partes A e B.											
	CD:H VBb											
	Aparência geral que o desenho tem para o avaliador.											
	1	2	3	4			5	6	7			
	Realista, agradável, brilhante, boa proporção, confiante, feliz.	Realista, agradável, brilhante, boa proporção, menos confiante e menos feliz.	Menos agradável, boa proporção, menos brilhante e animado.	Menos agradável, alguma distorção de tamanho, menos brilhante e animado.			Tamanho pequeno, inibido, monótono, triste, assustado.	Tamanho muito pequeno, inibido, bastante monótono, triste, assustado.	Comprimido, desorganizado, com sentimento de tristeza e derrota, bizarro.			
	Juiz 1		Juiz 2			Juiz 3		Juiz 4				
	1. Concordo		0. Discordo		1. Concordo		0. Discordo		1. Concordo		0. Discordo	
								Substituir “bem proporcionado” por “boa proporção” / “Restrito” por “Tamanho pequeno” / “Mais restrito” por “Tamanho muito pequeno” / “Oprimido” por “Comprimido”. De acordo com a mudança de ordem.				

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO 1 - ARTIGO: CHILD DRAWING: HOSPITAL MANUAL

Child Drawing: Hospital Manual

Stephanie Clatworthy, RN, EdD
Kathleen Simon, RN, DNSc
Mary Tiedeman, RN, PhD

The Child Drawing: Hospital (CD:H) was developed as a means of measuring the emotional status of hospitalized school-aged children. It has long been accepted that hospitalization is a major stressor for children (Erickson, 1963, 1972; Prugh, Staub, Sands, Kirschbaum, & Leinehan, 1953; Robertson, 1958; Thompson, 1985; Vernon, Foley, Sipowicz, & Schulman, 1965). If usual coping strategies are strained beyond children's abilities to manage the stress experienced in the hospital situation, anxiety results (Fosson, Martin, & Haley, 1990). The degree of anxiety experienced by any hospitalized child is unknown. Currently, we measure all children's physiological status (temperature, pulse, respiratory rate, and blood pressure) on admission to the hospital and at routine intervals. However, we do not systematically measure their emotional status. Behavioral indicators of anxiety such as crying or aggression may be recorded.

The use of children's drawings as a projective technique to measure emotional status has long been established in clinical practice. Draw-a-Man (Goodenough, 1926, 1928; Goodenough & Harris, 1950; Harris, 1963), House-Tree-Person (Buck, 1948), Draw-a-Person (Machover, 1949, 1953), Human Figure Drawing (HFD) Test (Koppitz, 1968), and Kinetic Family Drawing (Burns, 1982; Burns & Kaufman, 1970, 1972) have been well supported as means of evaluating the emotional status of children in various life situations. Therefore, the same must be true for children experiencing hospitalization.

THE INSTRUMENT

The equipment needed to administer the CD:H consists of a blank 8½ × 11 inch sheet of white

paper and a box of the eight basic crayons (red, purple, blue, green, yellow, orange, black, and brown). The child is directed to draw a picture of a person in the hospital. This is all the child is asked to do. The drawings are obtained individually. The standardized approaches suggested below are to be given to facilitate interpretation and scoring of the drawings.

The child doing the drawing is asked to sit at a table or hard surface (e.g., over the bed table) of an appropriate height. The child is given the sheet of paper and the box of crayons. The sheet of paper is placed directly in front of the child at an angle in order to allow the direction of the drawing on the paper to be determined by the child alone. The box of crayons should be opened exposing all of the colors available. Only the crayons should be used to make the drawing (e.g., no pencils used first). The child is instructed: "Please draw a picture of a person in the hospital. I will take your picture when you are finished."

The person administering the CD:H should observe the child to be sure that the child is able to attend to the task. In the event that the child is very distractible, the directions may have to be repeated and/or encouragement to participate given. Some children will ask questions when they are unsure of themselves; when they are suspicious of the situation; or when compulsiveness, neatness, or concreteness interferes with the task of completion. These questions should be responded to either with the original instructions or with clarifications that keep to the spirit of the instructions and do not influence the child to respond one way or the other. The child should not be prompted to add parts or color to the drawing.

At the completion of the drawing when the child indicates verbally or by gesture that he or she is finished, the drawing and crayons are collected. No time limit is given. The drawing should be labeled on the backside of the paper with the child's age and birth date, gender, all medical and surgical diagnoses that apply (i.e., admitting diagnosis

From Kent State, University, Kent, OH; Medical University of South Carolina, Charleston, SC; and Brigham Young University, Provo, UT.

Address reprint requests to Dr. Stephanie Clatworthy, 1521 Callander Drive, Hudson, OH 44236.

*Copyright © 1999 by W.B. Saunders Company
0882-5963/99/1401-0002\$3.00/0*

Child Drawing: Parts B & C

PART B

Add 5 points for each of the following:

15. Omission of one body part

Hand on one side, but not the other. All persons should have body, head with a face with eyes and mouth, arms with hands and legs with feet. After age 7, should also have nose, hair, and ears. If the body part is under covers, do not count as missing part. Do not count ears as missing if covered by hair. Do not score omission of one part if you score omission of two or more parts.

16. Exaggeration of a body part

One leg is much larger than the other. Also, score if head or body is exaggerated.

17. Deemphasis of a body part

One arm is much smaller than the other. Also score if head or body is smaller.

Add 10 points for each of the following:

18. Distortion

A body part is distorted or disconnected. Whole body is misshapen.

19. Omission of two or more body parts

Two hands, two eyes, or one hand and one foot are missing.

20. Transparency

Organ showing through the skin (bones, heart, etc.) at any age. Body part showing through clothing or blanket or any other transparency after the child is 9 years of age.

21. Mixed profile

In a profile two eyes, two ears are seen after the child is 10 years of age.

22. Shading

Coloring over a body part which does not indicate clothing or skin color. Also may be seen as a different color extremity. Coloring in all or part of background (i.e., sky, ground, etc.) is scored as shading.

PART C

The gestalt is the overall sense the picture portrays to the scorer.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Coping				Light stress			Stressed		Disturbed
Realistic, pleasant, bright, well-proportioned, confident, happy				Less pleasant, some distortion of size, less bright and cheerful			Constricted, inhibited, drab, sad, scared		Overwhelmed, disorganized with sad, defeated feelings, bizarre

and/or procedure as well as other diagnoses that apply), the date of admission to the hospital, date the drawing was completed, and code number, if part of a research project.

SCORING OF THE CD:H

The scoring of each drawing involves the use of the CD:H Scoring Guide and Rating Scale and the Child Drawing: Hospital Score Sheet. The scoring of the total tool is based on the theoretical foundations of drawings as a projective measure of children's states of anxiety.

The scoring of the drawing is divided into three sections. Part A contains 14 items: position, action, length, width, and size of person; eyes and facial expression; color predominance; numbers of colors used; use of paper; placement on the paper; stroke quality; inclusion and size of hospital equipment; and developmental level. Each item is scored on a scale of 1 to 10, with 1 indicating the lowest level of anxiety and 10 the highest. Specific identifiers are provided in the CD:H Scoring Guide and Rating Scale. The score for each item is recorded in the space provided on the CD:H Score Sheet. Part B consists of eight items presumed to be pathologi-

cal indices. The omission, exaggeration, and deemphasis of a body part receive 5 points. Distortion, omission of two or more body parts, transparency, mixed profile, and shading receive 10 points. If the item is not present, a score of 0 is recorded. Part C is a gestalt rating that calls for an overall response by the scorer to the child's anxiety as expressed in the picture on a 1 to 10 scale using the specific identifiers provided. A score of 1 indicates coping or low anxiety, and a score of 10 indicates disturbance or high anxiety.

On each item using the 1 to 10 continuum for scoring, the scorer determines which score is given. Some items do not have specific identifiers for each score; therefore, it is the judgment of the scorer to determine what the score is on the item. For example, the item does not fit the identifiers provided (scores of 3 and 5), but seems to fall between them. The scorer gives the score that is most appropriate (e.g., 4). The total score for each part is determined by adding the individual items within each section. The total score on the CD:H is determined by adding the totals of Parts A, B, and C together.

An understanding of children's growth and development, responses to hospitalization, and use of art (drawings) as a projective measure are recom-

Child Drawing: Hospital Score Sheet			
Child's Number _____			
Age _____ Gender _____ All Diagnoses _____			
PART A 1. PERSON: POSITION _____ 2. ACTION _____ 3. LENGTH OF PERSON _____ 4. WIDTH OF PERSON _____ 5. FACIAL EXPRESSION _____ 6. EYES _____ 7. SIZE OF PERSON TO ENVIRONMENT _____ 8. COLOR: PREDOMINANCE _____ 9. COLOR: NUMBER USED _____ 10. USE OF PAPER _____ 11. PLACEMENT _____ 12. STROKES: QUALITY _____ 13. HOSPITAL EQUIPMENT _____ 14. DEVELOPMENTAL LEVEL _____ TOTAL PART A _____		PART B Add 5 points for each 15. OMISSION: 1 PART _____ 16. EXAGGERATION OF A PART _____ 17. DEEMPHASIS OF A PART _____ Add 10 points for each 18. DISTORTION _____ 19. OMISSION: 2 OR MORE PARTS _____ 20. TRANSPARENCY _____ 21. MIXED PROFILE _____ 22. SHADING _____ TOTAL PART B _____ PART C Circle the number which most clearly describes the gestalt of the picture 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 TOTAL PART C _____	
TOTAL SCORE CD:H A _____ + B _____ + C _____ = _____			

mended to facilitate the use of this instrument. A bibliography is included to assist the individual in gaining this understanding. In addition, experience has shown that is important to (1) be conservative and consistent in scoring (if doubtful, score toward the higher end), (2) review the identifiers often (after scoring a number of drawings, one has the tendency to ignore the written identifiers feeling one has a good grasp of them and this has been an illusion), and (3) watch for carelessness in recording (be sure that the score is recorded in the correct space on the score sheet and each item is scored).

CHILD DRAWING: HOSPITAL SCORING GUIDE

THE SCORING of the "Child Drawing: Hospital" requires some judgment from the rater. Where possible, the subjectivity has been reduced with specific identifiers and examples. The "patient" in the picture is the primary focus of the scoring. The patient is the person in the bed, a wheel chair, or on crutches. The patient may be the singular person found in the picture or so labeled by the child. When no "patient" has been clearly projected, use the largest person for the scoring.

Section A

Each item in Section A is scored on a scale of 1 to 10, and the rater determines where the score is placed on the 1 to 10 continuum.

Item 1: Position

Children will portray a sense of self, security, and well-being when drawing a person in an independent position (i.e., standing upright), as opposed to a dependent position (i.e., a person lying in bed). The child's need for security or support will often be reflected in a line or grass drawn under the figure to provide firm footing or grounding (Klepsch & Logie, 1982). Placing the person in increasingly defenseless positions indicates increased anxiety and a sense of significance, coupled with loss of self and control of the environment. Floating figures have been found to show insecurity (DiLeo, 1970). No people in drawings may signify difficulty with sense of self or others (DiLeo, 1970). Scoring:

Item 2: Action

Children have the ability to portray a sense of "life" within their drawing. Almost all figure drawings suggest some sense of movement or energy, ranging from rigidity to extreme motion. Motion is more frequently found in drawings of children (Hammer, 1980). People standing and walking or the inclusion of moving objects demonstrate a child's sense of control and maintenance of self. Rigid figures are often produced by children who need to maintain control in situations in which they feel small. As the intensity of anxiety in-

Figure 1. Section A: Item 1: Position.

creases, children become increasingly constricted in action. Some children will draw only an empty room, void of people, or sense of warmth and life.

Scoring:

1. Visibly moving: Person moving. In addition, moving wheelchairs, beds, cars, etc. may be drawn.
3. Person or picture lively: Action clearly demonstrated, i.e., talking demonstrated by printed words, coughing, etc. Action in whole picture, i.e., operating room in action.
5. Shows some life: Sitting or standing. Arms up. People in conversation. Watching TV (look to see if picture on screen). Activity seen with treatments being conducted, i.e., stethoscope to chest or nurse giving medications to child.
7. Potential for movement: Sitting or semireclining. Figures have arms and legs but in dependent positions. Wheels on beds, vehicles, etc.
8. No movement, but life: Lying in bed. Arms down. No other people in the room. May be smiling (◆) or have eyes open.
10. Rigid, no life: No evidence of life. Rigid with arms down or no arms. Major portion of the body covered. No smile. Body black or outlined in black.

Item 3: Length of Person

Children who are able to draw an appropriate-sized person are more likely to have a sense of competence and security and be experiencing less stress. As anxiety increases, the human figures become small, tiny, and insignificant. This item should be scored according to the size of the person in comparison to the paper. The person is the "patient." Scoring:

1. Body tall, occupies whole paper: Usually found

with a singular person. Person is predominant and may even touch the sides of the paper.

2. Tall body, but appropriate to picture: Large people, will most often have other objects portrayed. All parts of the picture are appropriate in size.
3. Short body, but appropriate to picture: The child draws his people in relation to the picture, i.e., may draw child smaller than the adult.
5. Short people, bodies exposed: Person appears small for the paper. Total person is drawn, but in small manner.
7. Very small constricted people: Very small people who appear overwhelmed by the paper.
8. Upper torso only: May include arms. Body covered.
9. Head only with body covered: Only the head is evident, but does indicate a body is present under the blankets.
10. Floating head, no body: Just a head is drawn. Head in bed with no evidence of a body under the covers. May be found alone with no other parts in the picture.

Item 4: Width of Person Related to the Length

The width of the body in relation to the height provides some insights into the degree of security the child is experiencing. The width of the body relates to the space used on the paper. The child without anxiety is more likely to draw tall figures that are filled out proportionately to the height. With increasing anxiety, the bodies become narrower and occupy less space on the paper. Some bodies are enlarged with clothing. Clothing indicates a sense of worth and figures without clothing relate to the child's sense of exposure. Stick figures

14

CLATWORTHY ET AL

are often drawn by children who are hesitant to reveal themselves. Scoring:

1. Width of the body is appropriate to length: The person is proportional and dressed in clothing.

2. Width of the body is slightly reduced compared to the length: The body is complete and dressed.

3. Body is obviously thin in relation to the length, but is dressed.

4. Thin body, but not dressed.

5. Appropriate width compared to length, but covered: The head is obviously attached to a body that is lying under the blankets.

6. Stick figures with clothing:

7. Stick figures, no clothing:

8. Very thin body or stick figure that is covered: Often drawn as a very thin body under the blankets.

9. Ambiguous body shape: Very anxious children are sometimes found drawing bodies that have no apparent relationship to the head. The heads are clearly portrayed, but a mass follows for the body.

10. No evidence of body: These children appear to have lost all sense of self in the hospital environment.

Item 5: Facial Expression

The face is the expressive part of the body. Children will project their feelings into the picture by the facial expression shown. Facial expression has been reported as on the most reliable indicators of feeling (Burns & Kaufman, 1970; Machover, 1949). A smile is considered representative of positive feelings, whereas a frown is considered to indicate negative feelings. Lack of facial expression may indicate an emotional disturbance. Sometimes smiling people are drawn in threatening positions, indicating the need to deny the happening or attempts to mask the true feelings from the situation.

Item 6: Eyes

Children are fascinated with eyes from earliest infancy and include them in drawing people as the first detail. The eye is not only regarded as the "window of the soul," revealing the inner life of the child, but is the basis for contact with the outside world (Machover, 1949). This is how children "see" their world. Eyes with pupils and sclera shown appropriately are considered to represent a sense of well-being and low levels of anxiety. Eyes serve to warn individuals of threats within their environment. With increased anxiety, children may draw large eyes indicating suspicion or hyper-vigilance. Children may omit eyes as a means to deny the problem and refuse to see the world. The omission of the pupil is a more subtle means of portraying "not seeing" with only the outline of the eye shown.

Item 7: Size of Person Compared with Environment

Children who have a sense of control and of self will draw people in relation to the environment. Children who feel threatened and overwhelmed are more likely to draw small people in large environments. This item is to be scored comparing the person to the identified environment. Therefore, you may have a small head, but proportionately small body in a small bed. This would receive a score of 1. If no environment is given, the paper becomes the environment.

Item 8: Color Predominance

The use of lighter and brighter colors is considered indicative of a greater sense of self and well-being, whereas the use of red and black is considered to indicate higher levels of anxiety. This item is based on common interpretations of color drawn from psychological theories and associa-

tions within Western culture. Red and black are more characteristic of intense feelings of anger, aggression, threat, fear, and loss of control that are frequently found with increased anxiety. Yellow, green, and blue are generally considered cheerful or happy colors found in drawings of less anxious children.

This scale is designed to be used with the box of eight crayons. The rater needs to know that all were available to interpret this item appropriately. In addition, periodically one finds a child who insists on using his or her own crayons. For consistency, score all shades of a color as the primary, i.e., pink is scored as red. Score color predominance by the primary color sense. This requires rater judgment.

Item 9: Color Number Used

Only the basic colors are counted for this item. Again it is important to know that all eight were available to the child. The basic premise is that children with increased anxiety will not have the energy to select many colors. Children who are feeling better about themselves in the hospital are more likely to have many colors in their pictures.

Item 10: Use of Paper

This item is scored according to the space that the child used on the paper. Very anxious children tend to use only a small portion of the paper (DiLeo, 1973). Some children attempt to offset their anxiety by using only a small portion, but distribute the contents over the paper, i.e., a small bed in the lower right hand corner with a small TV in the upper right hand corner. The essence of this item is to estimate the percentage of the paper covered by the drawing.

Item 11: Placement on Paper

Children tend to be very specific about the placement of the drawing on the paper. Children who feel less anxious tend to place their drawings in the center of the paper. The next most frequent placement is one or the other side of the paper. The use of the right-sided place indicates less anxiety, as this projects a sense of the future or hope, whereas left-sided placement suggests orientation toward the past (Klepsch & Logie, 1982). Placement near the top of the page or high on the page may indicate optimism and striving to reach goals or the use of fantasy when there is a loss of control and security for the child. Placement near the bottom or low on the page may indicate insecurity or a person trying to become reality-oriented (DiLeo, 1973; Klepsch & Logie, 1982; Machover, 1949).

CHILD DRAWING: HOSPITAL (CD-H) RATING SCALE										
SECTION A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Position of person	Standing - grounded	Standing - not grounded	Standing with crutches	Standing on bed	Sitting in chair	Sitting in bed	Sitting in bed, covered	Lying in bed	Lying in bed, covered	Floating or no person
2. Action - Life	Visibly moving		Person or picture lively		Shows some life		Potential for movement	No movement, but life		Rigid, no life
3. Length of person	Body tall, occupies whole paper	Tall body appropriate to picture	Short body appropriate to picture		Short people, bodies exposed		Very small, constricted people	Upper torso only	Head only, body covered	Floating head, no body
4. Width of person related to length	Width appropriate to length	Width slightly reduced compared to length	Width thin compared to length, clothed	Body thin, not clothed, or appropriate, but not clothed	Appropriate body size, covered	Slick figures with clothing	Slick figures, no clothing	Very thin body or stick figure, covered	Ambiguous body shapes	No body, floating head, no evidence of body under covers
5. Facial expression	Smile		1/2 smile		Neutral			1/2 Frown	Frown	No face, no expression
6. Eyes/pupils						Piercing	Pin point	Closed	Vacant, unseeing	No eyes
7. Size of person in comparison to environment	Appropriate size		Medium to small		Small			Very small		Tiny, overwhelmed
8. Color predominance	Yellow		Green		Blue	Orange	Purple	Brown	Red	Black
9. Number colors used	8	7	6		5	4	3		2	1
10. Use of paper	All		3/4		1/2			1/4		Restricted 1/8
11. Placement on paper
12. Quality of strokes	Firm, dark		Dark, some light		Medium, equal light and dark			Light		Very light
13. Hospital equipment	None included		Proportional in size		Slight increase in size			Larger equipment		Large and threatening
14. Developmental level	Above normal		Normal		Slightly below normal		Below normal			Markedly below normal

© Clatworthy, 1985

Item 12: Strokes: Quality

The pressure, firmness, and solidity of the line are considered to indicate the sense of self and well-being of the child (Machover, 1949). Firm, dark strokes indicate a sense of conviction and security. Likewise, light, fluffy strokes indicate insecurity and a need for caution. Scoring:

1. Firm, dark: All colored with firm strokes.
2. Dark with some light: Mostly dark, but may have some light strokes. Clothes all dark, but body parts light, i.e., pants dark, but shirt light.
3. Medium, with equal light and dark: Often dark outlines with lighter colors used to fill in areas.
4. Light: All strokes light. Some may be firmer than others, but none demonstrate pressure with the crayon.
5. Very light: All about the same. Picture has no outlines components.

Item 13: Presence of Hospital Equipment

Children with hospital anxiety are more likely to include hospital equipment in their drawings. The items drawn often represent the items that create the greatest concern (e.g., IVs, syringes). In scoring this item, it must be remembered that a bed is hospital equipment. Score all hospital equipment as it is related to the size of the person. The presence

of no equipment is assumed to indicate that it is not anxiety producing.

Item 14: Developmental Level

A regressed developmental level shown in drawings is considered indicative of increased anxiety. The drawing of a human figure follows a sequential developmental pattern (DiLeo, 1970; Goodenough, 1926, 1928; Harris, 1963; Kellogg, 1970). The basic assumption is that by 5 years of age, all children should be able to draw a six-part person with head, eyes, mouth, body, arms, and legs. Noses, ears, and hair are frequently found, but are not mandated until age 7 or 8. In addition, the arms should have hands and the legs should have feet. Fingers and toes are optional. It is believed that all 5-year-old children will have reached the pictorial stage of development and would draw a picture that is reality based.

Part B

The items included in Part B are presumed to be indices of high anxiety and are not found in all drawings. Additional points (5 or 10) are added when they are found in the drawing. The items are mutually exclusive. For example, if a hand and a foot were omitted, 10 points are given for Item 19,

omission of two or more parts. Item 15, omission of one part would not be scored. Do not score both if there is one hand and one foot missing.

Item 15: Omission of One Body Part

Omission of extremities has been found in insecure children (DiLeo, 1970, 1973; Machover, 1949). Denial of concern about a body part may be indicated by omission. Hands and feet are frequently omitted by anxious children, for example, hand drawn on one side, not on the other. All persons should have a face with eyes and mouth. The body should have arms with hands and legs with feet. After 7 years of age, the person should have nose, hair, and ears. If body part is clearly indicated under blankets, do not count as missing part. Do not count ears as missing if under hair.

Item 16: Exaggeration of One Body Part

Children will increase the size of a body part that is important to them or concerns them emotionally. Burns and Kaufman (1970) suggest that this is a preoccupation with the area, for example, one leg much larger than the other.

Item 17: Deemphasis of One Body Part

Reduction or deemphasis of a part of the body may signify insecurity or inadequacy of the part for the child (Burns & Kaufman, 1970; DiLeo, 1970). For example, one foot is drawn much smaller than the other.

Item 18: Distortion

The distortion or mutilation of the figure is highly correlated with disturbed personalities (Burns & Kaufman, 1970; DiLeo, 1973). This item should be scored if (1) two or more body parts are distorted in size (exaggerated or deemphasized), (2) body parts are disconnected from the body, (3) the head and the body are not in proportion to each other (i.e., very large head and small body); or (4) the whole body is misshaped.

Item 19: Omission of Two or More Parts

This item is scored when two or more body parts are omitted. For example, two hands are missing or 1 hand and 1 foot are missing.

Item 20: Transparency

Children in the normal developmental sequence of the human figure may show part of the body through clothing until the time they develop a visual reality to their drawings, about age 8 or 9

years (Machover, 1949). After the age of 9 years, transparency is found in the drawings of disturbed children and adults. The use of transparency of the body indicates acute anxiety and/or conflict about body image. This item is scored if an organ is drawn showing through the skin (bones, heart, stomach) *at any age*. After the child is 9 years of age, the item is scored if body parts show through clothing or blanket, because transparencies are pathological after the age of 9.

Item 21: Mixed Profile

While children are learning to draw profiles, they may draw two noses, mouths, or eyes on the person (DiLeo, 1970). The mixed profile should be eliminated by age 9 and certainly by age 10. Therefore, this item is scored if two eyes, etc., are found in a profile after the child is *10 years of age*.

Item 22: Shading

Shading is always related to anxiety, as more time and energy are invested into objects or shapes that are shaded than those not shaded. If all the body is shaded, the anxiety may be considered generalized overall anxiety. If only a specific body part is shaded, then the anxiety may be related to that part (Klepsch & Logie, 1982; Machover, 1949). Shading refers to strokes that are designed to fill in an area. Coloring or scribbling over a part of the body, not to indicate clothing or skin color, is considered shading. Shading may also be seen as a different colored extremity. Coloring all or part of background is also scored as shading (e.g., sky and ground, blankets).

Part C

The overall affect of the drawing is important. This overall impression the drawing projects is more important information than information given by any one specific item. The rater is asked to score the overall sense the picture portrays to them. Scoring:

1. Coping: Realistic, pleasant, well-proportioned, bright, happy, confident.
5. Light stress: Less pleasant, some distortion of size, less bright and cheerful.
8. Stressed: Constricted, inhibited, weak, drab, sad, scared.
10. Disturbed: Overwhelmed, bizarre, disorganized, with sad, defeated feelings.

REFERENCES

- Buck, J.N. (1948). The h-t-p technique: A qualitative and quantitative scoring manual. *Journal of Clinical Psychology*, 4, 317-396.
- Burns, R.C. (1982). *Self-growth in families: Kinetic family drawings (k-f-d): Research and application*. New York: Brunner/Mazel.
- Burns, R.C., & Kaufman, S.H. (1970). *Kinetic family drawings (k-f-d): An introduction to understanding children through kinetic drawings*. New York: Brunner/Mazel.
- Burns, R.C., & Kaufman, S.H. (1972). *Actions, styles, and symbols in kinetic family drawings (k-f-d): An interpretive manual*. New York: Brunner/Mazel.
- DiLeo, J.H. (1970). *Young children and their drawings*. New York: Brunner/Mazel.
- DiLeo, J.H. (1973). *Children's drawings as diagnostic aids*. New York: Brunner/Mazel.
- Erickson, F. (1963). Viewpoints on children in hospitals. *Hospitals*, 37, 47-48.
- Erickson, F. (1972). Stress in the pediatric ward. *Maternal-Child Nursing Journal*, 1, 113-116.
- Fosson, A., Martin, J., & Haley, J. (1990). Anxiety among hospitalized latency-age children. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 11, 324-327.
- Goodenough, F.L. (1926). *Measurement of intelligence by drawings*. New York: Harcourt, Brace & World.
- Goodenough, F. L. (1928). Studies in the psychology of children's drawings. *Psychological Bulletin*, 25, 272-283.
- Goodenough, F.L., & Harris, D.B. (1950). Studies in the psychology of children's drawings, II: 1928-1949. *Psychological Bulletin*, 47, 369-433.
- Hammer, E.F. (Ed.). (1980). *The clinical application of projective drawings*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Harris, D.B. (1963). *Goodenough-Harris drawing test manual*. New York: Harcourt, Brace & World.
- Kellogg, R. (1970). *Analyzing children's art*. New York: Mayfield.
- Klepsch, M., & Logie, L. (1982). *Children draw and tell: An introduction to the projective uses of children's human figure drawings*. New York: Brunner/Mazel.
- Koppitz, E.M. (1968). *Psychological evaluation of children's human figure drawings*. New York: Grune & Stratton.
- Machover, K. (1949). *Personality projection in the drawing of the human figure*. Springfield, IL: Thomas.
- Machover, K. (1953). Human figure drawings of children. *Journal of Projective Techniques*, 17, 85-91.
- Prugh, D.G., Staub, E.M., Sands, H.H., Kirschbaum, R.M., & Leinehan, E.A. (1953). A study of the emotional reactions of children and families to hospitalization and illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 23, 70-106.
- Robertson, J. (1958). *Young children in hospitals*. New York: Basic Books.
- Thompson, R.H. (1985). *Psychosocial research on pediatric hospitalization and health care: A review of the literature*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Vernon, D.T.A., Foley, J.M., Sipowicz, R.R., & Schulman, J.L. (1965). *The psychological responses of children to hospitalization and illness*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.

ANEXO 2 - ARTIGO: CHILD DRAWING: HOSPITAL – AN INSTRUMENT DESIGNED TO MEASURE THE EMOTIONAL STATUS OF HOSPITALIZED SCHOOL-AGE CHILDREN

Child Drawing: Hospital—An Instrument Designed to Measure the Emotional Status of Hospitalized School-Aged Children

Stephanie Clatworthy, RN, EdD
Kathleen Simon, RN, DNSc
Mary E. Tiedeman, RN, PhD

Hospitalization has long been accepted as a stressful experience for children, but the degree of anxiety experienced by any child is unknown. Physiological status is routinely measured, but the same is not true for emotional status. "The Child Drawing: Hospital" was developed as a means of measuring the emotional status of the hospitalized school-aged child. This report presents the validity and reliability of the "Child Drawing: Hospital" as a measure of anxiety for hospitalized children.
Copyright © 1999 by W.B. Saunders Company

HOSPITALIZATION is not a rare occurrence in children's lives. It is estimated that about 5% of children are hospitalized each year in the United States (Perrin, 1993). This number does not include children experiencing elective surgical procedures that once required hospitalization. In addition, more than one third of all children will be hospitalized before they reach adulthood (Pass & Pass, 1987).

It has long been accepted that hospitalization is a major stressor for children (Erickson, 1963, 1972; Prugh, Staub, Sands, Kirschbaum, & Leinehan, 1953; Robertson, 1958; Thompson, 1985; Vernon, Foley, Sipowicz, & Schulman, 1965). Adaptation to the hospital experience demands the development of new coping strategies. However, children are at a disadvantage when they encounter situational stress. Children have less knowledge on which to base decisions and cognitive ability to solve new problems (Bibace & Walsh, 1980; Brewster, 1982; Perrin & Gerrity, 1981). In addition, children must rely on fewer and immature coping processes due to their limited past experiences (Field, Alpert, Vega-Lahr, Goldstein, & Perry, 1988; Ryan, 1989). If usual coping strategies are strained

beyond children's abilities to manage the stress experienced in the hospital situation, anxiety results (Fosson, Martin, & Haley, 1990). Children's ability to cope effectively depends on their developmental level and maturity, stability of their emotional health, the perception of the seriousness of the illness and its treatment, previous successful coping with new situations, and the degree of stress they are currently encountering.

The degree of anxiety experienced by any hospitalized child is unknown. Currently, we measure all children's physiological status (temperature, pulse, respiratory rate, and blood pressure) on admission to the hospital and at routine intervals. However, we do not systematically measure their emotional status. Behavioral indicators of anxiety such as crying or aggression may be recorded. However, some pathological behaviors, such as anger, withdrawal, regression, bed wetting, sleep disturbances, and somatization, are so frequently encountered that health care providers perceive them as normal behaviors in the situation and expect them to occur with hospitalized children (Tiedeman, M.E., Simon, K.A., Clatworthy, S.C., 1990).

RATIONALE FOR THE DEVELOPMENT OF "CHILD DRAWING: HOSPITAL"

Children may or may not have the ability and/or vocabulary to express their feelings, fears, worries, and concerns verbally. It is often difficult for adults to express the state of their emotions and, therefore, one could infer almost impossible for children.

From Kent State University, Kent, OH; Medical University of South Carolina, Charleston, SC; and Brigham Young University, Provo, UT.

Address reprint requests to Dr. Stephanie Clatworthy, 1521 Callender Drive, Hudson, OH 44236.

Copyright © 1999 by W.B. Saunders Company
0882-5963/99/1401-0001\$3.00/0

When hospitalized children were verbally interviewed and asked, "How do you feel about being in the hospital?" The majority of the children responded, "Fine," "OK," or "Alright." When compared with data from the Missouri Children's Picture Series (Sines, Pauker, & Sines, 1974) and "Child Drawing: Hospital" (Clatworthy, 1978), which measured the children's state of anxiety, it was clear that the children were not "fine," "OK," or "alright" (Clatworthy, 1978).

Verbal interchanges and observations of behavior may not always provide a clear assessment of the child's current emotional status. A specific measurement of the emotional well-being of the child is necessary. An instrument that would measure the anxiety level of the hospitalized child as expressed by the child was not found in the literature. Several observation checklists were available, but they relied on the values and beliefs of an observer (parent, nurse, teacher) to evaluate the child's degree of anxiety (Garrison & Earls, 1985; Klein, 1991; Melamed & Siegel, 1975; Verhulst, Althaus, & Berden, 1987; Vernon, Foley, & Schulman, 1967; Wolfer & Visintainer, 1975). In addition, self-report instruments that could be administered directly to children required reading ability such as the Children's Manifest Anxiety Scale (Castenada, McCandless, & Palermo, 1956) and State-Trait Anxiety Inventory for Children (Spielberger, 1973). The only exception to this was the Missouri Children's Picture Series (Sines, Pauker, & Sines, 1974), which required children to sort 235 line drawings into two piles, one that looked like fun and one that did not. Other measures of personality such as Personality Inventory for Children (Lachar & Gdowski, 1979), Children's Personality Questionnaire (Porter & Cattell, 1972), Thematic Apperception Test (Murray, 1943), and Rorschach (Rorschach, 1942), required the acquisition of special training to administer and score.

The use of children's drawings as a projective technique to measure emotional status has long been established in clinical practice. Draw-a-Man (Goodenough, 1926, 1928; Goodenough & Harris, 1950; Harris, 1963), House-Tree-Person (Buck, 1948), Draw-a-Person (Machover, 1949, 1953), Human Figure Drawing (HFD) Test (Koppitz, 1968), and Kinetic Family Drawing (Burns, 1982; Burns & Kaufman, 1970, 1972) have been well supported as means of evaluating the emotional status of children in various life situations. Therefore, it may be inferred that the same is true for children experiencing hospitalization.

THE INSTRUMENT

"The Child Drawing: Hospital" (CD:H) was specifically developed as a means of measuring the emotional status of the hospitalized school-aged child (5 through 11 years of age) (Clatworthy, 1978). The intent was to produce an instrument that would (1) be nonthreatening to children, (2) have an element of fun, (3) be appropriate to their developmental level, (4) be easily administered, and (5) be easily scored with a scientifically sound mechanism.

The equipment needed to administer the CD:H consists of a blank $8\frac{1}{2} \times 11$ inch sheet of white paper and a box of the eight basic crayons (red, purple, blue, green, yellow, orange, black, and brown). Each child is instructed to "draw a picture of a person in the hospital." Children have responded readily to the familiar task of drawing.

The scoring of the total tool is based on the theoretical foundations of drawings as a projective measure of children's states of anxiety. A manual to assist in scoring the drawing has been developed and includes specific directions and examples to aid in scoring the drawing. The CD:H Scoring Guide and Rating Scale and the CD:H Score Sheet (Hier, 1981) are included in the manual. The scoring of the drawing is divided into three sections (Table 1).

Part A contains 14 items scored on a scale of 1 to 10, with 1 indicating the lowest level of anxiety and 10 the highest level. Part B is scored by giving additional points for the presence of any of eight items presumed to be pathological indices (Burns, 1982; Burns & Kaufman, 1970, 1972; DiLeo, 1970, 1973; Koppitz, 1968; Machover, 1949, 1953; Spinetta, McLaren, Fox, & Sparta, 1981). Part C is a

Table 1. Categories of Scoring in the Child Drawing: Hospital

Part A (Scored on 1-10 point scales)	Part B (5 points added if present)
Position of person	Omission of one body part
Portrayal of action/life	Exaggeration of a body part
Length of person	Deemphasis of a body part
Width of person in relation to the length	(10 points added if present) Distortion of body
Facial expression	Omission of two or more body parts
Eyes/pupils	Use of transparency
Size of the person in comparison to the environment	Use of mixed profile
Color predominance	Use of shading
Number of colors used	Part C (Scored on 1-10 point scale)
Amount of paper used	Gestalt (sense of anxiety the whole picture portrays)
Placement of drawing on the paper	
Quality of crayon strokes	
Inclusion/size of hospital equipment	
Developmental level	

gestalt rating that calls for an overall response by the scorer to the child's anxiety as expressed in the picture on a 1 to 10 scale. A score of 11 indicates coping or low anxiety, whereas a score of 10 indicates disturbance or high anxiety. A total score can be obtained by adding the scores of the three sections, with the range of possible total scores from 15 to 290.

METHODOLOGY

The research on the CD:H evolved from a larger experimental intervention study evaluating the effects of therapeutic play on the anxiety levels of hospitalized school-aged children (Clatworthy, 1978, 1981). The CD:H and the Missouri Children's Picture Series (MCPS) (Sines et al., 1974) with parental data were presented to hospitalized children within 24 hours of admission and within 24 hours before discharge. The study sample consisted of 139 children, 5 through 11 years of age ($M = 7.98$ years), admitted to two large Midwestern hospitals. Children were randomly assigned to the experimental or control group, with the children in the experimental group receiving $\frac{1}{2}$ hour of therapeutic play daily from a nurse play therapist.

The drawings were scored by two research assistants who were prepared to score the children's drawings using the CD:H Scoring Manual. The research assistants were blind to the group assignment of the children. The data gained were used in secondary analysis to determine validity and reliability of the CD:H. After the initial intervention study, graduate students worked with the principal investigator to refine the scoring and further test the reliability and validity of the CD:H. Therefore, many secondary studies conducted with the assistance of graduate students. Some of the students conducted comparison studies in which new data were collected from different populations (Farquhar, 1983), whereas others took portions of the data collected from the intervention study and did new or further analysis (Buchanan, 1983; Edwards, 1982).

CONSTRUCT VALIDITY

To determine the construct validity of the CD:H, t tests were conducted to determine if the CD:H would differentiate between the experimental and control groups in the same manner as the MCPS (Clatworthy, 1981). All data were considered to be significant at the $P \leq .05$. The experimental and control groups did not differ in anxiety as measured by the MCPS T scores and the CD:H total scores on admission.

There was a significant difference in the anxiety between the experimental ($n = 69$, $M = 406.23$) and control ($n = 70$, $M = 412.53$) groups as measured by the MCPS T scores, $t = -1.97$ (1, 137), $P = .05$ at discharge. In addition, the experimental group ($n = 69$) had no significant change in anxiety from admission ($M = 401.43$) to discharge ($M = 406.23$), $t = -1.59$ (1, 68), $P = .12$. The control group ($n = 70$) demonstrated a significant increase in anxiety from admission ($M = 405.49$) to discharge ($M = 412.53$), $t = -2.73$, (1, 69), $P = .01$.

There was a significant difference in the total scores on the CD:H for the two groups using independent t tests, experimental ($M = 105.8$) and control ($M = 109.3$) at discharge, $t = -2.25$, (1, 137), $P = .03$. In addition, the experimental group had no significant change from admission ($M = 104.2$, $SD = 23.47$) to discharge ($M = 105.8$, $SD = 23.00$). The control group demonstrated a significant increase from admission ($M = 103.0$, $SD = 21.51$) to discharge ($M = 109.3$, $SD = 19.33$). Change scores on the CD:H revealed that Part A discriminated between the experimental ($M = -0.72$) and control ($M = 3.91$) groups, $t = -1.94$ (1, 137), $P = .05$, as did Part C, $t = -2.15$, (1, 137), $P = .03$. Part B of the CD:H differentiated the surgical children from the medical children with the surgical children demonstrating increased anxiety. The CD:H differentiated between the experimental and control group in a manner similar to the MCPS.

The CD:H was also compared with the MCPS using correlation coefficients to further establish the validity of the CD:H (Clatworthy, 1981). A Pearson correlation coefficient between the total scores on the CD:H and the MCPS T-scores revealed a significant positive relationship, $r = .23$, $P = .02$. Correlations were conducted separately for Parts A, B, and C for the experimental and control groups at admission and discharge and revealed correlations ranging from $-.38$ to $.34$ at the $P = .001$ to $.09$ level of significance. Despite these relatively low correlations, the CD:H differentiated between the experimental and control group in a manner similar to the MCPS.

In another study (Gadoue, 1982) conducted with 30 children, ages 5 through 11 years, the CD:H and the State Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC) (Spielberger, Edwards, Lushene, Montuor, & Platzek, 1973) were used to measure anxiety in children in a shelter for battered women and their children, but the scoring format remained the same. Pearson correlation coefficients were

determined to examine the relationships between the CD:H and the STAIC. There was a significant positive relationship between the CD:H (Part A plus Part C) and State component, $r = .73$, $P = .05$ as there were separately for Part A ($r = .70$, $P = .05$ and Part C ($r = .70$, $P = .01$). This data analysis demonstrates additional evidence of the construct validity of the CD:H.

To determine whether the CD:H would discriminate between hospitalized and nonhospitalized school-aged children, a study (Farquhar, 1983) was conducted with 151 children, ages 5 through 11 years, in a school setting. Each of the school children were administered the CD:H and the MCPS at one time only. These data were compared with the admission and discharge data obtained from the 139 hospitalized children (Clatworthy, 1981). A t -test was used to determine the differences between the hospital and school children on the CD:H and the MCPS. The comparison of the MCPS scores of the hospital ($M = 406.83$) and school ($M = 396.68$) children revealed significant differences between the groups with the hospital group having a much higher scores ($P = .000$). The comparison of the total CD:H scores of the two groups demonstrated significantly higher scores for the hospitalized children ($M = 107.7$, $SD = 22.19$) than the school children ($M = 90.0$, $SD = 22.78$), $t(299) = 6.84$, $P = .000$. The scores on Part A alone demonstrated this difference, $t(299) = 8.16$, $P = .000$ with the hospitalized children having higher scores ($M = 81.6$, $SD = 16.9$) compared with the school children ($M = 65.8$, $SD = 16.8$). The CD:H differentiated hospitalized children from nonhospitalized children based on level of anxiety.

Fedor (1991) replicated the study of Farquhar (1983) with data collected from 118 children, ages 5 through 11 years, in another school setting and compared them with data obtained from 114 hospitalized children in two other studies (Clatworthy, Tiedeman, Brenner, & Simon, 1984; Tiedeman, 1988) using the CD:H. A t -test was used to determine the difference between the hospital and school children administered the CD:H and the MCPS. Again the anxiety level of the hospitalized children ($M = 114.1$) was significantly higher than that of the school children ($M = 104.0$) as measured by the total score of the CD:H ($t = 4.41$, $P = .001$). Separate analysis of the parts of the CD:H demonstrated the same pattern for Part A and Part C. A significant difference ($t = 4.75$, $P = .001$) between the school children ($M = 76.0$) and the hospitalized children ($M = 85.0$) was found for Part A. In addition, a significant difference ($t = 4.41$,

$P = .001$) between the scores on Part C for the school children ($M = 8.2$) and the hospitalized children ($M = 8.9$). These findings were similar to the findings of Farquhar (1983). These two studies provide further evidence of the validity of the CD:H.

To determine if the CD:H would discriminate the drawings of children, 5 through 11 years of age, hospitalized with emotional disturbances from children of the same age hospitalized with physiological disturbances, Wofford (1985) collected data from 15 children hospitalized with a psychiatric diagnosis. The drawings obtained from these children were compared with the drawings of 30 children randomly selected from the initial intervention study (Clatworthy, 1981). There was no significant differences ($P = .438$) in the anxiety levels of the emotionally ill children ($M = 107.11$) and those of the other hospitalized children ($M = 101.8$). In addition, Neuman (1983) found no significant differences between 5 through 11-year-old children hospitalized with oncology diagnoses compared to those hospitalized with nononcology diagnoses.

INTERNAL CONSISTENCY

The internal consistency of the CD:H scoring was calculated using standardized item alpha coefficient using the data from the intervention study sample of 139 children (Clatworthy, 1981). The alpha coefficients were .75 at admission and .67 at discharge for Part A. Part B, related to pathological indicators, did not demonstrate significant coefficients at the time of admission, but did at discharge. Correlations between the total scores of Parts A, B, C and the total score on the CD:H were calculated by the use of Pearson r correlation coefficients for the experimental and control groups and the overall sample. The correlations between the scores of Parts A, B, and C (.1821 to .7823) were significant at the $P = .097$ to .000 level of significance.

INTER-RATER RELIABILITY

Inter-rater reliability of the CD:H was assessed (Wiater, 1983) using a random selection of 50 drawings from the 139 children in the intervention study (Clatworthy, 1981). Each drawing was scored by six individuals, three master's degree students with no previous experience with the art of children, two doctoral students with experience with projective techniques and the CD:H, and a doctorally prepared nurse with experience in the use of drawings and their interpretation. The CD:H Manual was given to each of the raters. They were directed to read the manual and score the pictures.

Each of the six raters were paired with each of the other five raters. Pearson r correlation coefficients for the pairs of raters ranged from .80 to .90 for Part A, .21 to .69 for Part B, .39 to .60 for Part C, and .68 to .84 for the total score. In addition, consistency among all six raters was examined using Cronbach's alpha and standardized item alphas. The Cronbach's alphas were .97 for Part A, .70 for Part B, .83 for Part C, and .94 for the total score of the CD:H. The standardized item alphas were .97 for Part A, .71 for Part B, .83 for Part C, and .95 for the total score. Inter-rater reliability was clearly demonstrated.

CONTENT ANALYSIS

To further scrutinize the CD:H, content analysis was conducted (Buchanan, 1983). Drawings ($N = 578$) from the intervention study were reviewed, and the content of each drawing was recorded. A total of 129 content items were identified, with 60 items found in only one drawing. The most frequently identified items were a patient (93.1%), no other person in the room (80.4%), a hospital room (60.9%), a bed (55.2%), a pillow (31.4%), a blanket (21.3%), words (19.1%), a window (11.8%), a door (9.4%), floor or a rug (8.3%), a television (8.3%), IV pole with tubing and a bottle (7.1%), and the exterior of the hospital with a person (7.1%). Pictures continually collected from hospitalized children since the initial intervention study contain the same items.

AGE, GENDER, AND DIAGNOSES DIFFERENCES

The CD:H scores of the children from the initial intervention study (Clatworthy, 1981) were examined to determine if there were any differences based on age, gender, and diagnostic categories (Edwards, 1982). Data were analyzed using a t -test.

There were no overall age differences in the admission to discharge scores on the CD:H. However, within the control group, younger children (5 to 8 years) demonstrated a significant increase in anxiety from admission to discharge compared with the older children (9 through 12 years) ($P \leq .094$). This age-related difference in the change in anxiety did not occur in the experimental group.

Overall, there were no significant gender differences in the admission and discharge scores on the CD:H. However, in the control group, girls demonstrated a greater increase in anxiety than boys ($P \leq .01$) from admission to discharge.

Comparisons were made between the CD:H

scores of children with medical diagnoses and surgical diagnoses and between children with acute and chronic diagnoses. No significant differences were found with respect to these variables, except on Part B children admitted for a surgical procedure drew more mutilated or distorted bodies.

RESEARCH IMPLICATIONS

The initial intent in the development of the CD:H was to develop an instrument to measure the anxiety of hospitalized school-aged children with the data collected directly from the children. The scoring system has been refined to yield a scientifically sound method for research and practice. The CD:H has demonstrated validity as a measure of the concept of anxiety related to being hospitalized. It has also demonstrated reliability as related to homogeneity and equivalence of an instrument.

Table 2 demonstrates that the CD:H may also have utility in investigating the anxiety of other children in the hospital situation. Simon (1991, 1993) examined nonhospitalized children's perceptions of the stress of hospitalization of a sibling measured by the CD:H. The total scores on the CD:H ranged from 77 to 157 with a mean of 107.7 ($SD = 15.41$). The nonhospitalized children perceived the stress of hospitalization at a level of stress (anxiety) equal to the level of stress of hospitalized children and higher than children in the school setting found in previous investigators.

The applicability of the instrument with pre-school children, adolescents, and adults needs to be explored. Given the nature of projective techniques, the use of the CD:H may provide a means to identify the anxiety levels of all family members when a child is hospitalized.

Table 2. Means and Standard Deviations of the Scores on the Child Drawing: Hospital of Hospitalized and Nonhospitalized School-Aged Children

Population	Mean	Standard Deviation
Nonhospitalized school children (Farquhar, 1983)	90.00	22.78
Nonhospitalized siblings (Simon, 1991)	107.67	15.41
Hospitalized children (Clatworthy, 1978, 1987)		
Admission control	103.00	21.51
Admission experimental	104.15	23.47
Discharge control	109.32	19.33
Discharge experimental	105.78	23.00
Hospitalized children (Tiedeman, 1988)		
Admission	111.21	20.37
Discharge	104.46	20.02
Posthospitalization	106.23	20.77

CLINICAL IMPLICATIONS

The CD:H has value as an assessment tool for clinicians. Drawing is a familiar, pleasant task for children and one they can complete in a reasonable length of time. Children have been asked to complete the CD:H as frequently as every 24 hours. The children continue to produce pictures without any indication of boredom or loss of interest in the task. Using the CD:H daily can provide the clinician with important information about the child's emotional status along with the routine measures of their physiological status. This practice would be helpful in monitoring the emotional well-being of individual children.

Children tend to draw what is most important to them. Consequently, children who have drawn a series of pictures tend to include the same theme. Clinically, children who have drawn daily pictures have projected how they are feeling. A young child who had an appendectomy initially drew a body with a large red area in the lower left body on the first postoperative day. By the third postoperative day, the drawing showed just a small area of orange in the lower abdomen, clearly indicating the decreased pain. The repetition of theme provides the clinician with valuable information of what is most important to the children within the hospital situation.

The equipment required to administer the CD:H is easily accessible and inexpensive (box of eight crayons and a blank piece of $8\frac{1}{2} \times 11$ inch paper). The CD:H has a developed scoring system that can be used with ease by professional nurses without special training.

The interpretation of the CD:H for the clinician has great potential to identify children who may need specific interventions. In studies of hospitalized children that used the CD:H as a measure of anxiety (Clatworthy, 1981, 1987; Tiedeman, 1990), the mean scores of the hospitalized children ranged from 103.0 to 111.2. The mean score of the nonhospitalized siblings (Simon, 1991) was 107.7, and the mean score obtained from the children in the school setting was 90.0 (Farquhar, 1983) (Table 2). The total score on the CD:H at the time of discharge for children who received no intervention had average scores of 104.46 ($SD = 20.02$) or

Table 3. Level of Anxiety Based on Total Scores of the Child Drawing: Hospital (CD: H)

CD:H Total Score	Level of Anxiety	Intervention Required
≤ 43	Very low	Intervention with parents may provide means to foster child coping
44-83	Low	Intervention with child may prevent the development of difficulties
84-129	Average	Daily intervention with therapeutic play is advised
130-167	Above average	Continue daily intervention with therapeutic play; consult with mental health team
≥ 168	Very high	Refer to mental health team

109.32 ($SD = 19.33$). By using the preceding scores, the following guidelines were developed to interpret the level of anxiety of hospitalized children (Table 3). The intent is that this will provide basic guidelines for the clinician. However, the clinician should be advised that the scores on the CD:H are but one piece of data to be used in the assessment of the emotional status of the child. The specific effect of the intervention therapeutic play for children with selected scores is yet to be explored. The initial intervention study provided children with dolls and puppets; hospital equipment for role play; crayons and paints for expressive play; and bean bags, blocks, cars, and paddleballs for aggressive play. It is to be noted that children with no intervention continued to experience increasing levels of anxiety over the course of their hospitalization (Clatworthy, 1981).

SUMMARY

The validity and reliability studies indicate sufficient support for the use of the CD:H as a tool for measuring anxiety of hospitalized school-aged children, ages 5 through 11 years. These studies have been conducted on multiple groups of hospitalized and nonhospitalized children in the Midwest. Interrater reliability has been documented. Data indicate no overall differences based on age, gender, and diagnoses in the scores obtained. Thus, the CD:H is valuable for use in both research and clinical practice.

REFERENCES*

- Bibace, R., & Walsh, M.E. (1980). Development of children's concepts of illness. *Pediatrics*, 66, 912-917.
- Brewster, A.B. (1982). Chronically ill hospitalized children's concepts of their illness. *Pediatrics*, 69, 355-362.
- Buchanan, J. (1983). A content analysis of the drawings of hospitalized 5-11 year old children. Unpublished master's thesis, Wayne State University, Detroit, MI.
- Buck, J.N. (1948). The h-t-p technique: A qualitative and quantitative scoring manual. *Journal of Clinical Psychology*, 4, 317-396.

- Burns, R.C. (1982). *Self-growth in families: Kinetic family drawings (k-f-d): Research and application*. New York: Brunner/Mazel.
- Burns, R.C., & Kaufman, S.H. (1970). *Kinetic family drawings (k-f-d): An introduction to understanding children through kinetic drawings*. New York: Brunner/Mazel.
- Burns, R.C., & Kaufman, S.H. (1972). *Actions, styles, and symbols in kinetic family drawings (k-f-d): An interpretive manual*. New York: Brunner/Mazel.
- Castenada, A., McCandless, B., & Palermo, D. (1956). The child's form of the manifest anxiety scale. *Child Development*, 27, 317-326.
- Clatworthy, S.M. (1978). The effects of therapeutic play on anxiety behaviors of hospitalized children. (Doctoral Dissertation, Boston University, 1977). *Dissertation Abstracts International*, 40, (University Microfilms No. 78-8055).
- Clatworthy, S. (1981). Therapeutic play: Effects on hospitalized children. *Journal of the Association for the Care of Children's Health*, 9, 108-113.
- Clatworthy, S. (1987). Child drawing: Hospital. Unpublished manuscript.
- Clatworthy, S., Tiedeman, M.E., Brenner, P.S., & Simon, K.A. (1984). The effects of therapeutic play on anxiety behaviors of hospitalized children with a chronic illness—asthma. Unpublished manuscript.
- DiLeo, J.H. (1970). *Young children and their drawings*. New York: Brunner/Mazel.
- DiLeo, J.H. (1973). *Children's drawings as diagnostic aids*. New York: Brunner/Mazel.
- Edwards, K.T. (1982). *Establishing the effects of age and sex on the drawings of hospitalized 5- to 12-year-old children*. Unpublished master's thesis, Wayne State University, Detroit, MI.
- Erickson, F. (1963). Viewpoints on children in hospitals. *Hospitals*, 37, 47-48.
- Erickson, F. (1972). Stress in the pediatric ward. *Maternal-Child Nursing Journal*, 1, 113-116.
- Farquhar, S.E. (1983). A study in the relationship of anxiety in children in a school setting and children in a hospital setting, ages 5-11. Unpublished master's thesis, Wayne State University, Detroit, MI.
- Fedor, C.A. (1991). Comparison of anxiety scores in hospitalized and nonhospitalized children as measured by the child drawing hospital and the bunny. Unpublished master's thesis, Kent State University, Kent, OH.
- Field, T., Alpert, J., Vega-Lahr, N., Goldstein, S., & Perry, S. (1988). Hospitalization stress in children: Sensitizer and repressor coping styles. *Health Psychology*, 7, 433-445.
- Fosson, A., Martin, J., & Haley, J. (1990). Anxiety among hospitalized latency-age children. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 11, 324-327.
- Gadoua, K.J.H. (1982). Anxiety levels in children of battered women. Unpublished master's thesis, Wayne State University, Detroit, MI.
- Garrison, W.T., & Earls, F. (1985). The child behavior checklist as a screening instrument for young children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24, 76-80.
- Goodenough, F.L. (1926). *Measurement of intelligence by drawings*. New York: Harcourt, Brace & World.
- Goodenough, F.L. (1928). Studies in the psychology of children's drawings. *Psychological Bulletin*, 25, 272-283.
- Goodenough, F.L., & Harris, D.B. (1950). Studies in the psychology of children's drawings. II: 1928-1949. *Psychological Bulletin*, 47, 369-433.
- Harris, D.B. (1963). *Goodenough-Harris drawing test manual*. New York: Harcourt, Brace & World.
- Hier, B.A. (1981). Establishing the reliability and validity of the child drawing-hospital instrument as a measurement of anxiety on hospitalized 5 to 12 year old children. Unpublished master's thesis, Wayne State University, Detroit, MI.
- Klein, R.G. (1991). Parent-child agreement in clinical assessment of anxiety and other psychopathology: A review. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 187-198.
- Koppitz, E.M. (1968). *Psychological evaluation of children's human figure drawings*. New York: Grune & Stratton.
- Lachar, D., & Gdowski, C.L. (1979). *Actuarial assessment of child and adolescent personality: An interpretive guide for the personality inventory for children profile*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Machover, K. (1949). *Personality projection in the drawing of the human figure*. Springfield, IL: Thomas.
- Machover, K. (1953). Human figure drawings of children. *Journal of Projective Techniques*, 17, 85-91.
- Melamed, B.G., & Siegel, L.J. (1975). Reduction of anxiety in children facing hospitalization and surgery by use of film modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 511-521.
- Murray, H.A. (1943). *Thematic apperception test manual*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Pass, M.D., & Pass, C.M. (1987). Anticipatory guidance for parents of hospitalized children. *Journal of Pediatric Nursing*, 2, 250-258.
- Perrin, E.C. (1993). Commentary: Children in hospitals. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 14, 50-52.
- Perrin, E.C., & Gerrity, P.S. (1981). There's a demon in your belly: Children's understanding of illness. *Pediatrics*, 67, 841-849.
- Porter, R.B., & Cattell, R.B. (1972). *Handbook for the children's personality questionnaire (cpq)*. Champaign, IL: Institute for Personality and Ability Testing.
- Prugh, D.G., Staub, E.M., Sands, H.H., Kirschbaum, R.M., & Leinehan, E.A. (1953). A study of the emotional reactions of children and families to hospitalization and illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 23, 70-106.
- Robertson, J. (1958). *Young children in hospitals*. New York: Basic Books.
- Rorschach, H. (1942). *Psychodiagnostics: A diagnostic test based on perception*. New York: Grune & Stratton.
- Ryan, N.M. (1989). Stress-coping strategies identified from school age children's perspective. *Research in Nursing and Health*, 12, 111-122.
- Simon, K.A. (1991). Responses of nonhospitalized children to the perceived stressfulness of sibling hospitalization. Unpublished doctoral dissertation, Boston University, Boston, MA.
- Simon, K. (1993). Perceived stress of nonhospitalized children during the hospitalization of a sibling. *Journal of Pediatric Nursing*, 8, 298-304.
- Sines, J.O., Pauker, J.D., & Sines, L.K. (1974). *The Missouri children's picture series manual*. Iowa City, IA: Psychological Assessment and Services.
- Spielberger, C.D. (1973). *Manual for the state-trait anxiety inventory for children*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C.D., Edwards, C.D., Lushene, R.E., Montuor, I., & Platzek, D. (1973). *STAIC preliminary manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spinetta, J.J., McLaren, H.H., Fox, R.W., & Sparta, S.N. (1981). The kinetic family drawing in childhood cancer: A revised application of an age-independent measure. In J.J. Spinetta, & P. Deasy-Spinetta (Eds.), *Living with childhood cancer* (pp. 86-120). St. Louis: Mosby.
- Thompson, R.H. (1985). *Psychosocial research on pediatric hospitalization and health care: A review of the literature*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Tiedeman, M.E. (1988). An examination of the anxiety responses of 5- to 11-year-old children during and after hospitalization. Unpublished doctoral dissertation, Wayne State University, Detroit, MI.
- Tiedeman, M.E., Simon, K.A., & Clatworthy, S. (1990).

CHILD DRAWING: HOSPITAL

9

Anxiety responses of 5-11 year old children during and after hospitalization. *Journal of Pediatric Nursing*, 5, 334-343.

Verhulst, F.C., Althaus, M., & Berden, G.F. (1987). The child assessment schedule: Parent-child agreement and validity measures. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 28, 455-466.

Vernon, D.T.A., Foley, J.M., & Schulman, J.L. (1967). Effects of mother-child separation and birth order on young children's responses to two potentially stressful experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, 162-174.

Vernon, D.T.A., Foley, J.M., Sipowicz, R.R., & Schulman, J.L. (1965). *The psychological responses of children to hospitalization and illness*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Wiater, B.R. (1983). Interrater reliability of the child draw-

ing—hospital tool. Unpublished master's thesis, Wayne State University, Detroit, MI.

Wofford, D. (1985). Comparative study of drawings of five to eleven year old children hospitalized for emotional disturbances as compared to children hospitalized with physiological disturbances. Unpublished master's thesis, Wayne State University, Detroit, MI.

Wolfer, J.A., & Visintainer, M.A. (1975). Pediatric surgical patients' and parents' stress responses and adjustment. *Nursing Research*, 24, 244-255.

*Note: The earlier dated references provide the reader with the original and in some cases the only research related to the interpretation of the drawings of children.

ANEXO 3 - DESENHO 1: PEDRO³, 9 ANOS, HIPÓTESE DIAGNÓSTICA DE CETOACIDOSE DIABÉTICA

³ Nome fictício.

ANEXO 4 - DESENHO 2: IZABELA⁴, 10 ANOS, COM DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE GUILLIAN-BARRÉ À ESCLARECER.

⁴ Nome fictício.

ANEXO 5 - CARTA DE ANUÊNCIA CONCEDIDA PELO *JOURNAL OF PEDIATRIC NURSING*

Thank you for your order!

Dear Dr. Elaine Damiao,

Thank you for placing your order through Copyright Clearance Center's RightsLink® service.

Order Summary

Order Date:	Dec 2, 2016
Order Number:	4000740054349
Publication:	Journal of Pediatric Nursing
Title:	Child Drawing: Hospital manual
Type of Use:	reuse in a thesis/dissertation
Order Total:	0.00 USD

View or print complete [details](#) of your order and the publisher's terms and conditions.

Please note: You will be invoiced within 24 hours.

Sincerely,
Copyright Clearance Center

Tel: [+1-855-239-3415](tel:+1-855-239-3415) / [+1-978-646-2777](tel:+1-978-646-2777)

customercare@copyright.com <https://myaccount.copyright.com>

<http://www.copyright.com/>

Thank you for your order!

Dear Dr. Elaine Damiao,

Thank you for placing your order through Copyright Clearance Center's RightsLink® service.

Order Summary

Order Date: Dec 2, 2016
Order Number: 4000731253218
Publication: Journal of Pediatric Nursing
Title: Child Drawing: Hospital—An instrument designed to measure the emotional status of hospitalized school-aged children
Type of Use: reuse in a thesis/dissertation
Order Total: 0.00 USD

View or print complete [details](#) of your order and the publisher's terms and conditions.

Please note: You will be invoiced within 24 hours.

Sincerely,

Copyright Clearance Center

Tel: +1-855-239-3415 / +1-978-646-

2777customer@copyright.com <https://myaccount.copyright.com>

<http://www.copyright.com/>

ANEXO 6 - VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO E CONSTRUTO DOS INSTRUMENTOS – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Ansiedade da hospitalização em crianças: validação do Child Drawing: Hospital

Pesquisador: CAMILA FORNI ANTUNES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 82246018.6.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.607.089

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo do tipo metodológico para validação de construto do instrumento Child Drawing: Hospital (CD:H) – que já foi adaptado culturalmente – para a avaliação da ansiedade de crianças escolares brasileiras hospitalizadas. Para isso, três psicometristas serão convidados num primeiro momento para avaliar a estrutura do instrumento já adaptado para a cultura brasileira e propor mudanças estruturais de acordo com o que a literatura sugere sobre adequação de escalas de medidas; posteriormente, 250 enfermeiros pediatras irão avaliar três desenhos de crianças hospitalizadas com o uso do instrumento adaptado sem as alterações propostas pelos psicometristas (CD:Ha) e adaptado com as modificações realizadas após as críticas dos especialistas (CD:Hb). Os desenhos são oriundos de um banco de dados já existente. Os dados obtidos pelos enfermeiros serão analisados por meio de análise fatorial exploratória e confirmatória (AFC); teoria de resposta ao item; relação amostra/itens; parâmetros de qualidade

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 2.607.089

dos

instrumentos; índice de ajustamento da AFC e confiabilidade. A partir dos dados estatísticos, será disponibilizado o CD:H validado e modificado para o uso por enfermeiros pediatras brasileiros.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral é validar o construto do instrumento CD:H já adaptado culturalmente para avaliação da ansiedade de crianças escolares brasileiras hospitalizadas. Os objetivos específicos são testar a confiabilidade inter-observadores com enfermeiros pediatras brasileiros; comparar a confiabilidade dos resultados obtidos do CD:H adaptado com o estudo original e o estudo sueco; e propor uma versão ajustada da escala CD:H, se necessário.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora ressalta que o risco pode vir a ser o possível desconforto que o estudo poderá ocasionar no longo tempo requerido para responder aos questionários. Como benefícios, aponta que o estudo ajudará a área da enfermagem pediátrica a possuir um instrumento de avaliação de ansiedade da criança hospitalizada, permitindo intervenções mais adequadas a criança escolar.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante para a área de enfermagem.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

São apresentados TCLE para enfermeiros e psicometristas. Ambos modelos estão adequadamente redigidos.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as recomendações de melhoria dos TCLE foram atendidas.

Considerações Finais a critério do CEP:

- Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil;
- Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

Camila Forni Antunes

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 2.607.089

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_974877.pdf	28/03/2018 18:22:24		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCEP.doc	28/03/2018 18:21:44	CAMILA FORNI ANTUNES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	28/03/2018 18:21:08	CAMILA FORNI ANTUNES	Aceito
Cronograma	Cronograma.doc	28/03/2018 18:20:28	CAMILA FORNI ANTUNES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2_versao.docx	13/03/2018 21:15:35	Elaine Buchhorn Cintra Damião	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCEP2versao.docx	09/03/2018 16:20:13	Elaine Buchhorn Cintra Damião	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCEPfinal.docx	19/01/2018 15:01:23	Elaine Buchhorn Cintra Damião	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_CEP.pdf	19/01/2018 11:54:03	CAMILA FORNI ANTUNES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	19/01/2018 10:32:12	CAMILA FORNI ANTUNES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	19/01/2018 10:32:12	CAMILA FORNI ANTUNES	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	19/01/2018 10:21:40	CAMILA FORNI ANTUNES	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	19/01/2018 10:19:38	CAMILA FORNI ANTUNES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 18 de Abril de 2018

Assinado por:
Marcelo José dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419**Bairro:** Cerqueira Cesar**CEP:** 05.403-000**UF:** SP**Município:** SAO PAULO**Telefone:** (11)3061-8858**E-mail:** cepee@usp.br

ANEXO 7 - BANCO DE DESENHOS – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EFEITOS DO USO DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO EM CRIANÇAS ESCOLARES PRÉ-ADOLESCENTES HOSPITALIZADAS: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

Pesquisador: Elaine Buchhorn Cintra Damião

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 42526815.0.3001.0076

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.114.843

Data da Relatoria: 19/06/2015

Apresentação do Projeto:

Estudo comparativo entre uso de brinquedo terapêutico versus brinquedos convencionais para diminuição de ansiedade de pacientes pediátricos internados. Pretende-se avaliar o grau de ansiedade após as intervenções.

Objetivo da Pesquisa:

comparação entre grupos em relação a grau de ansiedade

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

sem riscos

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo que pretende evidenciar a diminuição da ansiedade por meio do método (BTD).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

termos adequados

Recomendações:

nada a acrescentar

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

sugiro aprovação após apresentação em reunião CEP

Endereço: Av. Profº Lineu Prestes, 2565

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 05.508-000

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3091-9457

Fax: (11)3091-9452

E-mail: cep@hu.usp.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - HU/USP
Continuação do Parecer: 1.114.843		
Situação do Parecer: Aprovado		
Necessita Apreciação da CONEP: Não		
Considerações Finais a critério do CEP: O projeto foi apresentado e aprovado na reunião de hoje. Lembramos que cabe ao pesquisador elaborar e apresentar a este Comitê, relatórios parciais e final, de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, inciso XI.2, letra "d".		
SAO PAULO, 19 de Junho de 2015		
<hr/> Assinado por: Mauricio Seckler (Coordenador)		
Endereço: Av. Profº Lineu Prestes, 2565 Bairro: Cidade Universitária CEP: 05.508-000 UF: SP Município: SAO PAULO Telefone: (11)3091-9457 Fax: (11)3091-9452 E-mail: cep@hu.usp.br		

ANEXO 8 - BANCO DE DESENHOS – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - EEUSP
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		
<p>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</p> <p>Título da Pesquisa: EFEITOS DO USO DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO EM CRIANÇAS ESCOLARES PRÉ-ADOLESCENTES HOSPITALIZADAS: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO</p> <p>Pesquisador: Elaine Buchhorn Cintra Damião</p> <p>Área Temática:</p> <p>Versão: 2</p> <p>CAAE: 42526815.0.0000.5392</p> <p>Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da USP</p> <p>Patrocinador Principal: Financiamento Próprio</p> <p>DADOS DO PARECER</p> <p>Número do Parecer: 1.075.024</p> <p>Data da Relatoria: 19/05/2015</p> <p>Apresentação do Projeto:</p> <p>Trata-se de projeto de pesquisa que tem por objetivo avaliar os efeitos do uso do Brinquedo Terapêutico Dramático (BTD) na hospitalização de crianças escolares pré-adolescentes com idade entre 09 e 11 anos. Para tanto, farão parte do estudo 52 crianças hospitalizadas, divididas em dois grupos: Grupo de Intervenção (GI) e Grupo controle (GC). Ao GI será aplicada a sessão de BTD e o GC fará as atividades lúdicas propostas pela instituição. A análise do efeito da aplicação do BTD será realizada por meio de desenho, utilizando-se o instrumento Child Drawing. Os resultados serão analisados por meio de estatística descritiva e o teste t de Student, apresentados em gráficos e tabelas.</p> <p>Objetivo da Pesquisa:</p> <p>Avaliar os efeitos do uso do Brinquedo Terapêutico Dramático (BTD) na hospitalização de crianças escolares pré-adolescentes.</p> <p>Avaliação dos Riscos e Benefícios:</p> <p>Riscos - a pesquisa pode gerar desconforto, pois disponibiliza brinquedos às crianças escolares pré-adolescentes hospitalizadas e posteriormente os recolhe, fato que pode despertar desejo de posse ou de permanecer brincando com os mesmos.</p>		
<p>Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419</p> <p>Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000</p> <p>UF: SP Município: SAO PAULO</p> <p>Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: edipesq@usp.br</p>

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 1.075.024

Benefícios - O Brinquedo Terapêutico pode diminuir a ansiedade e melhorar o estado emocional da criança durante a hospitalização.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- Pesquisa relevante para a produção de conhecimento na área, pois a utilização do brinquedo terapêutico pode diminuir a ansiedade e melhorar o estado emocional da criança durante a hospitalização.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- O Termo de Assentimento para as crianças escolares pré-adolescentes hospitalizadas está redigido em linguagem clara e objetiva para compreensão das crianças participantes do estudo.

- O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) dirigido aos pais das crianças escolares pré-adolescentes está redigido em formato de convite. Informa o objetivo do estudo; assegura o anonimato e a liberdade de participação; informa que o termo será assinado em duas vias; a possibilidade de desistência a qualquer momento, sem prejuízos; os contatos da pesquisadora e do CEP da EEUSP e do HUUSP.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Para dar prosseguimento ao processo de avaliação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP, a pesquisadora deveria:

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Para dar prosseguimento ao processo de avaliação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP, a pesquisadora deveria:

1- Alterar a palavra "terapêutico" do Termo de Assentimento por outro vocábulo que seja de fácil compreensão para as crianças escolares pré-adolescentes hospitalizadas.

2- Incluir no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que esse será assinado em duas vias, sendo uma para a pesquisadora e outra para os pais dos participantes.

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3061-7548

Fax: (11)3061-7548

E-mail: edlpesq@usp.br

Continuação do Parecer: 1.075.024

3- Alterar completamente no TCLE, o parágrafo "Ficou claro também que minha participação e de meu filho/a é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar do estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço. Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, aceito participar do presente Projeto de Pesquisa", pois os pais não participarão do estudo, apenas consentirão que os filhos participem da pesquisa.

4- Alterar a data para início da coleta de dados na próxima submissão, pois o período para a coleta deve ser previsto para data posterior à aprovação do projeto pelo CEP.

5- Inserir a instituição coparticipante no documento "informações básicas do projeto", para que o projeto seja encaminhado e analisado pelo CEP da instituição.

6- Inserir campo para rubrica do participante e do pesquisador em todas as páginas do TCLE.

Todas as pendências foram atendidas, portanto, o projeto não apresenta óbices éticos.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil.

Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
 Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
 UF: SP Município: SÃO PAULO
 Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: edlpesq@usp.br