



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

JULIO DE MESQUITA FILHO

Faculdade de Ciências

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Luciana Esgalha Carnier

***STRESS E COPING* EM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS EM
SITUAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA E *STRESS* DO
ACOMPANHANTE: ESTABELECENDO RELAÇÕES**

Bauru
2010

Luciana Esgalha Carnier

***STRESS E COPING EM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS EM
SITUAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA E STRESS DO
ACOMPANHANTE: ESTABELECENDO RELAÇÕES***

Dissertação apresentada como requisito à obtenção do título de Mestre
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”
Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem
Área de concentração: Desenvolvimento: Comportamento e Saúde
Orientação: Profa. Adjunta Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues
Co-orientação: Profa. Dra. Gimol Benzaquen Perosa

**Bauru
2010**

DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO
UNESP – Campus de Bauru

Carnier, Luciana Esgalha.

Stress e coping em crianças hospitalizadas em situação pré-cirúrgica e stress do acompanhante: estabelecendo relações / Luciana Esgalha Carnier, 2010.

180 f.

Orientadora: Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues

Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências, Bauru, 2010

1. Estratégias de enfrentamento. 2. Stress infantil. 3. Stress Materno. 4. Hospitalização infantil I. Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências. II. Título.

STRESS E COPING EM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS EM
SITUAÇÃO PRÉ-CIRÚRGICA E STRESS DO ACOMPANHANTE:
ESTABELECENDO RELAÇÕES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem da
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
– Faculdade de Ciências, como parte dos requisitos para
obtenção do título de Mestre.

Orientação: Profa. Adjunta Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues
Co-orientação: Profa. Dra. Gimol Benzaquen Perosa

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Sônia Regina Fiorim Enumo

Prof.^a Dra. Carmen Maria Bueno Neme

Orientadora: Prof.^a Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues

Bauru, 23 de julho de 2010.



ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE LUCIANA ESGALHA CARNIER, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM, DO(A) FACULDADE DE CIÊNCIAS DE BAURU.

Aos 23 dias do mês de julho do ano de 2010, às 09:00 horas, no(a) Anfiteatro da Pós-Graduação, reuniu-se a Comissão Examinadora da Defesa Pública, composta pelos seguintes membros: Profa. Dra. OLGA MARIA P ROLIM RODRIGUES do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências de Bauru, Profa. Dra. SÔNIA REGINA FIORIM ENUMO do(a) Departamento de Psicologia Social e do Desenvolvimento / Universidade Federal do Espírito Santo, Profa. Dra. CARMEN MARIA BUENO NEME do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências de Bauru, sob a presidência do primeiro, a fim de proceder a argüição pública da DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de LUCIANA ESGALHA CARNIER, intitulada "Stress e coping em crianças hospitalizadas em situação pré-cirúrgica e stress do acompanhante: estabelecendo relações". Após a exposição, a discente foi argüida oralmente pelos membros da Comissão Examinadora, tendo recebido o conceito final: APROVADA. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que, após lida e aprovada, foi assinada pelos membros da Comissão Examinadora.


Profa. Dra. OLGA MARIA P ROLIM RODRIGUES


Profa. Dra. SÔNIA REGINA FIORIM ENUMO


Profa. Dra. CARMEN MARIA BUENO NEME

Dedico este trabalho a meus pais, Paulo e Lúcia, por toda dedicação, amor e apoio que me dão desde meu nascimento. Sempre presentes e me encorajando a seguir em frente com meus sonhos, independentemente dos obstáculos e dúvidas do caminho.

A meus irmãos, por fazerem parte de minha vida, de minha história e cuidarem de mim, cada um com seu jeito especial. Fausto, sempre me fazendo rir, por mais preocupada ou triste que eu esteja e Ana Paula, me apoiando e acreditando em meu potencial.

A todos meus familiares, por também fazerem parte importante de meu alicerce e, a cada reencontro, fazerem parecer que há poucos dias não nos víamos, por mais que muitos meses tivessem se passado, enchendo-me, assim, de alegria e carinho.

Dedico também a todos, que de alguma forma se beneficiarão deste trabalho e às crianças, por permitirem que este projeto pudesse ser realizado e por sempre mostrarem-me que há um lado colorido na vida e que, para crescer, não é preciso perder a alegria, brilho e sorriso de criança.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora, Prof^a Dr^a Olga Maria P. Rolim Rodrigues, por acompanhar-me por todos estes anos, desde a graduação. Professora, amiga e, muitas vezes mãe, pois se preocupou sempre não só com minha formação acadêmica e profissional, mas também com minha vida e, como mãe, dava seus “puxões de orelha” quando necessário. Agradeço pelo constante incentivo, paciência e dedicação, ajudando-me a enfrentar tanto minhas limitações acadêmicas quanto as pessoais, fazendo sempre com muito afeto.

À minha co-orientadora, Profa. Dra. Gimol Benzaquen Perosa, por me “apresentar” à Psicologia hospitalar pediátrica e mostrar que nela há muitos caminhos a serem percorridos e que, para cada etapa do desenvolvimento, temos e podemos desenvolver habilidades que nos permitem alcançar os objetivos desejados. Obrigada também pelo incentivo, apoio e confiança depositados, principalmente quando eu mesma não sabia que poderia chegar tão longe.

Gostaria de dizer às duas, que aprendi e aprendo muito com o trabalho de vocês, que admiro a postura ética, o comprometimento e a preocupação não só com os pacientes e alunos, mas também com todo trabalho ao qual se dedicam. Vocês são meu espelho.

Uma vez me disseram que se mãe fosse bom, a gente não tinha só uma. Então, posso agradecer por Deus ter me dado a oportunidade de ter várias.

Agradeço às Professoras Doutoradas Sonia Regina Fiorim Enumo e Tânia Grace Martins do Valle, pelas ricas contribuições feitas no Exame de Qualificação.

À Profa. Dra. Alessandra Motta, por ter me recebido em sua casa de forma tão acolhedora e ter dividido comigo todos seus conhecimentos sobre o AEH.

Agradeço à Profa. Dra. Flavia Padovani, por ter me auxiliado na construção do texto e também, em minha construção profissional mas, principalmente, por ter se tornado uma

amiga.

Por ordem alfabética, queria agradecer à Bel, Beto, Débora, Emiliano, Guilherme, Letícia, Manu, Roberta, Peres, Peri, Priscila, Tati Dias, Tati Fusco, todos que fizeram e fazem parte de minha história em Botucatu. Amigos com qualidades únicas e especiais, dos quais recebi, cada um a seu modo, colo e paciência nos momentos em que mais precisei, como os de angústia e mau humor e, também, com os quais compartilhei muitas alegrias, tristezas, momentos de lazer e que sempre me apoiaram e fizeram que meus dias se tornassem mais felizes.

Em especial, queria agradecer à Mawusi, amiga e companheira de república, pessoa iluminada, com uma alegria contagiante, com quem aprendi que nós somos os responsáveis por nossos dias acontecerem, que devemos observar cada pequeno detalhe e admirar sua beleza e ensinamento. Com ela aprendi, na prática, que devemos sempre sorrir, independente da situação.

Agradeço a todos meus amigos de Jaboticabal e da graduação que, mesmo distantes, sempre estiveram presentes em minha caminhada e, em especial, ao Salvador pelo auxílio dado nas dúvidas estatísticas. Aos amigos que conquistei no Departamento de Psicologia, Psiquiatria e Neurologia da FMB (Botucatu) agradeço pelo carinho e apoio recebidos.

A todos meus amigos *“Ain’t it good to know that you’ve got a friend, when people can be so cold. They’ll hurt you, and desert you, and take your soul if you let them. Oh, but don’t you let them (...) Winter, spring, summer or fall, all you have to do is call. And I’ll be there, yes, I will... You’ve got a friend”*(Carole King).

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, pelas contribuições dadas por meus professores e colegas, permitindo-me conhecê-los melhor, inclusive uma prima, que também se tornou uma amiga e, às funcionárias da Secretaria, pelas informações e auxílio que muito contribuíram para o meu desenvolvimento

profissional ao longo dos anos de Mestrado.

Ao Prof. Dr. Manoel Henrique Salgado, pelo auxílio na parte estatística.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), pelo apoio financeiro oferecido ao estudo, o que possibilitou minha dedicação a esta pesquisa, bem como aos seus pareceristas, pela atenção e compreensão dirigidas ao estudo.

À equipe da Enfermaria de Pediatria, por auxiliarem-me na realização de minha pesquisa.

Às equipes de saúde das Unidades de Terapia Intensiva, adulto e neonatal, por toda compreensão e apoio no momento de conclusão de meu trabalho.

Por fim, gostaria de agradecer às crianças e seus acompanhantes que, mesmo em momentos de angústia, se propuseram a colaborar com minha pesquisa e, principalmente a Deus, por ter permitido que eu trilhasse mais esta caminhada em minha vida e por ter colocado ao meu lado vários anjos em forma de pessoas que, cada um a seu modo, deram-me forças e acreditaram em meu potencial.

*“Cada pessoa que passa em nossa vida, passa sozinha...
É porque cada pessoa é única, e nenhuma substitui a outra!
Cada pessoa que passa em nossa vida passa sozinha e não nos deixa só...
Porque deixa um pouco de si e leva um pouquinho de nós”.*

(Charles Chaplin)

CARNIER, L. E. *Stress e coping em crianças hospitalizadas em situação pré-cirúrgica e stress do acompanhante: estabelecendo relações*. 2010. 181f. Dissertação (Mestre em Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem) - UNESP, Faculdade de Ciências, Bauru, 2010.

RESUMO

A hospitalização infantil para realização de cirurgia envolve uma sobrecarga emocional tanto para a criança quanto para sua família. Sabendo que adultos e crianças são atingidos de modo semelhante pelo *stress*, este estudo avaliou o nível de *stress* de acompanhantes e crianças em situação pré-cirúrgica e as estratégias de enfrentamento (*coping*) das crianças nesta situação. Participaram 63 crianças, com idade entre 7 e 12 anos, hospitalizadas para cirurgias eletivas, e seus acompanhantes. Para verificar as variáveis sociodemográficas e de hospitalização das crianças, um Questionário de Levantamento de Informações, elaborado para este estudo, foi aplicado nos acompanhantes. Para avaliar a presença de *stress* nas crianças, foi aplicada a Escala de Stress Infantil (ESI) e, nos acompanhantes, o Inventário de Sintomas de Stress para adultos de Lipp (ISSL). Aplicou-se o Instrumento de Avaliação das Estratégias de Enfrentamento da Hospitalização (AEH) para identificar as estratégias de enfrentamento utilizadas pelas crianças para lidar com a hospitalização. Observou-se que cerca de 12,7% das crianças apresentaram *stress* e 23,8% possibilidade de *stress*, especialmente para sintomas psicológicos (33%), relacionados às variáveis: idade (sete a oito anos), sexo feminino, não ter experiência anterior com cirurgia e receber pouca informação acerca do período perioperatório. As crianças informadas pelo médico e com informação sobre o procedimento cirúrgico, apresentaram menor nível de *stress*. A maioria dos acompanhantes (76%) foram diagnosticados como estressados, com prevalência da fase de resistência e sintomas psicológicos principalmente as do sexo

feminino. As crianças pontuaram mais comportamentos facilitadores da hospitalização como: *tomar medicação, assistir TV e conversar*. Meninas, crianças com idade igual ou superior a 11 anos e crianças com risco de apresentarem *stress* e com acompanhantes estressados, apresentaram maior frequência média de comportamentos de enfrentamento. As estratégias de enfrentamento utilizadas pelas crianças de forma mais freqüente foram a *distração* e a *solução de problemas*. A *reestruturação cognitiva* foi mais usada por crianças mais velhas e aquelas com experiência prévia com cirurgia e, ainda, para justificar a não emissão de alguns comportamentos de *coping*. A presença de *stress*, na criança ou no acompanhante, relacionou-se ao uso das estratégias *ruminação* e *regulação da emoção* pelas crianças. Crianças mais novas apresentaram dificuldades para justificar a emissão ou não de determinados comportamentos de *coping*. Observa-se, assim, que a situação pré-cirúrgica acomete a criança e também a família, o que justifica investigações mais aprofundadas sobre o *stress* e as estratégias de enfrentamento subjacentes a essas situações, além de intervenções com essa população, melhorando a comunicação médico-paciente e a preparação pré-cirúrgica.

Palavras-chave: estratégias de enfrentamento; *stress* infantil; *stress* materno; hospitalização infantil; cirurgias eletivas.

CARNIER, L. E. **Stress and coping in hospitalized children in the pre-surgical and stress of the companion: establishing relationships.** 2010. 181f. Dissertação (Mestre em Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem) - UNESP, Faculdade de Ciências, Bauru, 2010.

ABSTRACT

Children's hospitalization for surgery may involve an emotional burden for both, the child and for his family. Knowing that adults and children alike are affected by stress, this study evaluated the stress level of caregivers and children in pre-surgical situation and the coping strategies of children in this situation. Participated in this study 63 children aged between seven and 12 years hospitalized for elective surgery and their carers. To determine the sociodemographic variables and hospitalization of children, a questionnaire survey of information prepared for this study was applied in companions. To evaluate the presence of stress in children, was applied the Escala de Stress Infantil (ESI) and, in accompanying the Inventário de Sintomas de Stress para adultos de Lipp (ISSL). To identify the coping strategies used by children to cope with hospitalization was applied the Instrumento de Avaliação das Estratégias de Enfrentamento da Hospitalização (AEH). It was observed that approximately 12.7% of children showed stress and 23.8% possibility of stress, especially for psychological symptoms (33%), related to the variables age (seven to eight years), female, have no previous experience with surgery and receive little information about the perioperative period. The children reported by the physician and the surgical procedure had a lower level of stress. The most caregivers (76%) were diagnosed as stressed, with a prevalence of resistance phase and psychological symptoms. The fact that a woman companion and chief caregiver, in addition to being a companion of young children with no previous surgical experience and female was related with higher stress. The children scored

more facilitative behaviors of hospitalization as *taking medication, watching TV* and *chatting*. Girls, children aged less than 11 years and children with risk to present stress and accompanying stressed had a higher mean frequency of coping behaviors. Coping strategies used by children more frequently were *distraction* and *problem-solving*. The *cognitive restructuring* was more used by older children and those with previous experience with surgery and also to justify no use of some coping behaviors. The presence of stress in the child or guardian, related to the use of strategies *ruminating* and *emotion regulation* in children. Younger children had difficulties to justify the issue of whether or not of certain coping behaviors. Thus, it is observed that the situation pre-operative affects the child and also the family, which justifies further research on stress and coping strategy underlying these situations, and interventions with this population, improving the physician- patient communication and preoperative preparation.

Keywords: coping; stress infant; maternal stress, children hospitalization, elective surgeries.

LISTA DE TABELAS

	Página
Tabela 1: Distribuição da amostra infantil por idade e sexo.....	47
Tabela 2: Distribuição da amostra de acompanhantes.....	48
Tabela 3: Forma de análise proposta para ESI.	61
Tabela 4: Frequência de crianças com experiência prévia com cirurgia	68
Tabela 5: Informações conhecidas no momento pré-cirúrgico.....	68
Tabela 6: Porcentagem da presença de <i>stress</i> e tipos de reação para crianças em situação pré-cirúrgica.	76
Tabela 7: Porcentagem dos tipos de informantes sobre a cirurgia, segundo os níveis de <i>stress</i> , em crianças em situação pré-cirúrgica.....	79
Tabela 8: Porcentagem dos tipos de <i>stress</i> por tipo de informação recebida pelas crianças em situação pré-cirúrgica.	80
Tabela 9: Porcentagem dos tipos de <i>stress</i> por quantidade de informações recebidas pelas crianças em situação pré-cirúrgica.	80
Tabela 10: Média de reações de <i>stress</i> apresentados pelas crianças segundo a idade.	81
Tabela 11: Fatores de reações de <i>stress</i> apresentados por meninas e meninos.....	82
Tabela 12: Porcentagem de fatores de reação ao <i>stress</i> apresentados por crianças com e sem experiência prévia com cirurgia	83
Tabela 13: Porcentagem das fases e sintomas de <i>stress</i> apresentados pelos acompanhantes cuidadores e não cuidadores	84
Tabela 14: Porcentagem da presença de <i>stress</i> , fase prevalente e sintomas apresentados pelos acompanhantes de crianças em situação pré-cirúrgica, segundo o sexo (N=63).....	85
Tabela 15: Porcentagem de presença de <i>stress</i> , fase prevalente e sintomas apresentados por acompanhantes, segundo o sexo da criança (N = 63).....	86
Tabela 16: Níveis de <i>stress</i> dos acompanhantes segundo as faixas etárias das crianças (N=63).	87
Tabela 17: Níveis de <i>stress</i> dos acompanhantes segundo a experiência prévia da criança com cirurgia (N=63)	88
Tabela 18: Comparação entre a presença ou ausência de <i>stress</i> para crianças e para seus acompanhantes (N=63).....	89
Tabela 19: Comparação dos comportamentos de enfrentamento da hospitalização, segundo o sexo das crianças (N=58).....	91
Tabela 20: Comparação dos comportamentos de enfrentamento da hospitalização, segundo a faixa etária (N=58).	92
Tabela 21: Comparação dos comportamentos de enfrentamento da hospitalização, segundo a presença ou não da experiência anterior da criança com procedimentos cirúrgicos (N=58) ...	93
Tabela 22: Comparação dos comportamentos de enfrentamento da hospitalização, segundo a presença ou ausência de <i>stress</i> nas crianças (N=58)	94
Tabela 23: Comparação dos comportamentos de enfrentamento da hospitalização, segundo a presença ou ausência de <i>stress</i> nos acompanhantes (N=58).....	95
Tabela 24: Comparação entre as estratégia de enfrentamento para os cinco comportamentos de <i>coping</i> do AEH mais frequentes e os cinco menos frequentes (N=58)	98
Tabela 25: Comparação entre as Estratégias de Enfrentamento baseada na Emoção e as baseadas no Problema para os cinco comportamentos de <i>coping</i> mais e menos frequentes (N=58)	99
Tabela 26: Relações entre as médias de cada estratégia de enfrentamento da hospitalização e as variáveis demográficas e de <i>stress</i> da criança e do acompanhante (N=58).	101

Tabela 27: Relações entre as Estratégias de Enfrentamento da hospitalização relacionadas ao comportamento de tomar medicação e as variáveis da criança e do acompanhante (N=58) .	103
Tabela 28: Relação entre as Estratégias de Enfrentamento da hospitalização relacionadas ao comportamento de conversar e as variáveis da criança e do acompanhante (N=58)	105
Tabela 29: Relação entre as Estratégias de Enfrentamento da hospitalização relacionadas ao comportamento de brincar e as variáveis da criança e do acompanhante (N=58)	107
Tabela 30: Relação entre as Estratégias de Enfrentamento da hospitalização relacionadas ao comportamento de esconder-se e as variáveis da criança e do acompanhante (N=58).....	109
Tabela 31: Relação entre as Estratégias de Enfrentamento da hospitalização relacionadas ao comportamento de pensar em fugir e as variáveis da criança e do acompanhante (N=58)....	111
Tabela 32: Relação entre as Estratégias de Enfrentamento da hospitalização relacionadas ao comportamento de sentir culpa e as variáveis da criança e do acompanhante (N=58)	113
Tabela 33: Relação entre as Estratégias de Enfrentamento da hospitalização relacionadas ao comportamento de desanimar e as variáveis da criança e do acompanhante (N=58)	115

LISTA DE FIGURAS

	Página
Figura 1: Porcentagem dos tipos de informações sobre as etapas da cirurgia que as crianças tinham no momento pré-cirúrgico, segundo acompanhante (N=63).....	69
Figura 2: Porcentagem de crianças por tipo de informações recebidas segundo faixa etária, de acordo com o acompanhante (N = 63).	70
Figura 3: Porcentagem de crianças em cada tipo de informação, segundo o sexo, de acordo como acompanhante (N = 63).	71
Figura 4: Porcentagem de crianças, com e sem experiência prévia com cirurgia, segundo o tipo e quantidade de informações recebidas sobre a cirurgia (N = 63).	72
Figura 5: Porcentagem dos tipos de informantes das crianças sobre a cirurgia (N = 63).	73
Figura 6: Porcentagem de crianças, por faixa etária, segundo o tipo de informante sobre a cirurgia (N= 63).	73
Figura 7: Porcentagem de crianças, por sexo, segundo o tipo do principal informante sobre a cirurgia (N = 63).	74
Figura 8: Porcentagem de crianças, por experiência prévia ou não com cirurgias, segundo o tipo de informante sobre a cirurgia atual (N = 63).	75
Figura 9: Porcentagem dos tipos de <i>stress</i> e de reações de <i>stress</i> apresentadas pelas crianças em situação pré-cirúrgica (N=63).	76
Figura 10: Porcentagem de crianças, por faixa etária, segundo o tipo de <i>stress</i> , pela ESI (N=63).	77
Figura 11: Porcentagem de crianças, por sexo, segundo o tipo de <i>stress</i> , pela ESI (N=63).....	78
Figura 12: Porcentagem de crianças, com e sem experiência prévia em cirurgia, segundo os tipos de <i>stress</i> pela ESI (N=63).	78
Figura 13: Porcentagem dos tipos de <i>stress</i> , por tipo de reação, segundo a faixa etária das crianças (N=63).	81
Figura 14: Porcentagem da presença de <i>stress</i> , fase prevalente e sintomas apresentados pelos acompanhantes de crianças em situação pré-cirúrgica (N=63).	84
Figura 15: Porcentagem de utilização dos comportamentos de enfrentamento da hospitalização (AEH) de crianças em situação pré-cirúrgica	91
Figura 16: Média das estratégias de enfrentamento relacionadas aos cinco comportamentos mais frequentes e aos cinco comportamentos menos frequentes das crianças em situação pré-cirúrgica (N=58)	97
Figura 17: Média de justificativas dadas pelas crianças aos comportamentos de enfrentamento da hospitalização.....	97

LISTA DE APÊNDICES

	Página
Apêndice A - Questionário de Levantamento De Informações	150
Apêndice B – AEH – Roteiro de entrevista com a criança (adaptado).....	152
Apêndice C – Formulário de Registro de Respostas ao AEH	153
Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	155
Apêndice E – Descrição das categorias de estratégias de enfrentamento da hospitalização..	156
Apêndice F – Diagrama de sistematização hierárquica das estratégias de enfrentamento da hospitalização para o comportamento “Tomar Medicação”	161
Apêndice G – Diagrama de sistematização hierárquica das estratégias de enfrentamento da hospitalização para o comportamento “assistir tv”.....	162
Apêndice H: Diagrama de sistematização hierárquica das estratégias de enfrentamento	163
da hospitalização para o comportamento “conversar”	163
Apêndice I: Diagrama de sistematização hierárquica das estratégias de enfrentamento	164
da hospitalização para o comportamento “rezar”	164
Apêndice J - Diagrama de sistematização hierárquica das estratégias de enfrentamento	165
da hospitalização para o comportamento “brincar”	165
Apêndice L - Diagrama de sistematização hierárquica das estratégias de enfrentamento	166
da hospitalização para o comportamento “esconder”	166
Apêndice M - Diagrama de sistematização hierárquica das estratégias de enfrentamento	167
da hospitalização para o comportamento “pensar em fugir”	167
Apêndice N - Diagrama de sistematização hierárquica das estratégias de enfrentamento da hospitalização para o comportamento “pensar em fugir”	168
Apêndice O - Diagrama de sistematização hierárquica das estratégias de enfrentamento.....	169
da hospitalização para o comportamento “chantagem”	169
Apêndice P - Diagrama de sistematização hierárquica das estratégias de enfrentamento	170
da hospitalização para o comportamento “desanimar”	170
Apêndice Q – Tabela: Pontuação das estratégias de enfrentamento para o comportamento de assistir tv, segundo cada variável.....	171
Apêndice R – Tabela: Pontuação das estratégias de enfrentamento para o comportamento de rezar, segundo cada variável.....	172
Apêndice S – Tabela: Pontuação das estratégias de enfrentamento para o comportamento de fazer chantagem, segundo cada variável.	173
Apêndice T – Tabela: Pontuação das estratégias de enfrentamento para o comportamento de fazer chantagem, segundo cada variável.	174

LISTA DE ANEXOS

	Página
Anexo A – Aprovação pelo comitê de ética de Bauru	175
Anexo B – Aprovação pelo comitê de ética de Botucatu	176
Anexo C – Escala de Stress Infantil (ESI).....	177
Anexo D – Instrumento de Avaliação das Estratégias de Enfrentamento da Hospitalização (AEH).....	178
Anexo E – Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)	179

SUMÁRIO

	Página
RESUMO	10
ABSTRACT	12
INTRODUÇÃO.....	20
1. <i>Stress</i> e enfrentamento em crianças e a hospitalização.....	25
2. O <i>stress</i> materno e a hospitalização infantil	39
Justificativa.....	44
Objetivo geral	45
Objetivos específicos.....	45
2. MÉTODO	47
2.1. Participantes e local de investigação	47
2.1.1. Participantes	47
2.1.2 Composição da amostra.....	48
2.1.3. Local de coleta de dados.....	49
2.2. Instrumentos e Materiais	51
2.2.1. Questionário de levantamento de informações.....	51
2.2.2. Escala de <i>Stress</i> Infantil (ESI)	53
2.2.3. Instrumento de Avaliação das Estratégias de Enfrentamento da Hospitalização (AEH)	53
2.2.4. Inventário de Sintomas de <i>Stress</i> para Adultos de Lipp (ISSL)	55
2.3. Procedimento	56
2.4. Procedimento de Análise dos Dados	58
2.4.1. Questionário de Levantamento de Informações	58
2.4.2. Inventário de Sintomas de <i>Stress</i> para Adultos de Lipp (ISSL)	59
2.4.4. Identificação e análise das Estratégias de Enfrentamento da Hospitalização (AEH)	62
2.4.5. Análise estatística	64
2.5. Avaliação ética de riscos e benefícios.....	65
3. RESULTADOS	66
3.1. Dados de caracterização da amostra: dados demográficos e médicos.....	67
3.2. Dados de <i>stress</i> das crianças hospitalizadas em contexto pré-cirúrgico.....	75
3.2.1. Relações entre dados de <i>stress</i> das crianças e variáveis demográficas e médicas..	77
3.3. Dados de <i>stress</i> dos acompanhantes	83
3.3.1. Relações entre <i>stress</i> dos acompanhantes e variáveis das crianças	85
3.4. Comparação entre níveis de <i>stress</i> das crianças e dos acompanhantes, em situação pré-cirúrgica	88
3.5. Dados do Enfrentamento da Hospitalização (AEH) pelas crianças	89
3.5.1. AEH: dados sobre as estratégias de enfrentamento e suas relações com as variáveis demográficas e médicas das crianças	90
3.5.2. Análise das justificativas dadas pelas crianças para os comportamentos de <i>coping</i> da hospitalização mais e menos frequentes, em situação pré-cirúrgica: identificação das estratégias de enfrentamento da hospitalização	96
4. DISCUSSÃO	116
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	137
6. REFERÊNCIAS	142

INTRODUÇÃO

O termo *stress*¹, de origem latina, significa “aflição” e “adversidade”. Atualmente, esta expressão tem sido empregada frequentemente nas conversas cotidianas, tendo como significado, no senso comum, sensação de desconforto (CAMELO; ANGERAMI, 2004).

O conceito de *stress* foi formulado por Hans Selye que, em seus trabalhos com animais de laboratório, percebeu que quando estes eram submetidos a situações hostis, que excediam suas capacidades de defesa, apresentavam uma série de alterações fisiológicas (CARVALHO, 2004; LIPP, 2004). Então, em 1936, Selye definiu *stress* como “o resultado inespecífico de qualquer demanda sobre o corpo, seja de efeito mental ou somático” e, estressor, como todo agente ou demanda que evoca reação de *stress*, seja de natureza física, mental ou emocional (CAMELO; ANGERAMI, 2004; GOULART JR.; LIPP, 2008).

Em 1956, Selye descreveu a *Síndrome Geral de Adaptação* (SGA), pressupondo que o processo de *stress* compreende três fases ou estágios (CAMELO; ANGERAMI, 2004; GOULART JR.; LIPP, 2008). A primeira fase, denominada fase de alarme, se inicia quando a pessoa se defronta com um estressor, havendo um desequilíbrio homeostático e, então, o organismo se prepara para "luta ou fuga". Portanto, tal reação pode ser considerada saudável e benéfica ao organismo à medida que o prepara para atuar em situações de urgência. De acordo com Goulart e Lipp (2008), o problema surge quando a prontidão fisiológica não é necessária ou quando é excessiva.

A fase seguinte, denominada de resistência, ocorre quando a fase de alerta persiste, devido à longa duração ou à grande intensidade do estressor e o organismo se utiliza das reservas de energia adaptativa, na tentativa de se reequilibrar. Caso a reserva de energia adaptativa seja suficiente, a pessoa se recupera e sai do processo de *stress*. Porém, se o

¹ Apesar de haver um correlato em português “estresse”, optou-se neste estudo pelo uso do termo em inglês “*stress*”.

estressor exigir mais esforço de adaptação do que é possível para aquele indivíduo, então o organismo se enfraquece e torna-se vulnerável a doenças (CAMELO; ANGERAMI, 2004; GOULART JR.; LIPP, 2008).

Por fim, tem-se a fase da exaustão, ou seja, o organismo encontra-se esgotado pelo excesso de atividades e pelo alto consumo de energia gasto na tentativa de buscar o restabelecimento do equilíbrio homeostático. Tal fase ocorre quando a resistência da pessoa não foi suficiente para lidar com a fonte de *stress* ou, se houver concomitantemente, a ocorrência de outros estressores. Seus sintomas são parecidos aos da fase de alarme, porém em muito maior intensidade, podendo haver exaustão psicológica e física, em forma de depressão e doenças (CAMELO; ANGERAMI, 2004; GOULART JR.; LIPP, 2008; LIPP, 2004).

No ano de 2000, Lipp, em seus estudos para padronização de seu Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL), percebeu que deveria haver uma maior reflexão acerca da fase de resistência proposta pelo modelo trifásico de Selye, uma vez que as pessoas não entrariam na fase de exaustão subitamente. Desta forma, Lipp propôs uma fase intermediária entre a fase de resistência e a de exaustão, que denominou de fase de quase-exaustão. Essa se caracteriza por um enfraquecimento da pessoa que não está conseguindo adaptar-se ou resistir ao estressor, mas que ainda não tenha atingido a exaustão completa. A pessoa pode sentir que oscila momentos de bem-estar/tranquilidade com momentos de desconforto, cansaço e ansiedade, podendo ocorrer o surgimento de algumas doenças, demonstrando assim que a resistência já não está tão eficaz (CAMELO; ANGERAMI, 2004; GOULART JR.; LIPP, 2008; LIPP, 2004).

Independente da fase, o *stress* pode ter fontes internas ou externas, sendo as internas criadas pela própria pessoa, dependendo do modo como ela reage às situações do seu dia-a-dia, de seus pensamentos e do tipo de personalidade. As externas estão relacionadas aos

estressores provenientes do ambiente e das relações que a pessoa estabelece com eles (LIPP, 2004).

O *stress* pode ser considerado, portanto, um processo complexo do organismo, envolvendo aspectos bioquímicos, físicos e psicológicos, que se caracteriza por um conjunto de reações que o organismo emite quando é exposto a situações/estímulos que levam a uma quebra da homeostase do organismo. Cabe ressaltar a importância da interpretação que o indivíduo dá aos estímulos externos e internos, enquanto eventos estressores, para que seja desencadeada uma resposta de adaptação do organismo, a fim de preservar sua integridade e sua própria vida (GOULART JR.; LIPP, 2008; LIPP, 2004).

De acordo com Spielberger (1981, citado por REZENDE NETO, 2004), há uma relação entre *stress* e ansiedade, sendo que o *stress* seria o processo responsável pelo surgimento de um estado de ansiedade, que envolveria uma seqüência completa de eventos internos. Este processo poderia ser iniciado por estímulos externos que, se avaliados como ameaçadores, evocarão uma reação de ansiedade, sendo que a duração e intensidade da reação emocional dependeriam do grau de ameaça e do tempo de persistência dos estímulos.

Segundo Elkind (1981, citado por LUCARELLI, 2004), a necessidade de ajuste às mudanças que ocorrem na vida de uma pessoa cria um desgaste para o organismo, podendo desencadear graves doenças. E, ainda, quanto maior o número de mudanças enfrentadas por ela em um período de um ano, maior a probabilidade de déficit de energia adaptativa e, assim, maior desgaste do organismo.

Quando uma circunstância, seja crônica ou aguda, desencadeia uma reação de *stress*, o indivíduo lança mão de estratégias, efetivas ou não, para lidar com estas situações consideradas estressoras. Estes mecanismos e/ou estratégias que o indivíduo utiliza para lidar com tais situações são intitulados *coping* (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998).

Denomina-se *coping*, ou enfrentamento, o conjunto de esforços cognitivos e comportamentais destinados a controlar, reduzir ou tolerar as exigências internas ou externas que ameaçam ou excedem os recursos adaptativos de um indivíduo (FOLKMAN, 1984). São estratégias utilizadas pelos indivíduos, com o objetivo de administrar e se adaptar a circunstâncias sentidas como adversas e estressoras, que têm se constituído objeto de estudo da Psicologia clínica, da personalidade e social.

Enquanto a resposta de *stress* se caracteriza como qualquer resposta envolvendo uma reação emocional ou comportamental **espontânea**², a resposta de *coping* é considerada uma ação **intencional**³, física ou mental, iniciada em resposta a um estressor percebido, dirigida para circunstâncias externas ou estados internos (LAZARUS; FOLKMAN, 1985). A semelhança é que ambos podem ou não promover a adaptação do indivíduo. (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998).

Estudos das estratégias de enfrentamento têm demonstrado que esses esforços, tentativas de regular as emoções negativas associadas às situações estressantes, são consideradas importantes para reduzir os efeitos negativos desses eventos (BOEKAERTS, 1996; COMPAS et al. 1988). Para estudá-las é preciso, primeiramente, avaliar como o fenômeno estressor é percebido, interpretado e cognitivamente representado pelo indivíduo (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998).

Por ter relação mediadora com o meio, pode-se afirmar que o enfrentamento é um processo momentâneo e não uma característica constante da personalidade, podendo as ações deliberadas ser aprendidas, usadas e descartadas. A avaliação de fatores situacionais não nos permite explicar toda a variação de estratégias de enfrentamento utilizadas pelos indivíduos (PETERSON, 1989; ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998). Folkman e Lazarus (1985) enfatizam que as estratégias podem mudar de momento para momento, durante os

² Destaque do autor

³ Destaque do autor

estágios da vida e de uma situação estressante para outra e que há uma diferença entre a função e a consequência do *coping*, sendo que a função refere-se ao propósito a que a estratégia serve e, as consequências, ao efeito produzido pela estratégia. Segundo esses autores, o *coping* tem duas funções, o que o dividiria em duas categorias. A primeira seria de modificar a relação entre a pessoa e o ambiente, tentando controlar ou alterar a situação estressora (*coping* baseado no problema) e a segunda seria adequar/regular a resposta emocional que é associada ao *stress*, ou resultado de eventos estressantes (*coping* baseado na emoção). Geralmente, a utilização de estratégias baseadas no problema são mais prováveis quando avalia-se a situação estressora como modificável e as estratégias baseadas na emoção, quando, ao se avaliar a situação, não se encontra meios de se modificar as condições de ameaça ambiental (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998; SAVOIA, 1999).

Ambas as formas de estratégias podem ser utilizadas e se influenciam mutuamente. O *coping* baseado na emoção pode facilitar o baseado no problema, por remover ou diminuir a tensão e o *coping* baseado no problema, pode diminuir a ameaça, reduzindo a tensão emocional (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998).

Em revisão de literatura, Antoniazzi, Dell'Aglio e Bandeira (1998) ressaltam, ainda, que as estratégias de enfrentamento devem ser analisadas como independentes de seus resultados, uma vez que qualquer tentativa de se administrar o evento estressor é considerado estratégia, havendo ou não sucesso em seu resultado. Desta forma, as estratégias de enfrentamento não podem ser consideradas *a priori* como adaptativas ou mal adaptativas.

É importante salientar que adultos e crianças são atingidos de forma semelhante pelo *stress* e que ambos utilizam-se de estratégias de enfrentamento para lidar com as situações estressoras, sendo que a mudança se dá, muitas vezes, na eliminação da fonte causadora de *stress*, ou seja, dos eventos estressores e, também, nas formas de se reagir aos mesmos. Para tanto, testes e escalas foram e vem sendo desenvolvidas para avaliar o *stress* e o *coping* em

crianças, adolescentes e adultos (LIPP, 2004).

1. *Stress* e enfrentamento em crianças e a hospitalização

Estudos do enfrentamento em crianças têm investigado eventos de vida considerados estressantes, tais como o divórcio dos pais, situações de hospitalização, consultas médicas e odontológicas ou, ainda, relacionadas a resultados escolares (MOTTA; ENUMO, 2002). No entanto, segundo Antoniazzi et al. (1998), há uma pequena quantidade de pesquisas com enfrentamento na área da infância, indicando a necessidade de elaboração de instrumentos dirigidos a esta população.

Dell’Aglío (2003) assinala a necessidade de estudos que investiguem mais especificamente os tipos de estressores que ocorrem durante a infância e os diferentes efeitos destes nos processos de enfrentamento utilizados, permitindo uma maior compreensão quanto à adaptabilidade das estratégias utilizadas e ao ajustamento da criança às situações de *stress*.

O processo bioquímico do *stress* independe da causa da tensão, exigindo adaptação ao fato ou mudança desencadeante de *stress*. No caso da criança, esta adaptação ocorre frente a diversos eventos, sejam eles excitantes, irritantes, felizes ou amedrontadores (LUCARELLI, 2004).

Lucarelli (2004) aponta que, na criança, assim como no adulto, é possível se estabelecer diferentes graus de respostas de *stress* pautadas nos diversos sistemas do organismo, incluindo alterações no sistema de atenção, cognição, emocional e somático. A autora coloca, ainda, que os sintomas de *stress* infantil psicológicos são geralmente caracterizados por ansiedade, pesadelos, dificuldades interpessoais, introversão súbita, desânimo, insegurança, agressividade, choro excessivo, angústia, depressão, hipersensibilidade, birra e medo excessivo. Entre os sintomas físicos, descreve dores abdominais, diarreia, tique nervoso, dor de cabeça, náusea, hiperatividade, enurese noturna,

gagueira, tensão muscular, ranger dos dentes, distúrbios do apetite.

Segundo Lipp e Romano (1987), o *stress* infantil pode, em caso excessivo, gerar sérias conseqüências. Desse modo, experiências de *stress* severo na infância podem produzir problemas psicofisiológicos que podem perdurar na vida adulta.

Lucarelli (2004), em uma revisão da literatura sobre o tema, menciona a importância de mais estudos e de meios eficientes de diagnóstico, prevenção e tratamento do *stress* infantil. A autora também adverte que investigações ou intervenções realizadas com crianças propiciariam a percepção dos estressores por parte dela e o conseqüente desenvolvimento de habilidades adequadas e eficazes de enfrentamento das situações estressantes. Tais intervenções poderiam auxiliar no manejo satisfatório do *stress*, evitando doenças e dificuldades decorrentes do *stress* excessivo, prevenindo-o em outras etapas de sua vida.

Lipp e Lucarelli (2005) citam estudos realizados principalmente a partir da década de 90, do século passado, que relatavam os efeitos decorrentes do *stress* excessivo na infância e apontaram a importância de haver mais estudos com a população infantil, pesquisando formas de diagnóstico, tratamento e prevenção.

Compas (1987) e Dell'Aglio (2003) apontam que, para avaliar o *stress* e as ações de enfrentamento em crianças, é preciso alterar os instrumentos utilizados na avaliação de adultos, visto que possuem características individuais de um sujeito ainda em desenvolvimento e que os recursos, estilos e esforços de enfrentamento na infância são influenciados pelos comportamentos de adultos significativos e pelo contexto social da criança.

Lipp e Romano (1987) construíram o “Inventário de Sintomas de *Stress* Infantil” (ISSI) com o propósito de avaliar o nível de *stress* por meio da identificação da sintomatologia da criança. Após uma década de uso do instrumento, por sua aplicabilidade diversificada na Psicologia e em pesquisas da área e, após a averiguação do escasso número

de instrumentos padronizados que auxiliam no diagnóstico do *stress* infantil, surge o interesse em validar o ISSI. Sendo assim, Lipp e Lucarelli (2005) propuseram uma escala brasileira para avaliar o *stress* infantil – “Escala de *Stress* Infantil” (ESI).

Equacionada a questão da avaliação do *stress* infantil, persiste a dificuldade em identificar as estratégias de enfrentamento utilizadas por essa população. Costa Junior (2005) ressalta que problemas metodológicos nos estudos de enfrentamento com crianças têm dificultado a avaliação da eficácia das estratégias de enfrentamento descritas nos mesmos. Não há uniformidade no modo como se investigaram as relações funcionais entre o contexto de tratamento e as formas de enfrentamento. Também, observa-se a falta de critérios que permitam padronizar indicadores de enfrentamento em situações específicas, uma vez que os trabalhos conduzidos foram feitos, majoritariamente, em contextos domiciliares ou ambulatoriais, o que dificulta a comparação direta das condições de avaliação do enfrentamento no ambiente hospitalar.

Tentando contornar alguns dos problemas referidos acima, Motta (2001) desenvolveu um instrumento de “Avaliação das estratégias de Enfrentamento da Hospitalização” (AEH). Inicialmente, foi utilizado com crianças hospitalizadas para tratamento de câncer, a fim de se identificar o que relatavam fazer, pensar e sentir sobre sua condição de hospitalização para o tratamento, avaliando as estratégias de enfrentamento para lidar com esta situação. O mesmo não se caracteriza como instrumento psicométrico, porém, é um material que permite a identificação dos comportamentos mais frequentemente apresentados pelas crianças ao lidarem com a situação de hospitalização. Por se tratar de material lúdico, facilita o acesso e a avaliação do enfrentamento de crianças hospitalizadas, em um curto espaço de tempo, de forma agradável e objetiva.

No contexto hospitalar, as crianças ficam expostas à probabilidade de serem submetidas a procedimentos invasivos e traumáticos e, por isso, a situação de internação é

considerada um fator estressor para o desenvolvimento infantil. Dentre os procedimentos invasivos, encontram-se as experiências cirúrgicas, as quais, vivenciadas por crianças, estão atreladas ao desconhecido e incontrolável e, sendo assim, causadoras de impacto, uma vez que permeiam a imprevisibilidade. Além disto, estão circundadas por fantasias, medos e reações negativas, tornando-se algo a ser temido, o que pode promover elevados níveis de *stress* e potencializar suas reações (CARVALHO et al., 2006; MORO; MÓDOLO, 2004).

O fato de a criança ter vivenciado poucas experiências e ter uma imaturidade biopsicológica dificulta o enfrentamento da situação cirúrgica, uma vez que tal situação a expõe a vários estressores com os quais tem dificuldade de manejo, tornando-a mais complexa que quando experienciada por um adulto (BROERING; CREPALDI, 2008; CARVALHO et al., 2006). De acordo com Sebastiani e Maia (2005), apesar dos avanços técnicos e científicos da Medicina, proporcionando técnicas cada vez mais sofisticadas de cirurgia e de anestesia, o paciente cirúrgico nunca se sente totalmente seguro. É comum o paciente cirúrgico apresentar sentimentos de impotência, isolamento, medo da morte, da dor, da mutilação, da incapacitação, além das dificuldades de adaptação frente às mudanças na imagem corporal. Para estes autores, a intervenção psicológica é necessária nessa situação, buscando minimizar a angústia e ansiedade do paciente. Tal intervenção pode ser, didaticamente, em três momentos específicos: no pré-operatório, no trans-operatório e no pós-operatório (imediato e mediato). Cada uma dessas fases é caracterizada por experiências e vivências distintas e, conseqüentemente, as emoções, reações psicológicas e comportamentais são diferenciadas.

Especificamente em relação ao pré-operatório, o paciente sofre influências do tipo de cirurgia a ser realizada e, também, do entendimento e da elaboração da situação neste período. Apesar de reações como medo e ansiedade serem consideradas normais, estas podem ser exacerbadas, podendo interferir direta ou indiretamente no curso da patologia e da própria cirurgia (SEBASTIANI; MAIA, 2005).

Moro e Módolo (2004) destacam que o período perioperatório, principalmente o período que antecede a anestesia, é circundado de ansiedade e temores, podendo ser manifestados de diferentes formas, sejam verbalizadas ou através de alterações no comportamento. Referem que a origem de tais reações envolve o medo da criança de se separar dos pais, as incertezas quanto à anestesia, cirurgia e resultados deste procedimento.

Entretanto, as situações de internação e cirurgia podem ser vivenciadas de forma muito diversa pelas crianças. Segundo Barros (2003), para algumas, o ingresso no hospital é vivido como um *stress* quase incontrolável, enquanto outras continuam suas explorações ativas do ambiente. As formas de expressar as emoções também diferem. Katz, Kellerman e Siegel (1982) verificaram que crianças de idades diferentes expressavam a ansiedade de forma diversa. Enquanto as mais novas exteriorizavam a emoção de forma mais explícita, chorando, gritando e esperneando, as mais velhas utilizavam formas mais interiorizadas, mudanças na expressão facial e rigidez muscular. Conforme Barros (2003), à medida que a criança cresce, não só aumenta o leque de estratégias de enfrentamento, mas, também, a sofisticação das mesmas.

Moro e Módolo (2004) apontam que, além da idade, o temperamento da criança, a experiência prévia com cirurgias e procedimentos invasivos, a experiência de dor e modo como os pais reagem a tal situação, influenciam na forma como a hospitalização para procedimentos cirúrgicos é encarada pela criança.

Para fazer face ao *stress*, os esforços de enfrentamento infantil são determinados pela maturação biológica e psicológica. As características básicas do desenvolvimento cognitivo e social tendem a afetar o que as crianças experimentam como *stress* e como elas lidam com estas situações (COMPAS, 1987).

Ao mesmo tempo em que as doenças e seus tratamentos representam um fator estressor para a criança e sua família, estas se constituem em uma oportunidade relevante de

enriquecimento e aprendizagem. A reação adaptativa, ou não, da criança à doença vai depender, em parte, de sua capacidade para compreender e significar a doença, bem como do uso de estratégias de enfrentamento adequadas. Dessa forma, se o *stress* conseqüente à doença não pode ser modificado, a criança deve encontrar estratégias que facilitem o confronto da situação (BARROS, 2003). A autora complementa que, por outro lado, a atitude da criança vai depender, em grande parte, dos processos de significações utilizados pelos pais e outros adultos próximos, incluindo os profissionais de saúde.

Lisboa et al. (2002) apontaram que as crianças geralmente usam estratégias de coping focalizadas na emoção, pois elas, na maioria das vezes, dispõem de recursos mais precários ou menos sofisticados para lidar com estressores. Tais situações, para a criança, estão comumente fora do controle direto, dependendo de seus pais e cuidadores, família e/ou professores.

Em revisão de literatura, Allegretti (2006) e Dell’Aglío e Hutz (2002) mostram que as pesquisas com crianças têm demonstrado que idade e gênero parecem estar relacionados ao uso de estratégias de enfrentamento, este último por haver formas de socialização diferentes para meninos e meninas. As meninas podem ser preferencialmente socializadas para o uso de estratégias pró-sociais, enquanto que os meninos, para serem independentes e utilizar estratégias de *coping* competitivas.

Wills (1986) verificou que a variabilidade e diversidade de tipos de confronto aumentam com a idade. Compas et al. (1991), Compas, Worshman e Ey (1991 citados por BARROS, 2003) em seus estudos e, Costa Junior (2005) em sua revisão bibliográfica, verificaram que o confronto em que a criança tende a controlar a emoção (habilidades de *coping* focalizado na emoção) e, assim, tentar reduzir a tensão (intervenção cognitiva) é mais freqüente em crianças mais velhas, bem como o uso de estratégias mais complexas de enfrentamento. As habilidades para *coping* focalizado no problema parecem ser adquiridas mais cedo, desenvolvendo-se até aproximadamente oito a dez anos de idade. Crianças

pequenas, presas ao concreto e ao imediato se beneficiam de confrontos concretos, enfrentamentos comportamentais e busca por apoio emocional, ao passo que crianças mais velhas e os jovens, que podem controlar emoções e usar recursos imaginários, podem utilizar o relaxamento ou transformar o significado subjetivo da situação estressante.

Motta, Enumo e Ferrão (2006) relataram uma pesquisa em que 28 crianças internadas com diagnóstico de câncer, com idade entre seis e 12 anos, foram entrevistadas, através do AEH, com o objetivo de identificar quais estratégias utilizavam para enfrentar a internação. Os resultados obtidos mostraram que, das estratégias apontadas pelas crianças, algumas poderiam ser consideradas facilitadoras da adaptação à internação e outras não. Dentre as facilitadoras estavam: buscar informações com a equipe de saúde, brincar, conversar e aderir ao tratamento. Entre as não facilitadoras, estavam, por exemplo: chorar; fugir da equipe de saúde (principalmente médicos e enfermeiros), fazer chantagem e sentir culpa.

Em um estudo, realizado com 12 crianças entre sete e 12 anos de idade que estavam em vigência de tratamento de câncer, internadas de três a cinco dias e utilizando-se do mesmo instrumento (AEH), Motta (2007) analisou os efeitos de um Programa de Intervenção Psicológica no Hospital (PIPH) focalizado no enfrentamento da hospitalização. As crianças foram divididas em dois grupos, sendo um experimental (G1), no qual ocorreu a aplicação do PIPH, em sessões individuais, com foco nas estratégias de enfrentamento, utilizando recursos lúdicos e, o outro, controle (G2), no qual foi adotada a rotina de recreação. O AEH foi aplicado antes e após a aplicação do PIPH. Na fase de pré-teste, o AEH indicou uma média de comportamentos *facilitadores* da hospitalização (G1= 2,05; G2= 2,28) superior à de *não-facilitadores* (G1= 0,87; G2= 0,63). No pós-teste, verificou-se uma redução significativa de comportamentos *não-facilitadores* apenas no G1 (pré-teste=0,87; pós-teste= 0,45). A comparação intergrupos, no pós-teste, indicou diferença significativa na proporção média da estratégia *solução do problema* (G1= 0,203 e G2= 0,130). Comparações intragrupos

indicaram mudanças clinicamente significativas, principalmente no grupo que passou pelo PIPH, havendo um aumento das estratégias *solução do problema* (+43,97%), *busca por informação* (+80,77%) e uma diminuição nas estratégias *ruminação* (-39,38%) e *negociação* (-76,31%); G2: *negociação* (+125%). Esses dados revelaram efeitos positivos do PIPH sobre crianças hospitalizadas, indicando sua adequação para uso do psicólogo no hospital.

Em outro estudo, Moraes e Enumo (2008) avaliaram as estratégias de enfrentamento da hospitalização em 28 crianças hospitalizadas entre 5 a 20 dias, por motivos diversos, através do AEH, e observaram que o uso de comportamentos classificados como “não-facilitadores” se correlacionavam de modo inversamente proporcional à idade e diretamente às mudanças na rotina, além de que as estratégias de enfrentamento de ruminação e distração foram as mais utilizadas pelas crianças.

As pesquisas parecem demonstrar, numa perspectiva desenvolvimentista, que as competências cognitivas envolvidas no confronto emocional tendem a ser mais sofisticadas e só emergem no fim da idade escolar, quando a criança passa a utilizar regras mais abstratas e generalizáveis para controlar a ação (BARROS, 2003).

Esses resultados poderiam criar, nos profissionais da saúde, a expectativa de maior colaboração à medida que aumenta a idade. Entretanto, outras pesquisas não confirmaram integralmente tal suposição. Estudos com adolescentes com câncer, por exemplo, mostraram que estes sujeitos eram menos colaborativos (protestavam verbalmente e se queixavam mais) que crianças pequenas, possivelmente porque tinham mais condições de perceber as mudanças em sua rotina que os tratamentos exigiam, assim como pelo sofrimento e angústia provenientes de um maior entendimento da doença e de suas conseqüências (COSTA JUNIOR, 2005).

Apesar da importância do fator idade para prever as condições que a criança tem de enfrentar a situação e de optar por um tipo de estratégia ou outra, ele não pode ser

considerado um fator suficiente para explicar toda a variabilidade de desempenho das crianças frente ao *stress*. O contexto em que o *stress* ocorre, os exemplos de enfrentamento familiar a que a criança está exposta e, principalmente, a possibilidade de controle do estressor, tem um peso determinante na escolha do tipo de enfrentamento, assim como de sua eficácia (BARROS, 2003; COMPAS et al., 1991; COSTA JUNIOR, 2005).

Observa-se uma relação bastante estreita, por exemplo, entre a ansiedade demonstrada pelos pais e pelas crianças no período pré-cirúrgico. Moro e Módulo (2004) mostraram que filhos de pais ansiosos eram mais ansiosos, enquanto que as crianças, cujos pais eram mais tranquilos, não apresentavam sintomas de ansiedade. Além disto, verificou-se que havia 3,2 mais chances de crianças com pais ansiosos apresentarem problemas de comportamento persistentes após a realização da cirurgia, quando comparadas às com pais mais tranquilos, o que prediz uma maior dificuldade de adaptação à situação cirúrgica.

De acordo com Sbaraini e Schermann (2008), alguns fatores parecem mais fortemente associados a níveis elevados de *stress* entre crianças brasileiras em idade escolar, tais como: gênero (meninas) e a qualidade de interações sociais razoáveis ou ruins.

Em um estudo sobre *stress* e qualidade de vida de pais de crianças com leucemia e o *stress* da criança, Urbano (2004) verificou um número maior de meninas estressadas quando comparadas aos meninos.

Kain et al. (2000) avaliaram o temperamento infantil, as habilidades cognitivas, o comportamento adaptativo e o estilo de enfrentamento de 60 crianças, com idades variando entre três e 10 anos, uma semana antes da realização de cirurgia eletiva. A ansiedade-traço, característica mais estável de personalidade e o estilo de enfrentamento dos pais também foram avaliados neste período. No dia da cirurgia, no momento pré-cirúrgico, era realizada a avaliação dos níveis de ansiedade das crianças e seus pais. A ansiedade das crianças era novamente avaliada durante a indução da anestesia. Os resultados apontaram para níveis mais

elevados de ansiedade das crianças no período perioperatório. A análise de regressão demonstrou que a ansiedade dos pais, assim como habilidades sociais adaptativas e o temperamento da criança (sociabilidade), foram preditores independentes de elevada ansiedade. Os autores concluem que os médicos, em especial os anestesistas, devem estar atentos não só a algumas características das crianças pacientes cirúrgicas (socialmente desadaptadas, tímidas e inibidas), como também à família das mesmas, principalmente em relação a pais ansiosos. Chorney e Kain (2010) reforçam a conclusão acima, apontando que, para se fazer uma preparação adequada da criança para a cirurgia, não só a ansiedade dos pais e da criança deve ser levada em consideração, como também a história da família com procedimentos médicos e as estratégias de enfrentamento utilizadas tanto pelos pais quanto pelas crianças.

De acordo com Barros (2003), as concepções infantis sobre a doença são multideterminadas, sofrendo influências do desenvolvimento cognitivo, de como a criança interpreta sua experiência, pelo impacto dos modelos e pela exposição às crenças e expectativas dos que lhe estão próximos. Por isto, salienta que os pais ocupam um papel privilegiado no desenvolvimento das atitudes e crenças das crianças sobre saúde e doença, tanto por suas atitudes concretas como pela expressão de diferentes formas e em diferentes contextos de significações.

Crepaldi, Rabuske e Gabarra (2006) colocam que, na preparação psicológica para cirurgias e procedimentos podem-se usar diversos objetos, dentre eles, livros, vídeos, cartilhas explicativas, brinquedos e sucata hospitalar, que possibilitem que a criança encene a situação. A visita ao centro cirúrgico também tem se mostrado bastante eficaz, o que permite um contato com o ambiente, vestimentas e materiais usados, além da possibilidade de descrição e informação sobre o onde e o que será realizado, sobre a recuperação, alterações no corpo (quando ocorrem) e sobre os momentos em que estará ou não acompanhado. É importante

salientar que a preparação pode ser realizada incluindo o acompanhante, ou em separado deste. As autoras apontam, ainda, que, dentre os benefícios de uma preparação psicológica para cirurgia e procedimentos, encontram-se a redução do *stress* e alívio de ansiedade pré e pós-cirúrgicas, por poder haver a manifestação de pensamentos e sentimentos relacionados ao ato cirúrgico e à possibilidade de certo controle sobre o desconhecido que a situação cirúrgica representa.

Ao se pensar na preparação cirúrgica, a comunicação se torna tema extremamente relevante. Esta tem se mostrado um poderoso instrumento na medicina pois, além de facilitar o contato com o paciente, intermedia o processo de diagnóstico e tratamento. Porém, quando esta comunicação envolve a criança, observam-se algumas lacunas. Muitos estudos realizados salientam apenas a participação dos pais nos momentos de conversa com o médico, havendo poucos que se preocupam com a participação das crianças nas consultas e que papel estas assumem diante dos médicos e familiares (PEROSA et al. 2006).

Apesar do importante papel dos cuidadores na consulta pediátrica, suas percepções podem não retratar com precisão necessidades e sentimentos da criança, o que torna fundamental a comunicação do médico diretamente com a criança (PEROSA et al. 2006).

Ao fazer uma revisão da literatura, Perosa et al. (2006) elencaram estudos que revelam que muitas vezes tal comunicação não ocorre de forma satisfatória pelo fato do médico querer proteger a criança das informações, ou por acreditar que elas podem não compreender de forma eficiente suas explicações ou poderem assustar as crianças de modo que venham a sofrer perturbações emocionais quando estas lhes forem dadas. Porém, os mesmos autores apontam outros estudos que mostram que a comunicação direta entre a criança e o médico contribui com a adesão ao tratamento, satisfação com o atendimento e com o prognóstico, além da redução de complicações cirúrgicas. Poucas são as pesquisas que avaliam realmente a participação da criança nas consultas, serviços de saúde e conseqüências em adesão e

tratamento, o que parece refletir o que ocorre muitas vezes nas consultas pediátricas. Observa-se que muitas vezes os médicos pedem a participação da criança quando é necessária a descrição dos sintomas, porém a exclui quando as informações são referentes ao diagnóstico e tratamento.

Para que haja uma comunicação eficiente entre profissional da saúde e criança, é importante primeiramente que a comunicação seja estabelecida diretamente com ela, e não somente por meio de seu cuidador (ex: quando o médico lhe dirige o olhar e a pergunta, mas espera a resposta do pai), nem restringir informações e orientações a estes. Um estudo conduzido por Lewis, Pantell e Sharp (1991, citados por PEROSA et al. 2006) com a finalidade de aumentar a participação da criança na consulta, propôs que pais, criança e pediatra recebessem orientação, através de material escrito e vídeo, com sugestões para aumentar a participação das crianças nas consultas. Os resultados mostraram que os médicos conseguiram envolver mais as crianças nas discussões e que estas tiveram um desempenho mais ativo na aquisição de informações sobre seu quadro e também se mostraram mais satisfeitas com isto.

Com o objetivo de que esta comunicação médico-paciente infantil ocorra a contento, o médico deverá adequar sua linguagem e, para isto, é importante que seja levado em consideração em que etapa do desenvolvimento a criança se encontra, uma vez que diversos estudos já comprovaram uma mudança previsível na forma de compreensão de cura e doença que acompanha também a compreensão de outros fenômenos físicos, que é consequência do aumento da idade e da experiência (BARROS, 2003; PEROSA et al., 2006).

Ao se reportar à comunicação no período pré-cirúrgico, Chorney e Kain (2010) descrevem que deve ser contado à criança o que será feito durante o procedimento cirúrgico e o que ela poderá sentir. A informação deve ser dada de acordo com seu estágio de desenvolvimento, de forma direta, sem que haja muito sentimentalismo, e com detalhes

suficientes para que a criança desenvolva uma expectativa realista do procedimento. Colocam, ainda, que a informação sobre a possibilidade de dor também não deve ser escondida.

Um estudo realizado com 143 crianças inglesas com idade entre sete e 17 anos, foi conduzido no dia em que estas realizariam cirurgia, com o objetivo de identificar que tipo de informações pré-operatórias elas gostariam de receber da equipe médica. As crianças responderam a uma avaliação de 40 itens que versava sobre as informações cirúrgicas que desejavam receber e, também, foram avaliadas quanto à ansiedade através do Inventário de Ansiedade Traço-Estado Infantil (IDATE-C). Os resultados indicaram que a grande maioria das crianças queria receber informações principalmente sobre dor, mas gostariam também de informações detalhadas sobre a cirurgia e o procedimento em si, incluindo informações sobre anestesia e possíveis complicações. Observou-se que as crianças mais ansiosas queriam receber mais informações sobre dor e evitavam menos as informações, e que as crianças mais novas queriam ter mais informações que as mais velhas, sobre como se parecia o ambiente perioperatório (FORTIER et al, 2009).

Jaaniste, Hayes e von Bayer (2007, citados por CHORNEY; KAIN, 2010) apontam que, além das informações sobre o procedimento em si, as crianças (especialmente aquelas com experiências médicas negativas) devem receber um treino em habilidades de enfrentamento, como distração e respiração profunda. Em termos de como dar a informação e preparar as crianças para a cirurgia, a modelagem de comportamentos desejados através de vídeo, por exemplo, mostrou-se mais eficaz que o uso de material escrito ou jogos médicos usando bonecos.

Algumas vezes, as intervenções realizadas no período perioperatório, para a criança e para família, não são pontualmente intervenções psicológicas. Li (2007) realizou um estudo com o objetivo de verificar os efeitos de uma intervenção pré-operatória da equipe de enfermagem. Participaram desse estudo 203 crianças, com idades entre sete e 12 anos,

admitidas para cirurgia eletiva, as quais foram distribuídas em dois grupos, dependendo do tipo de intervenção recebida no período pré-operatório. Eram 97 crianças no grupo experimental com atividades lúdicas de demonstração do processo cirúrgico e 106 crianças no grupo controle, que receberam informações de rotina. A avaliação do nível de ansiedade das crianças, através da versão chinesa da *State Anxiety Scale for Children*, foi feita antes da intervenção e no dia da cirurgia, após a intervenção. No dia da cirurgia, os comportamentos emocionais das crianças durante a indução da anestesia foram avaliados por meio da *Children's Emotional Manifestation Scale*. Os resultados apontaram que as crianças do grupo experimental apresentaram níveis mais baixos de ansiedade e menos emoções negativas no dia da cirurgia do que as crianças do grupo controle.

No contexto brasileiro, Ribeiro, Tavano e Neme (2002) realizaram um estudo para verificar os efeitos de uma intervenção psicológica de abordagem cognitiva, no período pré-operatório, com 14 pacientes, entre nove e 12 anos de idade. As crianças foram distribuídas em dois grupos, de forma alternada, de acordo com a data de entrada. Após uma entrevista inicial, no período pré-operatório, um grupo (n= 7) foi submetido a técnicas de relaxamento e visualização dos procedimentos e outro (n= 7) não recebeu nenhum tipo de intervenção psicológica neste período. Após a cirurgia de enxerto ósseo alveolar, todos os pacientes receberam acompanhamento psicológico e foram avaliados 24 horas pós-cirurgia e no retorno médico 30 a 40 dias pós-alta. As autoras concluíram que a introdução de intervenções no período pré-operatório pode melhorar as condições pós-operatórias dos pacientes.

Além dos efeitos observados no comportamento infantil diante da possibilidade real da cirurgia, o período pré-cirúrgico envolve também uma sobrecarga emocional para toda a família. Mesmo que procedimentos de preparo pré-cirúrgico sejam conduzidos, é provável que a situação não deixe de ser considerada estressora para a família.

2. O *stress* materno e a hospitalização infantil

Urbano (2004) aponta que não há um conceito único de *stress* familiar, mas defende que ele pode estar relacionado com aspectos do próprio ambiente ou ser decorrente de outra fonte de *stress*, mas que traga repercussões para a família. Consideram-se estressores da família: relacionamentos conflituosos, filhos com problemas, sejam eles de aprendizagem, emocionais ou de saúde, pressões e exigências excessivas, entre outros. Porém, atualmente, considera-se que a doença de um filho é um dos maiores estressores familiares.

Retomando que o *stress* é um conjunto de reações que o organismo emite quando é exposto a situações/estímulos que leva a uma quebra da homeostase do organismo e que lhe exige alguma adaptação, Lipp (2002) propôs o Inventário de Sintomas de *Stress* para adultos de Lipp (ISSL), o qual permite um diagnóstico preciso da presença ou não do quadro de *stress*, em qual fase deste a pessoa se encontra e quais os sintomas tipicamente manifestados por ela (se físicos ou psicológicos) (LIPP, 2002). Esse instrumento tem sido utilizado para identificar o *stress* associado à profissão, como de professores (GOULART JR.; LIPP, 2008; MARTINS, 2007), de policiais (COSTA; ACCIOLY JR; OLIVEIRA; MAIA, 2007) e de cuidadores (HORIGUCHI; LIPP, 2010). Tem também, sido utilizado para avaliar a eficácia de procedimentos para o combate ao *stress* como o efeito de ginástica laboral, em estudo realizado por Tanaka, Deutsch e Valim (2007), além de verificar o efeito da Técnica de Relaxamento Progressivo em portadores de disfunções temporomandibulares (ESGALHA, 2009).

Outros estudos para avaliação de *stress* em adultos com queixas médicas de lesão dermatológica e cefaléia, através do ISSL, mostraram uma prevalência das fases de resistência e quase exaustão e da sintomatologia psicológica (LUDGWIG et al., 2008; GALEGO et al., 2007).

Dentre os fatores que podem desencadear o *stress*, estão as questões relacionadas à doenças, aguda e, principalmente, crônica. Além delas os tratamentos médicos consequentes podem ser considerados importantes eventos estressores não só para adultos, como também para as crianças e seus familiares (CHORNEY; KAIN, 2010; COYNE, 2006).

Doenças e tratamentos podem causar, além do *stress* para o paciente, o *stress* familiar, que pode acometer diferentemente os membros de uma família. Não há um conceito único de *stress* familiar, mas, como defende Urbano (2004), ele pode estar relacionado com aspectos do próprio ambiente ou ser decorrente de outra fonte de *stress*, mas que traga repercussões para a família. O autor enfatiza que, entre os estressores familiares (relacionamentos conflituosos, filhos com problemas, sejam eles de aprendizagem ou emocionais, pressões e exigências excessivas) está a doença de um filho.

Todavia, Castro e Piccinini (2002) destacam que, ao mesmo tempo em que a família é afetada pela situação de doença da criança, necessitando de cuidados, também pode funcionar como moderadora dos efeitos negativos da doença para a criança. Os autores salientam que o suporte familiar e as competências de cada membro da família são importantes fontes de informação para a criança e podem influenciar o modo como estas lidam com a doença. Estes dados também foram apresentados por Fávero e Santos (2005) e Gomes e Bosa (2004) ao estudarem a presença de *stress* familiar, em famílias de crianças autistas.

Schimdt e Bosa (2007), preocupados com o papel de cuidador, realizaram um estudo com o objetivo de investigar os níveis de *stress* e auto-eficácia materna em trinta mães, com idade entre 30 e 56 anos, de indivíduos com autismo. Os autores verificaram que 70% das mães apresentavam altos níveis de *stress*, avaliado por meio do ISSL.

Utilizando o mesmo instrumento para avaliação de *stress*, Matsukura et al. (2007) avaliaram o nível de *stress* de 75 mães de crianças com idades entre 4 e 8 anos, divididas em dois grupos: mães de crianças com desenvolvimento típico (n = 38) e mães de crianças com

necessidades especiais (n = 37). De acordo com os resultados encontrados, em ambos os grupos, mais de 75% das mães encontravam-se nos níveis elevados de *stress*, predominando sintomas típicos da fase de resistência. Independentemente do status de desenvolvimento do filho, verificou-se uma associação negativa entre *stress* e satisfação com o suporte social, ou seja, mães que não estão satisfeitas com o suporte social recebido apresentaram níveis mais elevados de *stress*.

Iwamoto et al. (2008) avaliaram o *stress* psicológico de 40 cuidadores primários de pacientes pediátricos com artrite idiopática juvenil (AIJ), uma doença sistêmica inflamatória crônica, em acompanhamento ambulatorial. Para a avaliação do impacto subjetivo dos cuidados de pacientes com doenças crônicas, os autores utilizaram o questionário *Caregiver Burden Scale*, em sua versão validada para o português, e concluíram que não só as crianças, mas também os cuidadores necessitam de atenção e de cuidados médicos.

Cardoso, Loureiro e Nelson-Filho (2004), em um estudo com crianças em tratamento dentário, observaram que os indicadores de *stress* psicológico e de medo odontológico apresentados pelas mães de crianças com altos níveis de ansiedade frente ao tratamento que necessitam de contenção física, foram maiores do que os apresentados pelas mães de crianças que colaboram com o atendimento odontopediátrico. Os indicadores de *stress* materno, avaliados por meio do Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL), foram principalmente de natureza psicológica: ansiedade, irritação, hipersensibilidade emocional, falta de autoconfiança e capacidade reduzida para lidar com as dificuldades da criança.

No contexto hospitalar, as crianças estão expostas à probabilidade de serem submetidas a procedimentos invasivos e traumáticos e, por isso, a situação de internação é considerada um fator estressor para o desenvolvimento infantil. Além disso, pelo menos dois outros eventos podem, também, ser considerados estressores: o tempo de permanência no hospital e a hospitalização recorrente.

O período pré-cirúrgico envolve uma sobrecarga emocional para toda a família. A ansiedade pré-operatória dos pais parece ser muito comum e causada pela separação das crianças, por observar o *stress* delas, vê-las submetidas a alguns procedimentos invasivos, bem como com a anestesia, a cirurgia e a dor. Também entra no rol de preocupações o fato da criança ser muito nova, ser a primeira cirurgia do filho, este ser filho único ou, ainda, os pais trabalharem na área da saúde (MORO; MÓDULO, 2004), além das preocupações resultantes da própria cirurgia, como a mesma ser exitosa, garantindo não só a sobrevivência da criança, mas a melhora dos sintomas.

Barros (2003) coloca que os pais que acompanham os filhos em intervenções e tratamentos de saúde, cirúrgicos ou não, podem ajudar os filhos nos momentos difíceis, considerando sua relação privilegiada com o mesmo. Porém, para tal, é necessário que esses pais também sejam ajudados a conhecer e compreender quais as reações infantis são mais comuns e esperadas em cada situação.

Bevan et al. (1990, citados por Chorney e Kain, 2010) mostraram uma forte evidência de que a ansiedade dos pais no dia da cirurgia do filho está altamente relacionada com a ansiedade da criança.

Ferrandis et al. (2008), em um estudo com 73 pais de crianças com câncer, observaram que 36% deles apresentavam sintomas de *stress* geral, avaliados por meio do instrumento *Brief Symptom Inventory 18* (BSI-18) e 49% apresentaram sintomas clinicamente significativos de *stress* pós-traumático, avaliados através do *Impact of Event Scale-Revised* (IES-R). As autoras também identificaram as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pais, por meio *Brief COPE*, e verificaram que a negação e a culpa foram preditoras tanto de sintomas de *stress* geral, quanto de sintomas de *stress* pós-traumático. De acordo com os resultados encontrados, as autoras apontam que negar a realidade da doença crônica do filho e culpar a si mesmo pela situação parecem estratégias desadaptativas de enfrentamento, neste

caso.

Shirley et al. (1998) avaliaram o nível de ansiedade de 100 pais de crianças agendadas para cirurgias eletivas, por meio de uma escala de auto-avaliação (The leeds scale for self-assessment of anxiety) e verificaram que 42% dos pais apresentavam níveis de ansiedade acima do esperado. Neste mesmo estudo, foi verificado que as mães apresentavam níveis mais elevados de ansiedade que os pais. Independente do nível de ansiedade demonstrado pelos pais, os resultados apontaram que acompanhar a criança no tratamento (68%), estar presente durante a indução (54%) e receber mais informações da equipe no período pré-operatório (40%), contribuem para a redução do *stress*.

De acordo com Allegretti (2006), estudos realizados nas últimas décadas têm apontado maior incidência de *stress* em mulheres. Em especial, o estudo realizado por Calais, Andrade e Lipp (2003) sobre *stress* em adultos jovens, revelou que as mulheres eram mais afetadas pelo *stress* que os homens independentemente das faixas etárias e graus de escolaridade pesquisados.

MacLaren e Kain (2008), em um estudo realizado nos Estados Unidos, compararam a ansiedade de mães de crianças que realizariam cirurgia com a de mulheres que sofreriam cirurgia. O estudo revelou que as mães eram tão ansiosas quanto as mulheres submetidas a cirurgia de grande porte e mais ansiosas que as mulheres que passariam por cirurgias de pequeno porte. Além disso, observou-se que a ansiedade materna estava relacionada principalmente com a pouca idade, tanto da mãe quanto da criança, e com o modo como a mãe lidava com a situação. Não houve relação entre ansiedade materna e sexo da criança, experiência anterior desta com hospitalização ou cirurgia, bem como com o temperamento da criança.

Urbano (2004), ao avaliar *stress* e qualidade de vida em pais de crianças com leucemia, apontou uma maior incidência de *stress* nas mães do que nos pais dessas crianças.

Considerando o impacto dos procedimentos cirúrgicos não só para a criança, mas também para a família, alguns estudos têm focalizado a preparação para cirurgias também para familiares, por meio de intervenções educativas e/ou intervenções psicológicas (CHORNEY; KAIN, 2010; FELDER-PUIG et al., 2003; GORAYEB et al., 2009). Estes estudos verificaram benefícios advindos da inserção dos familiares na preparação para a cirurgia das crianças, como níveis mais baixos de ansiedade (FELDER-PUIG et al. 2003; FRANCK; SPENCER, 2005; GORAYEB et al. 2009), maior participação nos cuidados da criança (FELDER-PUIG et al. 2003), além dos benefícios para a própria criança.

Justificativa

A maioria dos estudos realizados sobre enfrentamento e *stress*, em seus diferentes contextos, está centrada na população adulta; porém, há alguns trabalhos desenvolvidos com adultos envolvidos na hospitalização de filhos e, também, com a população infantil (MORAES; ENUMO, 2008; MOTTA, 2007; MOTTA; ENUMO, 2002; LIPP; LUCARELLI, 2005). A hospitalização infantil e a possibilidade de realização de eventos invasivos, como por exemplo as cirurgias, são eventos estressores que podem afetar o indivíduo e/ou a família. Considerando que experiências de *stress* severo na infância podem levar a produzir problemas psicofisiológicos, com efeitos duradouros, fazem-se necessários estudos mais aprofundados acerca do tema.

Assim sendo, esta pesquisa pretendeu responder questões como:

a) Há relação entre o nível de *stress* e as estratégias de enfrentamento utilizadas por crianças em situação de hospitalização, para realização de procedimento cirúrgico, considerando o sexo e a idade?

b) Há relação entre o nível de *stress* do acompanhante e o nível de *stress* da criança e

as estratégias de enfrentamento por ela utilizadas?

c) Há relações entre variáveis como: a experiência prévia com hospitalização, o conhecimento prévio do processo de hospitalização e cirurgia e o nível de *stress* da criança e as estratégias de enfrentamento da hospitalização?

Desse modo, avaliar a hospitalização para procedimento cirúrgico como um evento estressor, como a situação interfere na reação de *stress* dos acompanhantes, das crianças e como estas a enfrentam, possibilitaria a organização e implementação de propostas de intervenções junto à equipe multiprofissional no ambiente hospitalar, com o propósito de tentar amenizar as conseqüências psicofisiológicas causadas por tal situação e possibilitar maior humanização dentro deste ambiente.

O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética das instituições comprometidas, preservando os direitos dos participantes envolvidos, cumprindo todas as etapas previstas na Resolução 196, do CONEP (1996) (Anexos A e B).

Objetivo geral

Verificar possíveis relações entre os níveis de *stress* de acompanhantes, os níveis de *stress* e os tipos de estratégias de enfrentamento de crianças hospitalizadas em situação pré-cirúrgica, considerando variáveis sociodemográficas (idade, sexo) e da hospitalização (experiência prévia com cirurgia, conhecimento prévio das informações a respeito).

Objetivos específicos

1. Caracterizar a amostra estudada e verificar a existência de relações entre idade, sexo,

- experiência prévia com hospitalização, tipo de informações recebidas e tipo de informantes;
2. Identificar os níveis de *stress* e os tipos de estratégias de enfrentamento utilizadas por crianças hospitalizadas em situação pré-cirúrgica e verificar a relação entre eles;
 3. Verificar relações entre os níveis de *stress* e os tipos de enfrentamento utilizados pelas crianças, segundo a faixa etária, o sexo e a experiência prévia com a hospitalização cirúrgica;
 4. Identificar e verificar relações entre os níveis de *stress* dos acompanhantes das crianças hospitalizadas em situação pré-cirúrgica, considerando seu sexo;
 5. Verificar relações entre os níveis de *stress* do acompanhante com o sexo, a idade e a experiência prévia das crianças em cirurgia;
 6. Verificar se há relação entre os níveis de *stress* e os tipos de estratégias de enfrentamento das crianças hospitalizadas com os níveis de *stress* do acompanhante.

O presente estudo parte das hipóteses de que há uma relação diretamente proporcional entre nível de *stress* do acompanhante e da criança (acompanhante estressado, criança estressada) e entre o nível de *stress* e comportamentos de enfrentamento (crianças com *stress* escolheriam mais os comportamentos menos adaptativos ao contexto de hospitalização). Há, ainda, a hipótese de uma relação inversamente proporcional entre experiência prévia com hospitalização e a presença de *stress*, tanto na criança quanto no acompanhante. Todavia, quanto à relação idade, sexo e estratégias de enfrentamento, não há hipóteses *a priori*. Nestes aspectos, o estudo apresentará dados descritivos.

2. MÉTODO

2.1. Participantes e local de investigação

2.1.1. Participantes

A amostra pretendida inicialmente para o projeto era de 120 crianças, porém, optou-se pela redução do número de crianças e a inclusão de seus acompanhantes adultos na amostra, considerando a hipótese de que a condição do acompanhante, com relação ao *stress*, poderia influenciar tanto no *stress* da criança quanto nas estratégias de enfrentamento utilizadas por ela. Sendo assim, a amostra analisada foi composta por 63 crianças e um de seus acompanhantes, internadas no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, para realização de cirurgias eletivas, no período de janeiro a outubro de 2009, totalizando 126 participantes.

As crianças foram divididas em três grupos etários, entre 7 e 12 anos e 11 meses, com maior frequência nas idades de 7 e 8 anos e 11 meses (39,7%) e 11 anos e 12 anos e 11 meses (39,7%). Com relação ao gênero, a maioria era meninos (34 - 54%) (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição da amostra infantil por idade e sexo.

	7 – 8 anos		9 – 10 anos		11 – 12 anos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Total de crianças	25	40	13	20	25	39,7	63	100
Meninas	9	36	7	54	13	52	29	46
Meninos	16	64	6	46	12	48	34	54

O grupo de acompanhantes foi composto, em sua maioria, por cuidadores (95%), dentre os quais 90% são do sexo feminino. A amostra de acompanhantes, que não eram cuidadores diretos (5%) foi composta por um pai que não era o cuidador principal de seu filho e irmãs mais velhas das crianças (Tabela 2).

Tabela 2: Distribuição da amostra de acompanhantes.

	Cuidadores		Não-cuidadores		Total	
	n	%	n	%	n	%
Total de acompanhantes	60	95	3	5	63	100
Mulheres	54	90	2	67	56	89
Homens	6	10	1	33	7	11

2.1.2 Composição da amostra

Inicialmente assegurou-se a concordância dos oito docentes responsáveis pelas disciplinas que envolvem procedimentos cirúrgicos em crianças e do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina de Botucatu, para a realização deste estudo e a aprovação do projeto junto ao Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP.

Cumpridas estas etapas, iniciou-se a composição da amostra. A pesquisadora entrava em contato com o Centro Cirúrgico do HC para verificar a relação de cirurgias agendadas e, em seguida, contactava as enfermarias responsáveis pela internação das crianças pré-cirúrgicas.

Em seu primeiro contato, verificava se as mesmas encontravam-se internadas e se estavam dentro dos critérios de inclusão para participar do estudo:

- a) internadas para realização de cirurgias eletivas/agendadas;
- b) com idade entre sete anos e 12 anos e 11 meses;
- c) com conhecimento da internação para realização de cirurgia;
- d) sem diagnóstico de procedimento de biopsia;
- e) sem diagnóstico de síndromes que comprometiam a capacidade cognitiva;
- f) sem efeitos de sedativos;
- g) sem referência a dor muito acentuada;
- h) com primeira experiência nesta pesquisa.

O primeiro critério foi estabelecido por permitir uma previsibilidade quanto ao número de cirurgias a serem realizadas no dia, facilitar, à pesquisadora, o acesso aos participantes da pesquisa e, por garantir, que todos os passos previstos para a pesquisa fossem realizados na situação pré-cirúrgica.

Os critérios e, f, g, foram levados em consideração para evitar interferência na qualidade/fidedignidade das informações coletadas.

Nenhum teste cognitivo foi realizado para garantir a informação da capacidade cognitiva preservada, por se acreditar que isto tornaria o processo de coleta dos dados cansativo e ansiogênico, com possibilidade de interferir negativamente nos resultados alcançados. Todavia, foi considerada a capacidade de entendimento da criança às demandas dos instrumentos utilizados.

O quarto critério (d) foi incluído por ser considerado, principalmente pelos acompanhantes, como exploratório de algum diagnóstico e não como um procedimento cirúrgico (apesar de ser realizado em centro cirúrgico e com uso de anestesia).

A inclusão do último critério (h) se deu pelo fato de existirem crianças que necessitam de internação para procedimento cirúrgico de forma recorrente, que ocasionaria a presença delas no hospital mais de uma vez no decorrer da coleta de dados. Cada internação pode ter características, impactos e sentimentos associados diferentes, porém, para garantir maior variabilidade de participantes, optou-se por entrevistar a criança apenas uma vez, ainda que houvesse, durante a duração do estudo, outros episódios de internação.

2.1.3. Local de coleta de dados

A pesquisa foi realizada nas enfermarias do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), onde se encontravam hospitalizadas crianças para realização de cirurgias.

A Faculdade de Medicina de Botucatu foi criada inicialmente sob o nome de Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu (FCMBB) em julho de 1962, oferecendo os cursos de Medicina Humana, Medicina Veterinária e Biologia e, a partir de 1965, foi instalado o curso de Agronomia.

Com a instituição da Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho (UNESP), em 1976, a FCMBB foi dividida e, assim, surge a FMB.

A Faculdade de Medicina de Botucatu tem como agregado o Hospital das Clínicas, que teve suas atividades iniciadas em 1967, com 48 leitos. Atualmente, sua capacidade é de 430 leitos e 47 leitos de UTI, atendendo ao Sistema Único de Saúde (SUS) e alguns convênios médicos particulares.

Além de atender toda a região de Botucatu, recebe ainda pacientes do norte do Paraná, Mato Grosso do Sul, Sul de Minas Gerais e outros estados, abrangendo uma população de aproximadamente 3 milhões de habitantes, o que justificou sua escolha para realização deste projeto.

O Departamento de Cirurgia, criado em 1965, assim como os demais departamentos, foi reestruturado em 1977, passando a abranger as áreas de Cirurgia Cardiovascular e Pulmonar, Cirurgia Geral e Gastroenterologia e Ortopedia e Traumatologia, passando a ter a denominação de Departamento de Cirurgia e Ortopedia. Posteriormente, foram criadas as áreas de Cirurgia Plástica e Cirurgia Pediátrica. Os departamentos de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Urologia também realizam intervenções cirúrgicas.

Visando caracterizar melhor o campo de pesquisa, optou-se por uma breve descrição da rotina de internação infantil para realização de cirurgia eletiva.

A enfermaria de Pediatria do HC-FMB conta com 16 leitos cirúrgicos, porém, as crianças não são necessariamente internadas nesses leitos para cirurgias eletivas. Caso a enfermaria não disponha de vagas, as crianças poderão ser internadas nas enfermarias das

disciplinas responsáveis pelas cirurgias. Por exemplo, uma criança que fará postectomia (procedimento cirúrgico para retirada da fimose) pode tanto ficar internada na enfermaria de Pediatria, quanto na de Urologia.

Ao ser convocada para a cirurgia, a criança, juntamente com seu acompanhante, devem se apresentar no hospital, na respectiva enfermaria de internação, pela manhã. Ali aguardará até a liberação do leito. Enquanto aguarda, a criança pode utilizar o ambiente do parquinho, brinquedoteca e escola hospitalar, além de participar de todas as atividades oferecidas pela enfermaria de Pediatria. Caso a criança esteja em outra enfermaria, ela pode se deslocar até lá para usufruir destas atividades.

No período da tarde, geralmente ocorrem as admissões das crianças na enfermaria. Feita a admissão, os médicos responsáveis pela cirurgia visitam a criança no leito para realização de alguns exames e para dar algumas informações e esclarecer dúvidas. Os anestesistas passam, posteriormente, para mais exames, questionamentos e informações.

As crianças, na maioria dos casos, iniciam o jejum às 22h, pois realizarão a cirurgia no período da manhã. No dia seguinte, logo cedo, a criança toma banho e aguarda a convocação para a cirurgia. Momentos antes de ser encaminhada ao centro cirúrgico é feita a administração de um sedativo pela enfermeira. Após a cirurgia ser realizada, a criança retorna ao leito, ainda recebendo alguma medicação e fica no hospital até sua total recuperação.

2.2.Instrumentos e Materiais

2.2.1. Questionário de levantamento de informações

Elaborado pela pesquisadora para este estudo, o *Questionário* teve como finalidade coletar, através de entrevista realizada com os acompanhantes das crianças, dados relevantes sobre características sociodemográficas dos participantes e das condições atuais das crianças

quanto à hospitalização, para que pudesse ser realizada a caracterização da amostra, verificar a existência de relação entre tais características/variáveis e os resultados obtidos nos instrumentos utilizados nesta pesquisa (ISSL, ESI e AEH), bem como proporcionar um contato prévio (*rapport*) com os participantes.

A elaboração deste questionário se deu a partir da hipótese de que as variáveis sociodemográficas e de hospitalização da criança fossem relevantes e pudessem interferir nos resultados obtidos através dos demais instrumentos utilizados nesta pesquisa (ISSL, ESI e AEH). Além disto, poderia facilitar um primeiro contato e o *rapport* com o cuidador da criança.

O questionário é composto por 15 questões (Apêndice A), as quais incluem:

- a) dados demográficos da criança (data de nascimento, sexo, escolaridade, nº. de irmãos, posição da criança na família);
- b) caracterização do acompanhante (idade, sexo, escolaridade, grau de parentesco);
- c) experiência anterior da criança com hospitalização (sem que tenha havido procedimento cirúrgico), com cirurgias (relacionadas ou não com o problema em questão), tempo de hospitalização atual, tipo de cirurgia que será realizada e conhecimento sobre o processo que será realizado com ela (incluindo anestesia, procedimentos cirúrgicos utilizados e pós-operatório).

A partir do *Questionário de Levantamento de Informações*, pretendeu-se fazer o levantamento de algumas variáveis, para posterior avaliação de como estas podem interferir no nível de *stress* dos participantes e no modo de enfrentamento da situação de hospitalização para cirurgia eletiva.

2.2.2. Escala de *Stress* Infantil (ESI)

O instrumento elaborado por Lipp e Lucarelli (2005), com o objetivo de avaliar o *stress* infantil, é composto de:

- a) caderno de aplicação, contendo 35 afirmações em escala Likert de 0 a 4 pontos, no qual a criança registra, em forma de quantificação, colorindo quartos de círculos posicionados ao lado das afirmações, o quanto sente algo parecido com o descrito no teste;
- b) protocolo de respostas, no qual a pesquisadora registra as respostas da criança. Neste, as afirmações são agrupadas em quatro fatores: reações físicas, reações psicológicas, reações psicológicas com componente depressivo e reações psicofisiológicas;
- c) manual para avaliação.

Este instrumento permitiu avaliar o nível de *stress* que a criança se encontra no momento pré-cirúrgico (Anexo C).

2.2.3. Instrumento de Avaliação das Estratégias de Enfrentamento da Hospitalização (AEH)

O instrumento elaborado por Motta (2001), inicialmente proposto para crianças hospitalizadas para tratamento de câncer a fim de identificar o que relatavam fazer, pensar e sentir sobre sua condição de hospitalização para o tratamento da doença, avaliando as estratégias de enfrentamento utilizadas por elas à hospitalização, vem se mostrando adequado para tal objetivo.

Sua primeira versão era composta por 21 pranchas de papel (17 cm x 21 cm), ilustradas com desenhos em preto-e-branco, sobre temas que retratam possíveis estratégias de

enfrentamento da hospitalização. Hoje, há uma versão informatizada do mesmo (MORAES; ENUMO, 2008; MOTTA, 2007), *AEHcomp*, que pretende facilitar o processamento e análise de dados, e se tornar mais atrativo para a criança. Nesta versão, o *AEHcomp* passou a ser composto por 20 telas ilustradas com desenhos coloridos, apresentando uma versão para menina e uma versão para menino, mas mantendo conteúdo semelhante ao primeiro instrumento.

Neste estudo, o motivo da hospitalização infantil é a realização de cirurgia eletiva de qualquer especialidade médica, porém, pretendeu-se avaliar as estratégias de enfrentamento a partir do mesmo instrumento, com algumas adaptações.

Para tanto, por facilidade de acesso e manuseio ao material gráfico, optou-se pela utilização das pranchas propostas para o *AEHcomp* (coloridas e em versão feminina e masculina) de forma impressa, obedecendo ao tamanho utilizado na versão inicial.

Assim, o AEH utilizado consiste em:

- a) roteiro de entrevistas, composto por três perguntas que visam conhecer a compreensão da criança a respeito da razão de sua hospitalização e sobre as estratégias de enfrentamento da hospitalização (pensamentos, sentimentos e atitudes) utilizadas pelas crianças (adaptação do roteiro original – Apêndice B);
- b) cadernos de desenho espiral (um para meninos e outro para meninas), com 20 cenas coloridas sobre temas que retratam possíveis estratégias de enfrentamento da hospitalização, designado Conjunto de Pranchas sobre Enfrentamento da Hospitalização (exemplos das cenas - Anexo D);
- c) folha de registro das respostas (adaptado para este estudo), contendo uma tabela que visa quantificar as respostas quanto aos tipos de estratégias de enfrentamento (ex: brincar, cantar, dançar, assistir TV, conversar, ouvir música, estudar, ler gibi, buscar informações e tomar remédio, chorar, brigar, se esconder, ficar triste, desanimar, fazer

chantagem, pensar em fugir, sentir culpa, medo, pensar em milagre e dormir), o objetivo pelo qual utiliza determinada estratégia, em quais ocasiões são utilizadas e com qual frequência (Apêndice C).

O instrumento permite obter dados sobre os tipos de enfrentamento utilizados pelas crianças na situação de hospitalização pré-cirúrgica e compará-las às demais variáveis levantadas a partir dos outros instrumentos utilizados.

2.2.3.1. Foi utilizado um gravador no momento da aplicação do AEH a fim de coletar todas as informações dadas pelos participantes.

2.2.4. Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL)

Elaborado por Lipp (2002), tem como objetivo avaliar, em adultos, a presença de *stress*, a fase em que a pessoa com *stress* se encontra e qual a sintomatologia mais apresentada (física ou psicológica). Seu material contém:

- a) caderno de respostas para o participante, no qual constam 43 afirmações, divididas em três quadros, sendo 15 no quadro 1 (sintomas experimentados nas últimas 24 horas), 15 no quadro 2 (sintomas apresentados na última semana) e 23 no quadro 3 (sintomas apresentados no último mês) (Anexo E); às quais o participante deve apontar quais apresenta de acordo com a instrução;
- b) manual para avaliação;
- c) crivo para correção das respostas.

Neste estudo, ele será aplicado para avaliar o nível de *stress* dos acompanhantes das crianças internadas para realização de procedimentos cirúrgicos.

2.3. Procedimento

Considerando que eram crianças hospitalizadas para procedimentos cirúrgicos eletivos, de qualquer especialidade médica, as mesmas e seus responsáveis foram abordados antes dos procedimentos, pelo menos quatro horas após a hospitalização, tempo aqui considerado suficiente para que a criança vivencie o ambiente hospitalar.

O projeto foi, então, apresentado aos participantes, discriminando o objetivo do mesmo e as tarefas inerentes a ele. No caso de aceite da participação, foi solicitado que o acompanhante assinasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Modelo no Apêndice D). Caso a criança tivesse idade maior ou igual a 11 anos, também assinaria o termo, como previsto pelo Comitê de Ética .

Inicialmente, foi estabelecido um *rapport* com a criança e seu acompanhante para prepará-los para responder aos instrumentos previstos.

A ordem de início da coleta das informações, seja pela criança ou pelo acompanhante, foi determinada pela própria criança após o *rapport*. Optou-se, aqui, pela apresentação do procedimento sendo iniciado pelo acompanhante, por este ser escolhido pelas crianças com maior frequência.

Separadamente da criança, em local com garantia de privacidade, o acompanhante respondeu o Questionário de Levantamento de Informações e o Inventário de Sintomas de *Stress* para adultos de Lipp (ISSL).

Para o ISSL, o participante deveria referir presença ou ausência de sintomas apresentados pelo inventário, os quais eram divididos em três quadros de acordo com o tempo de ocorrência dos sintomas (Quadro 1: últimas 24 horas, Quadro 2: última semana, Quadro 3: último mês), como consta em seu manual. O preenchimento deste instrumento foi realizado pelo participante ou pela pesquisadora, quando o participante expunha tal preferência.

Quando era observado um nível de *stress* muito elevado e, que estivesse atrapalhando consideravelmente o funcionamento biopsicossocial do acompanhante (dado obtido a partir do relato do mesmo), a pesquisadora realizava aconselhamentos e, se fosse o caso, encaminhamento para o serviço de Psicologia do hospital.

Em seguida, era realizada a aplicação dos instrumentos com a criança, sempre feita sem a presença do acompanhante e, quando possível, dependendo das condições físicas da criança, em um ambiente diferente que não à beira de seu leito.

Antes do início da aplicação dos instrumentos, a criança era questionada sobre seu bem-estar e disposição para participar da pesquisa.

A coleta de dados com a criança era iniciada pela Escala de Stress Infantil (ESI). Primeiramente, as instruções foram dadas, garantindo que a criança compreendesse que deveria mostrar o quanto acontecia com ela do que estava descrito em cada afirmação presente no caderno de aplicação, colorindo os círculos (que são divididos em quatro partes) de modo que, quando algo **nunca** ocorresse, a criança deixasse o círculo em branco; quando acontecesse **um pouco**, pintasse apenas uma parte; caso ocorresse **às vezes**, pintasse duas partes; ao acontecer **quase sempre**, pintasse três partes e, caso acontecesse **sempre**, pintasse todas as partes do círculo. As afirmações foram lidas pela própria criança ou pelo entrevistador, caso a criança não quisesse ou ainda não soubesse ler. Depois, a criança escolhia um lápis de cor de sua preferência para colorir os círculos.

Ao final da aplicação da ESI, era realizada a entrevista proposta pelo AEH, na qual a criança deveria expor o que estava pensando, fazendo e sentindo desde que havia recebido a notícia de sua cirurgia.

A seguir, eram apresentadas à criança as pranchas, parte da Avaliação das Estratégias de Enfrentamento da Hospitalização (AEH), uma de cada vez, pedindo que a criança descrevesse cada cena observada. Posteriormente, pedia-se que ela relatasse o quanto fazia o

mesmo que a figura, no período pré-cirúrgico. Para que a criança pudesse quantificar, foram oferecidos quatro retângulos, de cores iguais, mas de tamanhos diferentes (esboçando uma escala crescente), para que ela escolhesse o quanto ela utilizava aquele comportamento como forma de enfrentamento. Sendo assim, nenhum retângulo deveria ser mostrado quando a criança achasse que *nunca* fez/fazia algo parecido, o de 4,5 cm quando achasse que fazia apenas *raramente*, o de 9,0 cm no caso de ter feito *às vezes*, o de 12,5 cm no caso de *quase sempre*, e o de 16 cm no caso de *sempre*. Após a escolha frente a cada figura, a criança era questionada sobre a situação em que comumente utilizou/utilizava aquela estratégia de enfrentamento, sobre a frequência com que o fazia, se havia mudança nesta frequência do momento anterior de saber da cirurgia para o momento atual (hospitalizada para cirurgia) e do objetivo pelo qual a utilizava. Para finalizar, questionava-se a criança sobre ela ter feito, sentido e pensado outras coisas, as quais não foram elencadas no instrumento (AEH). Sua resposta era gravada em gravador de voz (quando permitido pela criança) e computada, pela pesquisadora, na folha de registro de respostas.

2.4.Procedimento de Análise dos Dados

São descritos, a seguir, os procedimentos da análise descritiva dos dados realizados para cada um dos instrumentos utilizados e a descrição dos tratamentos estatísticos aplicados.

2.4.1. Questionário de Levantamento de Informações

Os dados referentes às informações sócio-demográficas e de hospitalização das crianças, coletadas a partir do *Questionário de Levantamento de Informações*, foram analisados de forma descritiva, para que fosse possibilitada e favorecida uma caracterização geral dos participantes, levando-se em consideração o sexo da criança, a faixa etária à qual

pertenciam, quem era seu acompanhante, o número e tipo de informações recebidas, qual havia sido o informante principal, a experiência prévia com hospitalização e conhecimentos sobre os procedimentos cirúrgicos.

2.4.2. Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL)

No ISSL, as respostas dos acompanhantes foram computadas conforme proposto pelo manual do inventário, sendo transferidas para local apropriado na folha de respostas e úteis para responder as seguintes perguntas: (1) A pessoa apresenta sintomas significativos de *stress*? (2) Em que fase do *stress* a pessoa se encontra? (3) Qual a sintomatologia mais presente: somática ou psicológica? (LIPP, 2002). Para tanto, os passos seguintes foram realizados de acordo com o manual proposto para o instrumento (LIPP, 2002).

A presença ou não do *stress* foi obtida a partir da somatória dos subfatores (A e B) de cada quadro que compõe o teste (Quadros 1, 2 e 3). Considerou-se “presença de *stress*”, quando o resultado dos escores brutos atingiu os limites de: acima de seis para o quadro 1; maior que três para o quadro 2 e para o quadro 3, acima de oito pontos. Neste caso, o valor bruto obtido é observado na “Tabela de Correção 1”, a qual é formada por três quadros que indicam a “Fase do *Stress*”. No caso de haver pontuação suficiente para o diagnóstico de *stress* em mais de um quadro, a porcentagem mais elevada obtida através da tabela de correção era considerada, determinando-se assim a fase do *stress* em que a pessoa se encontrava. Na ocorrência de empate entre as porcentagens das fases, o diagnóstico a ser feito foi o da fase mais avançada.

Após a verificação da fase do *stress*, buscava-se saber se o participante apresentava alguma prevalência nos sintomas de *stress*, sendo estes psicológicos ou físicos. Para tal, somente os pontos brutos dos sintomas físicos e psicológicos, separadamente da fase do *stress*

em que a pessoa se encontrava, eram levados em consideração. Os valores brutos eram observados nas Tabelas de Correção 2 (“Tipo de sintomatologia – sintomas físicos”) e 3 (“Tipo de sintomatologia – sintomas psicológicos”). A maior porcentagem revelaria a área de maior vulnerabilidade da pessoa (onde o *stress* estaria mais manifesto). Caso as porcentagens fossem semelhantes, isto revelaria que a pessoa tem a tendência de apresentar sintomas nas duas áreas.

2.4.3. Escala de *Stress* Infantil (ESI)

No ESI, os dados foram transferidos para a folha de apuração, na qual foi realizada a contagem das respostas pelos pontos atribuídos a cada item, sendo cada quarto de círculo correspondente a um ponto. Para avaliar se a criança tinha sinais significativos de *stress*, era importante que aparecessem círculos completamente pintados em sete ou mais itens da escala total, ou, que o escore total da escala fosse maior que 86 pontos, ou, que os fatores **reações físicas** e **reações psicológicas** apresentassem pontuação maior ou igual a 22, ou, que se tivesse nota igual ou maior a 21 pontos nas **reações psicológicas com componente depressivo** e **reações psicofisiológicas** (LIPP; LUCARELLI, 2005).

Para este estudo, propõem-se também, além da análise proposta pelo manual, uma forma arbitrária de correção para o ESI. O instrumento prevê, como dito anteriormente, a análise dos dados a partir de duas categorias: presença e ausência de *stress*. A presença de *stress* é caracterizada a partir de um número total de pontos geral e para cada fator de reações de *stress*. Para este estudo, partindo de uma escala de 0 a 100, calculou-se o percentual de pontos considerados como presença de *stress* e estabeleceu-se o mesmo percentual, com início em zero (ou seja, o inverso proporcional), para a ausência de *stress*. Os pontos entre a

presença e a ausência de *stress*, foram, então, considerados como “possibilidade de *stress*”, indicando a necessidade de uma intervenção preventiva.

Deste modo, a pontuação proposta para este estudo seria:

- a) para o total de sintomas/reações apresentadas pela criança, consideram-se **com stress** pontuações iguais ou superiores a 86, **com possibilidade** as pontuações entre 85 e 55 pontos, e **sem stress**, pontuações iguais ou inferiores a 54;
- b) para reações físicas e reações psicológicas, pontuações acima ou semelhantes a 22 considera-se **com stress**; pontuações entre 15 e 21, considera-se **possibilidade** e, menor ou igual a 14 pontos, **sem stress**;
- c) para reações psicológicas com componente depressivo, considera-se **com stress** crianças que pontuarem acima ou igual a 21; pontuações entre 16 e 20 serão consideradas **com possibilidade** e, pontuações inferiores ou iguais a 15 pontos, **sem stress**. Para reações psicofisiológicas, pontuações maiores ou iguais a 21, serão consideradas **com stress**, entre 12 e 20, **possibilidade**, e menores ou iguais a 11, **sem stress**.

Tabela 3: Forma de análise proposta para ESI.

Reações de <i>stress</i>	Classificação		
	Com stress	Possibilidade de stress	Sem Stress
Físicas	≥ 22	15 – 21	≤ 14
Psicológicas	≥ 22	15 – 21	≤ 14
Psicológicas com componente depressivo	≥ 21	16 – 20	≤ 15
Psicofisiológicas	≥ 21	12 – 20	≤ 11
Reações Totais	≥ 86	55 – 85	≤ 54

2.4.4. Identificação e análise das Estratégias de Enfrentamento da Hospitalização (AEH)

Primeiramente, cada resposta da criança às pranchas do AEH, recebeu um peso, sendo 0 (zero) para “nunca”, 1 para “um pouco”, 2 para “às vezes”, 3 para “quase sempre” e 4 para “sempre”. Esta pontuação permitiu a obtenção de uma pontuação para cada uma das 20 pranchas que representavam comportamentos. A partir daí, calculou-se a frequência de utilização de cada um dos comportamentos para cada criança (MOTTA; ENUMO, 2006).

Numa segunda etapa, optou-se por fazer uma análise qualitativa de 10 dos 20 comportamentos representados no instrumento através das pranchas, sendo eles os cinco comportamentos apontados como de maior utilização pelas crianças e os cinco menos apontados. A partir desta seleção, levaram-se em consideração o objetivo e a situação em que cada comportamento fora utilizado pela criança, o que possibilitou uma análise qualitativa da justificativa dada por ela, permitindo a identificação das suas estratégias de enfrentamento na situação de hospitalização para realização de uma cirurgia.

Para que isto se tornasse possível, tomou-se como referência o material proposto por Motta (2007), o qual foi baseado nas categorias de estratégias de enfrentamento propostas por Skinner et al. (2003).

Motta (2007) propõe que, a partir das análises das justificativas das crianças para as respostas fornecidas em cada uma das cenas do AEH, se identifique as estratégias de enfrentamento utilizadas por ela durante a hospitalização. Neste estudo, as estratégias de enfrentamento não estariam relacionadas somente à internação, mas também poderiam fazer referência às estratégias utilizadas pela criança desde que esta recebia a notícia da cirurgia a ser realizada.

Para identificação da estratégia de enfrentamento, essa autora propôs um nível maior

de classificação realizada por meio de uma análise psicológica, a qual, a partir dos relatos das crianças entrevistadas, permite a identificação das estratégias. Estas, foram analisadas considerando-se as 13 estratégias de enfrentamento propostas por Skinner et al. (2003) e, a partir de uma adaptação para o contexto de hospitalização infantil, sem alteração do sentido das mesmas: solução do problema, busca por suporte, esquiva, distração, reestruturação cognitiva, ruminação, desamparo, afastamento social, regulação da emoção, busca por informação, negociação, oposição e delegação (Apêndice E – descrição das categorias de estratégias de enfrentamento adaptadas de MOTTA, 2007).

Motta (2007), de acordo com a sistematização proposta por Skinner et al. (2003), organizou estruturalmente as informações obtidas pelo AEH, considerando que os comportamentos representados nas cenas se referiam às “instâncias de enfrentamento” ou *coping*, as quais poderiam ser, segundo ela, classificadas como facilitadoras e não-facilitadoras. Os relatos emitidos pelas crianças como justificativa às cenas, foram analisados e classificados em “modos de enfrentamento”. As instâncias (comportamentos) e modos de enfrentamento (relatos) foram incluídos em “famílias de enfrentamento”. Assim, a estrutura termina com a associação dessas dimensões ao processo adaptativo.

Assim como para a pesquisa de Motta (2007), nesta, para cada cena do AEH para as quais foram analisadas suas justificativas (dez cenas), foi proposto um diagrama, uma vez que a representação de todos os comportamentos em uma só estrutura seria inviável. Porém, ocorreram algumas alterações na construção destes diagramas.

Ressalta-se que, apesar das cenas do AEH estarem direta ou indiretamente relacionadas a determinada categoria de enfrentamento, era a análise do relato que se levava em consideração, pois este nem sempre estava associado ao registro da resposta à cena. Um exemplo disto, neste estudo, é o fato de ao ser indagada do porque chorava, a criança justificava que o comportamento de chorar a ajudava “porque alivia”, ou, quando ao

responder a questão se pensava em fugir, a justificativa para não fazer isto era “não tem porque fazer isto, quero sarar logo”. No primeiro caso, o relato mostra a utilização do comportamento como forma de modificar seu estado anterior de tensão, alterando assim sua emoção, sendo considerado, então, a estratégia de *regulação da emoção* e, no segundo caso, ela expressa sua tentativa de resolver o problema o mais rapidamente possível, o que estaria relacionado à estratégia de enfrentamento *solução do problema*.

Esta forma de análise proposta por Motta (2007) e mantida neste estudo, se diferenciou de Skinner et al. (2003), pois, para diferenciar as classificações geradas pelos relatos que confirmavam o uso de determinado comportamento, daquelas obtidas quando o comportamento era negado, o diagrama da estrutura passou a apresentar dois sentidos: acima do comportamento, passa-se a ser indicado as respostas positivas (“sim”) para o uso deste e suas justificativas e, abaixo do comportamento, indicam-se as respostas e justificativas para as respostas de não utilizar o comportamento em questão (“não”). Independente da direção tomada, elas deveriam guiar a criança ao processo de adaptação à situação vivida (Apêndices F a P – proposta de sistematização da estrutura do enfrentamento adaptada).

Após a identificação das estratégias, baseando-se no modelo proposto por Motta (2007), estas foram divididas em dois grandes grupos para que fossem conduzidas as análises estatísticas, sendo estes “estratégias baseadas na emoção” e “estratégias baseadas no problema”, levando-se em consideração o modelo proposto por Folkman e Lazarus (1985).

Os dados obtidos a partir das questões iniciais do AEH não foram levados em consideração nesta análise.

2.4.5. Análise estatística

As análises estatísticas para as 63 crianças e seus acompanhantes que responderam aos instrumentos *Questionário de levantamento de informações*, ESI e ISSL, e para as 58 crianças

que responderam ao AEH, foram feitas utilizando-se testes não paramétricos.

Neste estudo, para verificação da relação de dependência entre duas variáveis, foram utilizados os testes Qui-Quadrado e, quando havia baixa frequência de dados, o teste Fisher. Para a comparação de escores entre grupos, foram utilizados os testes não paramétricos para dois grupos de Wilcoxon (grupos pareados) e Mann Whitney (grupos independentes) e, para mais de dois grupos, os testes não paramétricos de Friedman (grupos pareados) e Kruskal-Wallis (grupos independentes). Os resultados foram considerados significativos a um nível de 5%. Para os cálculos e testes, empregou-se o Software Statistica da StatSoft (SIEGEL, 1981).

2.5. Avaliação ética de riscos e benefícios

Os procedimentos realizados nesta pesquisa não apresentaram nenhum tipo de risco para as crianças ou para os acompanhantes participantes.

Não foi utilizado nenhum material tóxico na condução da pesquisa e o material empregado para facilitar o acesso às informações pretendidas, no caso das crianças, foi apresentado de modo que elas se sentissem confortáveis e motivadas para fornecer as respostas.

A aplicação dos instrumentos foi realizada de forma individualizada, tanto para a criança quanto para o acompanhante, gravada em áudio e, só ocorrendo, após autorização do responsável e aceite de participação por parte da criança (APÊNDICE D – Termo de Consentimento para a participação em projeto de pesquisa), do Comitê de Ética da UNESP - Bauru (ANEXO A – Termo de Aprovação da Comissão de Ética em Pesquisa da UNESP) e do HC-FMB (ANEXO B – Termo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa/CEP do HC-FMB), em consonância com a Norma nº. 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

- CONEP/Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e da avaliação do Comitê de Ética local.

As gravações das respostas, em áudio, foram utilizadas apenas como registro para posterior transcrição, não sendo utilizadas para outros fins, a não ser para a análise dos dados.

Ademais, a possibilidade de haver reações emocionais no transcorrer da aplicação dos instrumentos, tanto por parte das crianças, quanto dos acompanhantes, não se caracterizaram como um risco. Mesmo assim, o Hospital conta com o Serviço de Saúde Mental, para o qual poderiam ser encaminhadas, crianças e/ou acompanhantes, caso fosse identificado algum problema emocional ou comportamental importante.

3. RESULTADOS

Primeiramente, serão apresentados os dados sócio-demográficos e de hospitalização das crianças, obtidos através do *Questionário de levantamento de informações*. A seguir, serão apresentados os dados da avaliação dos níveis de *stress* infantil das crianças, obtidos pelo ESI, depois os dados obtidos através do ISSL para avaliar o nível de *stress* do acompanhante e, por último, os dados referentes às avaliações do AEH sobre os comportamentos e estratégias de enfrentamento dos cinco comportamentos mais utilizados e dos cinco menos utilizados pelas crianças no período pré-cirúrgico.

Para cada instrumento, será feita a apresentação inicial de forma descritiva e, posteriormente, serão apresentados os resultados comparativos entre as características sócio-demográficas e hospitalares obtidas através do *Questionário de levantamento de informações* e os resultados dos demais instrumentos. Por fim, serão feitas as comparações entre os instrumentos utilizados.

3.1. Dados de caracterização da amostra: dados demográficos e médicos

A partir deste instrumento, verificou-se uma relativa equivalência na amostra de crianças quanto ao gênero, sendo 46% do sexo feminino e 54% do sexo masculino. Quanto à idade, os números se mostraram próximos com relação às crianças entrevistadas (25), exceto para a faixa etária de oito a nove anos e 11 meses, na qual encontram-se somente 13 crianças.

Quanto à experiência prévia com o ambiente hospitalar, seja por motivo de internação ou cirúrgico, obtiveram-se os seguintes resultados: 25 crianças (39,68%) nunca haviam passado por processo de hospitalização; 12 (19,05%) já estiveram internadas por motivos não cirúrgicos; 17 crianças (26,98%) já haviam realizado algum tipo de cirurgia previamente e nove (14,29%) tiveram experiência com a hospitalização, tanto para procedimentos cirúrgicos como não-cirúrgicos (Tabela 4).

Observa-se, portanto, que para esta amostra, o número de crianças que já haviam tido experiência com o ambiente hospitalar é consideravelmente alto (60,32%) quando comparado com as que nunca haviam tido tal experiência (39,68%). Das participantes, 41,27% relataram ter passado pela cirurgia e, delas, 14,29 relataram as duas experiências (Tabela 4).

Ao avaliar a experiência prévia das crianças entrevistadas com procedimentos cirúrgicos, tem-se que 59% nunca tiveram experiência cirúrgica, enquanto 41% já haviam passado por alguma cirurgia. Destes últimos, quatro (15,38%) tiveram experiência antes dos quatro anos de vida e 22 (84,62%) dos quatro anos em diante (Tabela 4).

Tomando como referência o sexo da criança, observa-se que, para esta amostra, as meninas haviam tido mais experiência anterior com algum procedimento cirúrgico (45%) que os meninos (38%). Quanto às faixas etárias, observa-se que as crianças com idades entre sete e oito anos apresentam maior diferença entre os que tiveram (36%) e os que não tiveram (64%) experiência prévia com cirurgia. Para as demais crianças, esta diferença se tornou

muito pequena, sendo que para as crianças de nove a 10 anos, sete crianças não tinham experiência, e seis a tinham e, para a faixa etária dos 11 aos 12 anos, 14 não tiveram experiência anterior e 11 a tiveram (Tabela 4).

Tabela 4: Frequência de crianças com experiência prévia com cirurgia

	sem experiência		com experiência	
	N	%	N	%
nº crianças	37	59	26	41
meninos	21	62	13	38
meninas	16	55	13	45
7 – 8 anos	16	64	9	36
9 - 10 anos	7	54	6	46
11 - 12 anos	14	56	11	44

Com relação ao tipo de informação que as crianças tinham anteriormente à realização da cirurgia, nota-se, na Tabela 5, que a maioria das crianças sabia que tomaria anestesia antes do início da cirurgia (92%), 71% delas tinham algum conhecimento sobre os procedimentos cirúrgicos que ocorreriam (ex: cortes, pontos) e 73% tinham informações sobre o período pós-operatório. Porém, nota-se que, apesar de uma grande porcentagem de crianças aparentarem ter conhecimento de algumas informações isoladas, apenas metade da amostra (56%) tinha conhecimento de todas elas, ou seja, de todas as possibilidades que envolvem o processo perioperatório.

Tabela 5: Informações conhecidas no momento pré-cirúrgico

	ANESTESIA	PROCEDIMENTO CIRURGICO	PÓS-OPERATÓRIO	TODAS INFORMAÇÕES
Nº CRIANÇAS	58	45	46	35
%	92	71	73	56

A Figura 1 detalha os tipos de informações recebidas pelas crianças. Ela mostra que, quando as crianças não recebem todas as informações sobre o processo pericirúrgico, as informações fornecidas a elas são a respeito da anestesia e do pós-operatório (16% das crianças). Observa-se que nenhuma criança recebeu somente informações sobre o pós-operatório e que 29% delas tinham conhecimento de duas informações sobre o processo pericirúrgico.

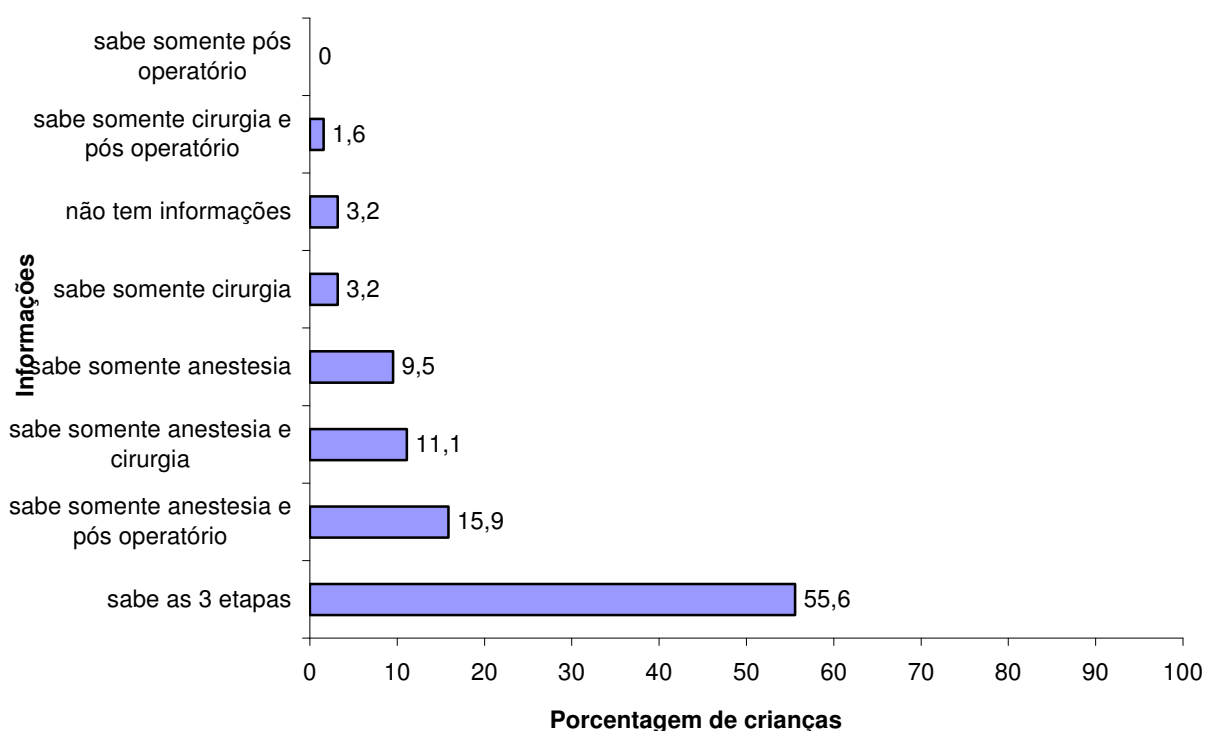


Figura 1: Porcentagem dos tipos de informações sobre as etapas da cirurgia que as crianças tinham no momento pré-cirúrgico, segundo acompanhante (N=63).

Quando a separação entre quantidade de informações recebidas pela criança no período pré-cirúrgico é dividida por faixas etárias (Figura 2), o observado é que as crianças mais novas (7 a 8 anos) foram as que receberam as informações de forma mais incompleta, quando comparadas às demais, uma vez que apenas 40% delas sabem das três etapas do período peri-cirúrgico (anestesia, procedimentos cirúrgicos e pós-operatório), levados em consideração neste estudo.

As crianças com idade entre 11 e 12 anos, seguem com valores mais altos (64% sabem de todas as etapas) do que a faixa etária de 7 a 8 anos e 11 meses, porém, 12% delas têm somente um tipo de informação, sendo que 8% só souberam dos procedimentos cirúrgicos.

As crianças de 9 a 10 anos são as mais bem informadas, uma vez que 69% delas receberam informações das três etapas do período peri-cirúrgico e 23% da anestesia e dos procedimentos da cirurgia.

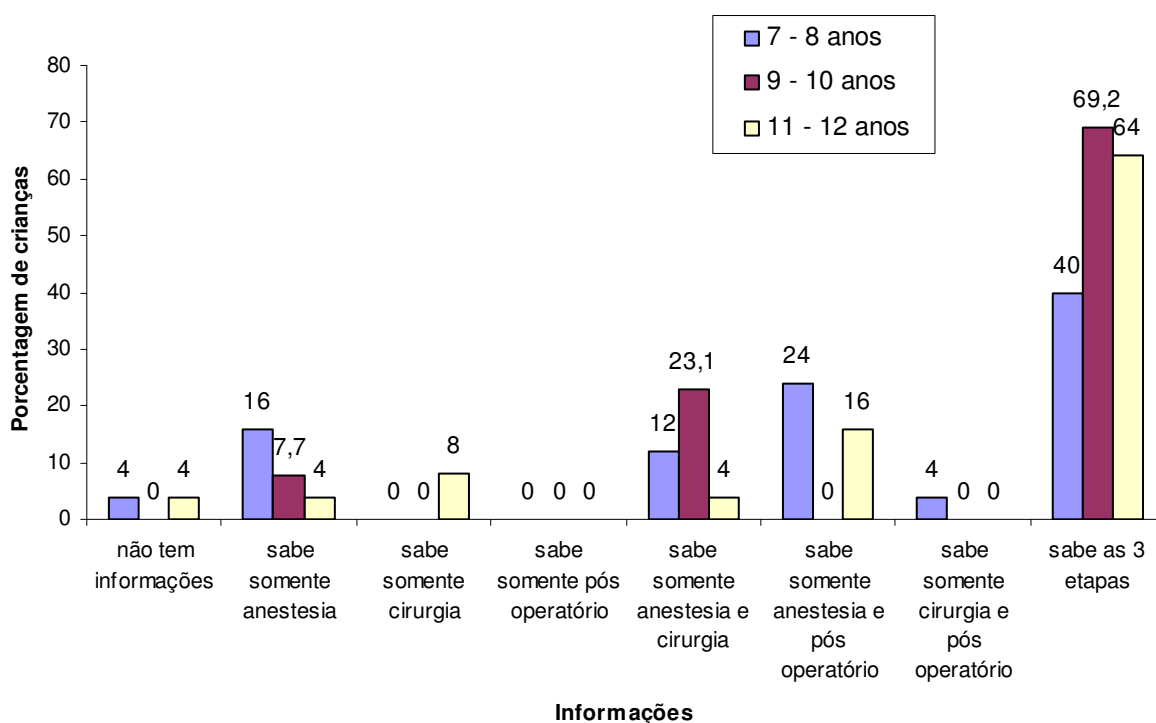


Figura 2: Porcentagem de crianças por tipo de informações recebidas segundo faixa etária, de acordo com o acompanhante (N = 63).

Ao se comparar a quantidade de informações recebidas por meninas e meninos (Figura 3), nota-se que há uma relativa equivalência entre o número de meninas e meninos que receberam todas as informações sobre o período perioperatório (55% das meninas e 56% dos meninos). Contudo, análises mais detalhadas mostram que os meninos recebem mais informações que as meninas. Deles, 32% sabem ao menos duas informações do processo cirúrgico, contra 24% das meninas.

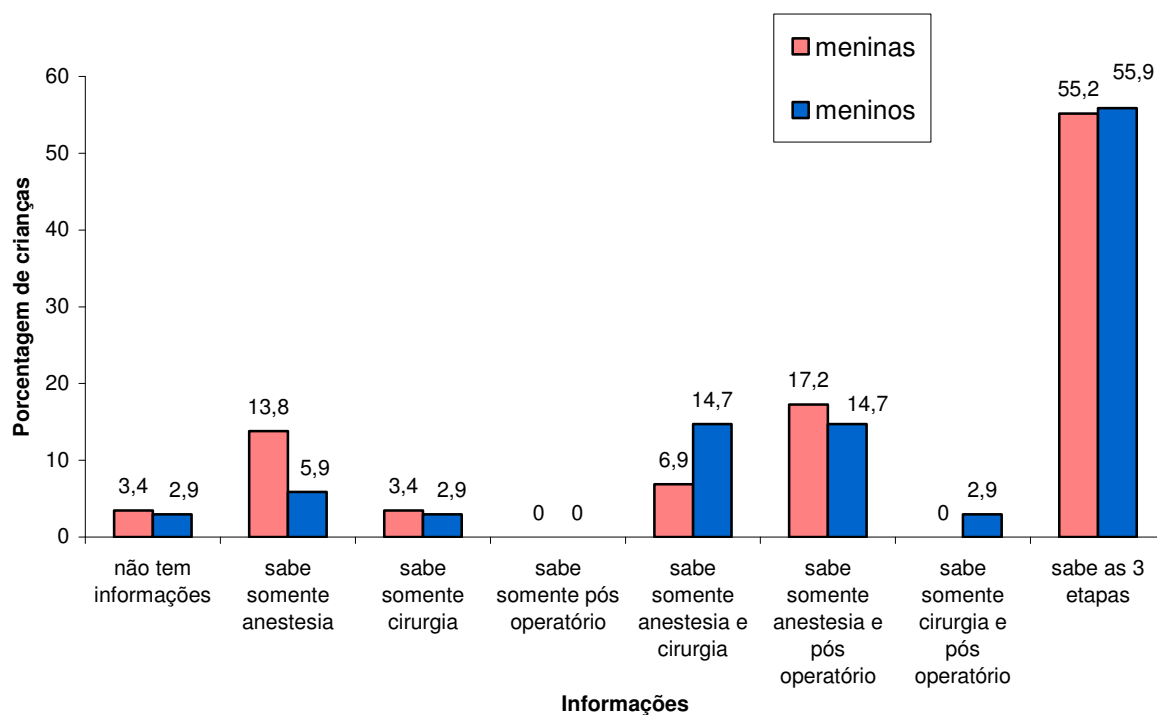


Figura 3: Porcentagem de crianças em cada tipo de informação, segundo o sexo, de acordo com o acompanhante (N = 63).

Fazendo a mesma comparação, mas com relação à informação “crianças sem experiência prévia com cirurgia” e “crianças com experiência prévia” (Figura 4), percebe-se que as crianças que já tinham alguma experiência prévia com cirurgia foram as que receberam informações mais completas (65% tinham todas as informações e 30,8% duas informações). Em contrapartida, 5% das crianças que nunca tiveram experiência cirúrgica não receberam nenhuma informação quanto à cirurgia, 19% tiveram só um tipo de informação e 27% receberam dois tipos de informação.

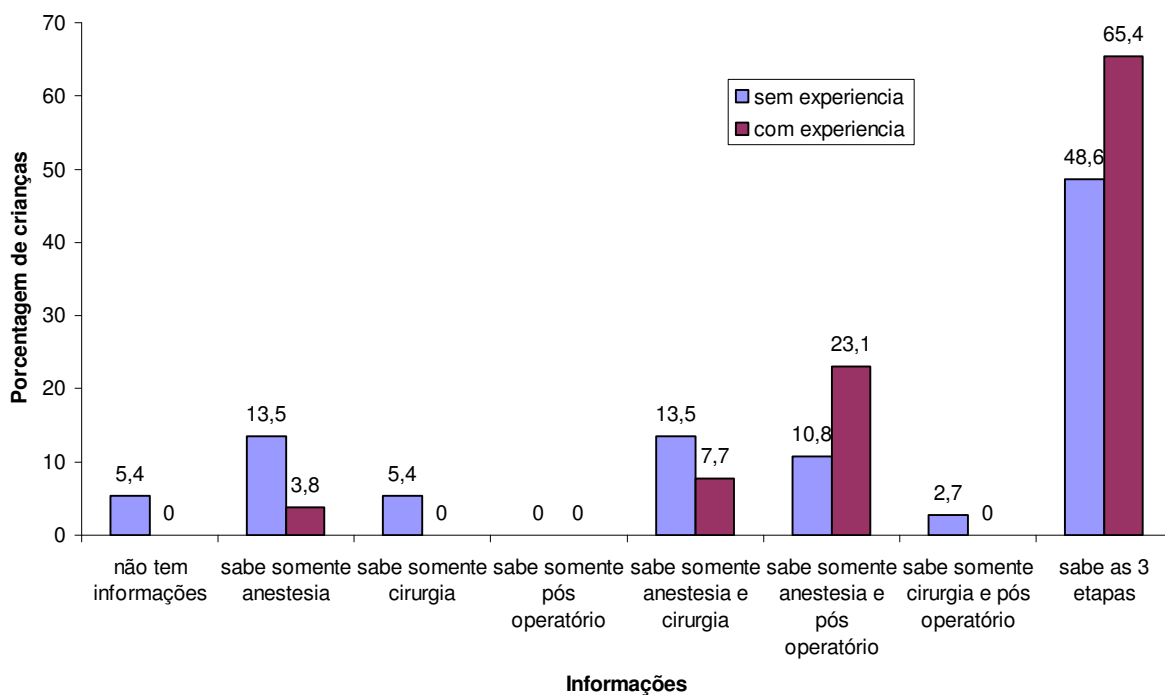


Figura 4: Porcentagem de crianças, com e sem experiência prévia com cirurgia, segundo o tipo e quantidade de informações recebidas sobre a cirurgia (N = 63).

Além do tipo e quantidade de informações que a criança tinha conhecimento no momento pré-cirúrgico, foram também coletadas informações a respeito de quem havia sido seu informante. Os dados apontam que a maioria das crianças (32%), receberam informações somente do(s) cuidador(es) ou de mais algum membro da família, 27% foram informadas somente pelo médico e apenas 9,52% das crianças não receberam informação diretamente de nenhuma pessoa (ela ouviu o médico conversar sobre seu quadro, cirurgia e etapas desta, com o cuidador) (Figura 5).

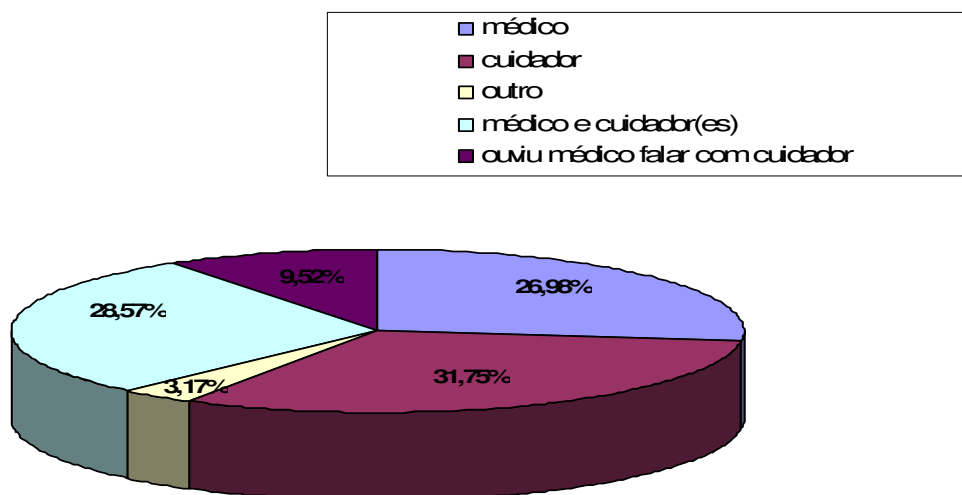


Figura 5: Porcentagem dos tipos de informantes das crianças sobre a cirurgia (N = 63).

Se a mesma informação for comparada entre as faixas etárias (Figura 6), temos que crianças de sete a oito anos foram as que mais receberam informações de seus cuidadores (32%) e, também, de mais de um informante (44%), seguidas pelas crianças com idade entre 11 e 12 anos (32% tendo o médico como principal informante e mais de um informante, e 24% um cuidador como principal informante).

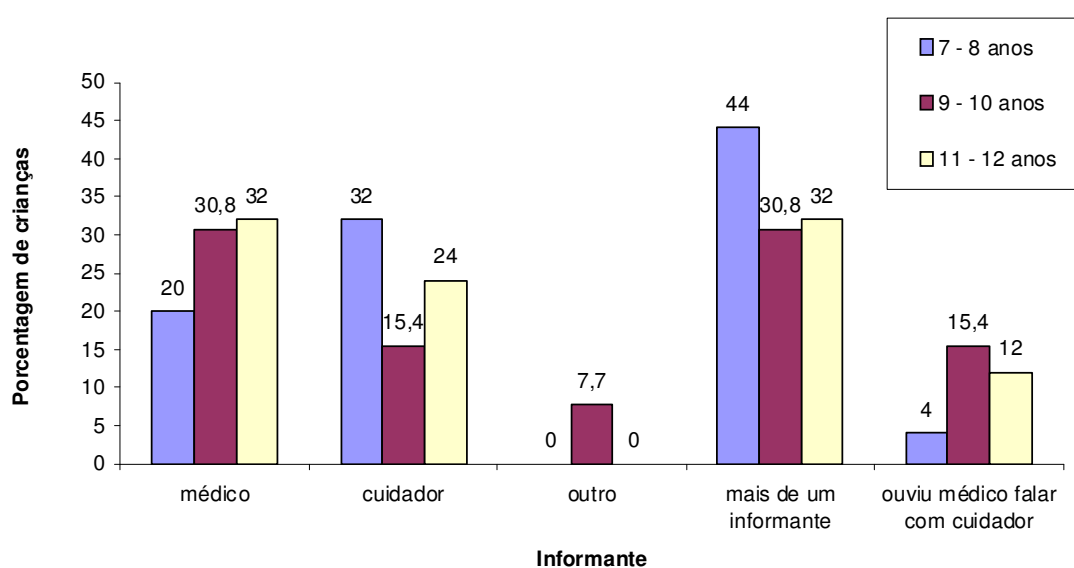


Figura 6: Porcentagem de crianças, por faixa etária, segundo o tipo de informante sobre a cirurgia (N= 63).

Com relação ao sexo das crianças, observa-se que os meninos recebem mais informações vindas do médico (32,35%) e indiretamente deste (11,76%) que as meninas, enquanto estas recebem mais de seus cuidadores (34,48%). Já com relação à existência de mais de um informante, nota-se que a porcentagem entre os sexos é quase semelhante (34,48 e 35,29%) (Figura 7).

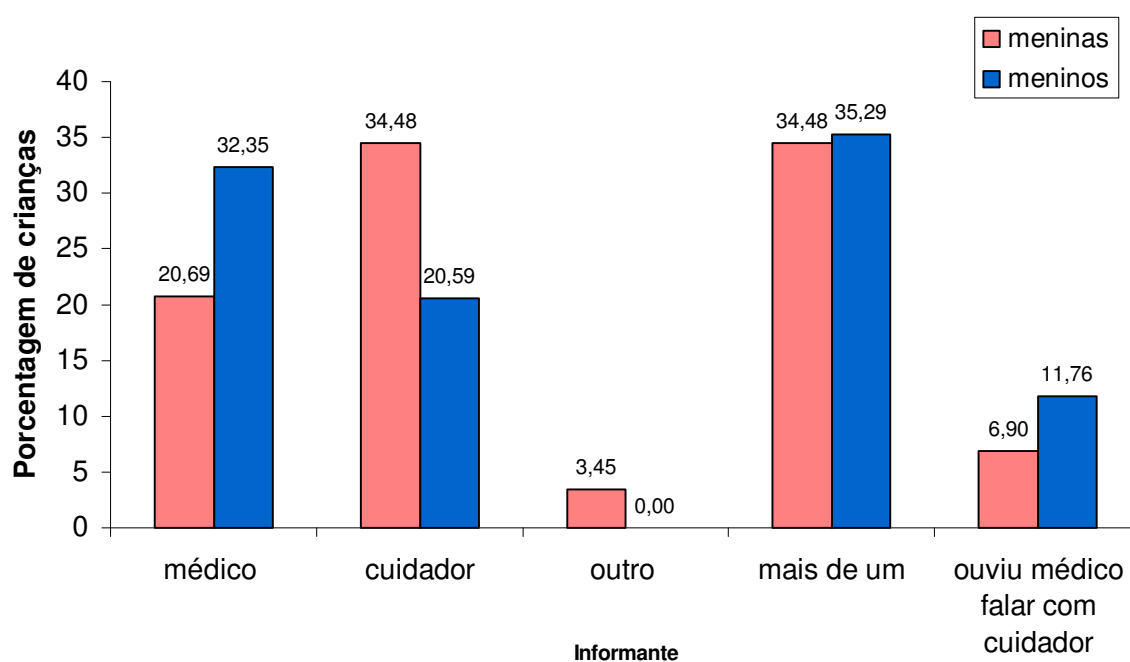


Figura 7: Porcentagem de crianças, por sexo, segundo o tipo do principal informante sobre a cirurgia (N = 63).

Entre as crianças que não tiveram experiência prévia com cirurgia, o principal informante foi o cuidador (35,1%), seguido de mais de um informante (27%) e do médico (18,9%). Em contrapartida, o médico foi o principal informante das crianças que já haviam tido algum contato prévio com a situação cirúrgica (38,5%), seguido de 30,8% das crianças sendo informadas por mais de uma pessoa, dentre as quais havia um médico, e em menor proporção o cuidador foi apontado como principal informante (26,9%) (Figura 8).

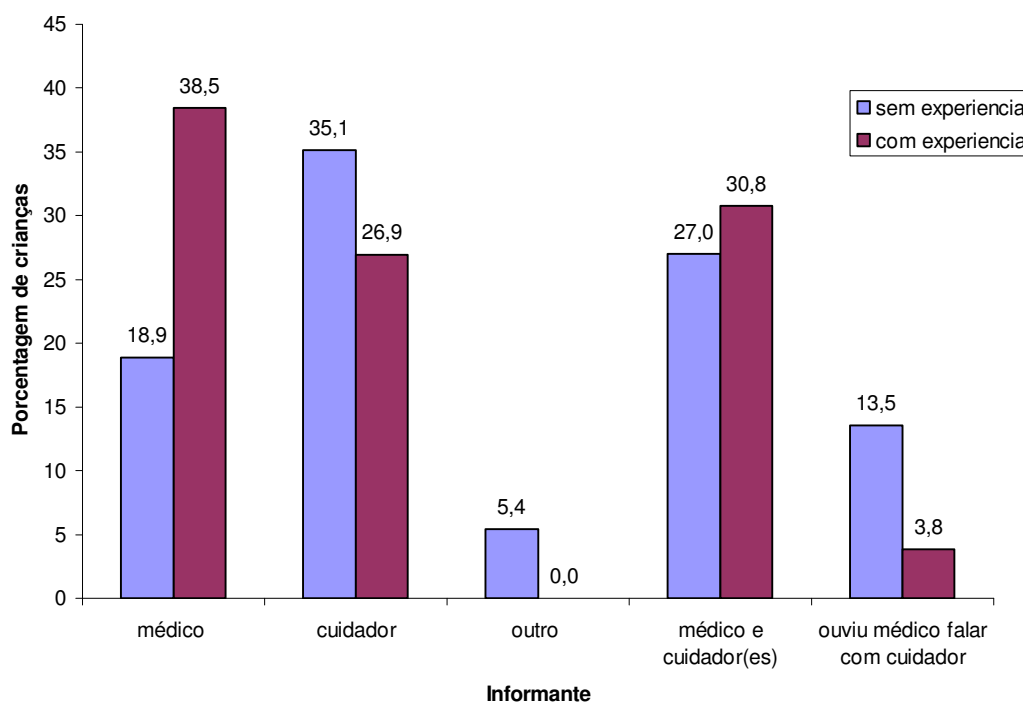


Figura 8: Porcentagem de crianças, por experiência prévia ou não com cirurgias, segundo o tipo de informante sobre a cirurgia atual (N = 63).

3.2. Dados de *stress* das crianças hospitalizadas em contexto pré-cirúrgico

Ao se avaliar o nível de *stress* encontrado nas crianças por meio da Escala de *Stress* Infantil (ESI), na análise proposta neste estudo, a qual indica crianças que apresentaram pontuações consideradas como possibilidade de *stress*, tem-se a partir da verificação da Figura 9 (dados no Apêndice J), o seguinte panorama: das crianças entrevistadas, 63,49% não apresentaram *stress*, 23,81% apresentaram possibilidade e, 12,7% apresentaram *stress*. Com relação às reações de *stress* (n=2.039) apresentadas pelas crianças, observa-se que a reação psicológica foi a mais apresentada (33,06%) e a reação psicológica com componente depressivo a menos manifestada pelas crianças (18,24%).

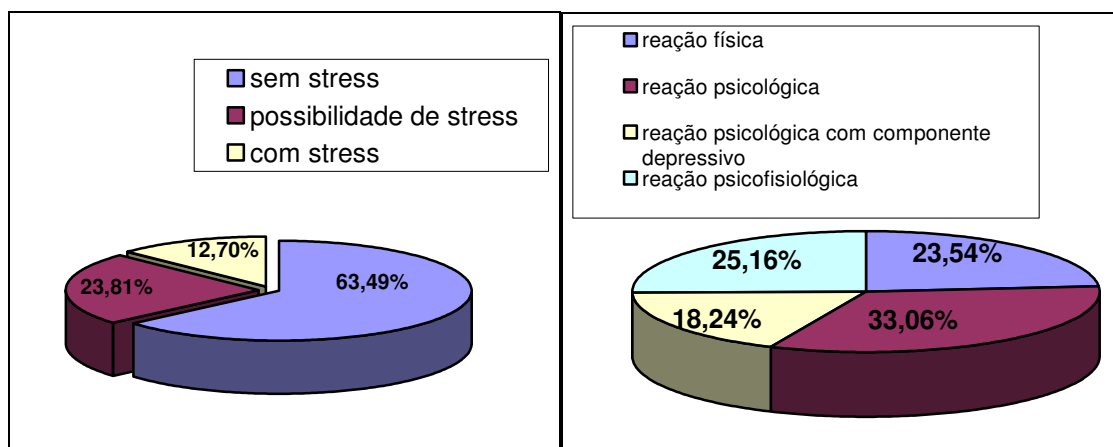


Figura 9: Porcentagem dos tipos de *stress* e de reações de *stress* apresentadas pelas crianças em situação pré-cirúrgica (N=63).

Na Tabela 6, encontra-se a associação entre as reações de *stress* e a possibilidade da presença de *stress* para cada uma das reações. Desta forma, é possível observar que a reação de *stress* que as crianças menos apresentaram possibilidade ou presença de *stress* foi a psicológica com componente depressivo, sendo 4,8 % e 3,2% das crianças, respectivamente. Em contraponto, as reações psicológicas foram as que mais apresentaram possibilidade (22,2%) e presença de *stress* (4,8%), sendo seguida pelas reações psicofisiológicas (17,5% de possibilidade e 3,2% de *stress*).

Tabela 6: Porcentagem da presença de *stress* e tipos de reação para crianças em situação pré-cirúrgica.

Reações de <i>stress</i>	sem <i>stress</i>		possibilidade de <i>stress</i>		com <i>stress</i>		Total	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Físicas	55	87,3	7	11,1	1	1,6	63	100
Psicológicas	46	73,0	14	22,2	3	4,8	63	100
Psicológicas com componente depressivo	58	92,1	3	4,8	2	3,2	63	100
Psicofisiológicas	50	79,4	11	17,5	2	3,2	63	100
Reações totais	57	90,5	5	7,9	1	1,6	63	100

3.2.1. Relações entre dados de *stress* das crianças e variáveis demográficas e médicas

Ainda avaliando o resultado final das crianças no ESI, temos a porcentagem de crianças que apresentaram *stress*, possibilidade de *stress* e não apresentaram *stress*, de acordo com a faixa etária às quais pertenciam (Figura 10). Nota-se que, apesar da porcentagem de crianças sem *stress* ser alta (acima dos 55% para todas faixas etárias), as crianças apresentam índices de possibilidade de *stress* acima dos 20% para todas as idades e, para a faixa etária dos 7 a 8 anos, tem-se ainda 20% das crianças com presença de *stress*.

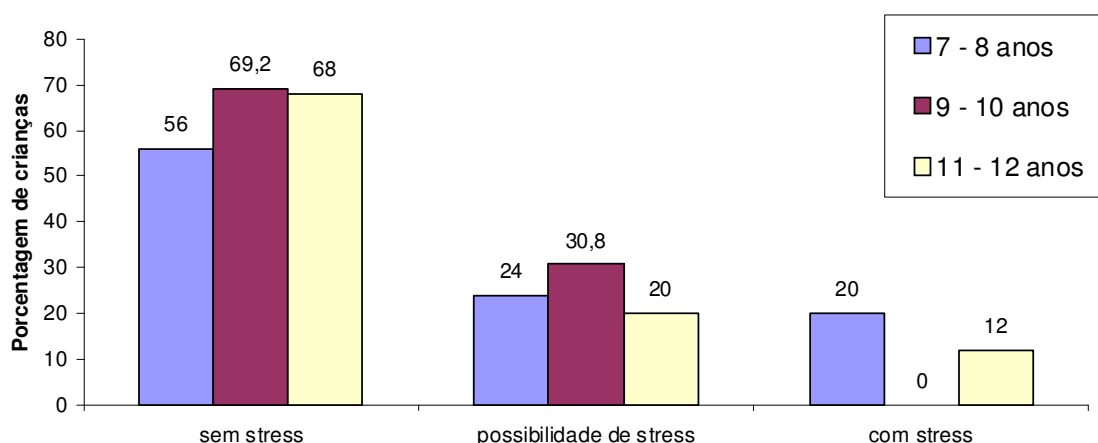


Figura 10: Porcentagem de crianças, por faixa etária, segundo o tipo de *stress*, pela ESI (N=63).

Ao se levar em consideração o sexo das crianças, observa-se, com relação à presença de *stress* e a possibilidade deste, que os meninos apresentaram menos *stress* e possibilidade de *stress* que as meninas, uma vez que estas apresentaram em sua amostra, 31,03% de possibilidade de apresentar *stress* e 13,79% de *stress* (Figura 11).

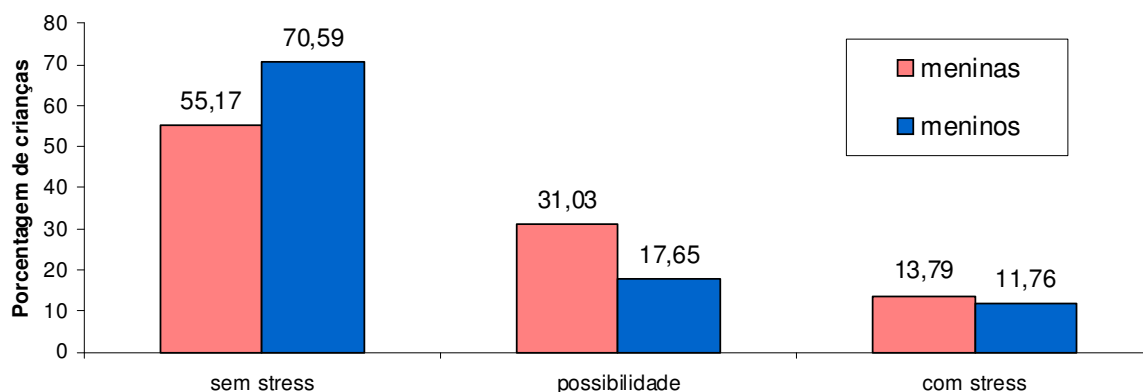


Figura 11: Porcentagem de crianças, por sexo, segundo o tipo de *stress*, pela ESI (N=63).

Na avaliação da presença de *stress* quando da experiência anterior com procedimentos cirúrgicos (Figura 12), tem-se que as crianças que não tiveram experiência prévia com cirurgia apresentaram mais possibilidade de *stress* (35,1%) enquanto as com experiência apresentaram mais *stress* (15,4%). Para as crianças sem experiência pregressa, ao ser somada a quantidade de crianças com *stress* e com possibilidade de tal, apresenta-se uma ocorrência maior (45,9%) que o das crianças com experiência anterior (23,1%), Esta diferença foi estatisticamente significativa através do teste do chi-quadrado ($p= 0,042$).

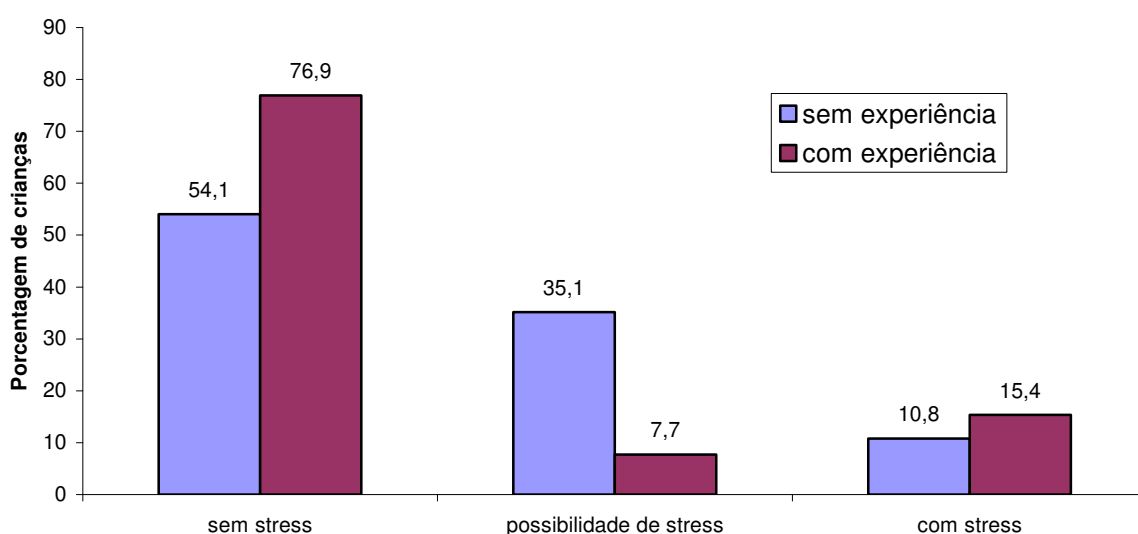


Figura 12: Porcentagem de crianças, com e sem experiência prévia em cirurgia, segundo os tipos de *stress* pela ESI (N=63).

Ao se considerar a influência do informante na presença ou não de *stress*, observa-se, na Tabela 7, que as crianças que obtiveram informações por uma fonte indireta, seja por ouvir o médico conversar com o cuidador, ou por outra pessoa que não algum adulto significativo, como o colega de quarto ou enfermeiro, apesar de serem em menor quantidade, indicaram maior possibilidade de desenvolvimento de *stress* e presença de *stress*.

Dentre as crianças que receberam informações de adultos significativos, tem-se que as que mais apresentaram dados que levam a uma preocupação maior quanto à possibilidade e presença de *stress*, foram as crianças que somente receberam informações vindas dos cuidadores (35%). Em contrapartida, as crianças que tiveram mais de uma fonte de informação, foram as que apresentaram menores probabilidades de possibilidade de *stress* e presença de *stress*.

Tabela 7: Porcentagem dos tipos de informantes sobre a cirurgia, segundo os níveis de *stress*, em crianças em situação pré-cirúrgica.

Informante	sem <i>stress</i> (N=40)		possibilidade de <i>stress</i> (N=15)		com <i>stress</i> (N=8)		Total	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Médico	12	70,6	3	17,6	2	11,8	17	100
Cuidador	13	65,0	6	30,0	1	5,0	20	100
Mais de um informante	13	72,2	2	11,1	3	16,7	18	100
Outro tipo de acesso à informação	2	25	4	50	2	25	8	100

Já com relação ao tipo de informações recebidas pelas crianças anteriormente à realização da cirurgia (Tabela 8), tem-se que as crianças que receberam informações sobre como seria realizado o procedimento cirúrgico foram as que menos apresentaram possibilidade e presença de *stress* (possibilidade + *stress* = 33,3%). Já as crianças que souberam do pós-cirúrgico foram as que mais apresentaram possibilidade e presença de *stress*.

Tabela 8: Porcentagem dos tipos de *stress* por tipo de informação recebida pelas crianças em situação pré-cirúrgica.

	sem <i>stress</i>		possibilidade de <i>stress</i>		com <i>stress</i>		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	Anestesia (pré-cirúrgico)	37	63,8	13	22,4	8	13,8	58
Procedimento cirúrgico	30	66,7	11	24,4	4	8,9	45	100
Pós-cirúrgico	29	63,0	11	23,9	6	13,0	46	100

Analisando os dados referentes à quantidade de informações que era passada para as crianças anteriormente à cirurgia, independente do tipo de informação (Tabela 9), nota-se que as crianças que receberam somente um tipo de informação, tanto apresentaram mais possibilidade de *stress* (37,5%), quanto manifestavam presença de *stress* no momento da entrevista (12,5%), enquanto as crianças que receberam todas as informações foram as que menos apresentaram tal possibilidade ou mesmo presença de *stress*.

Tabela 9: Porcentagem dos tipos de *stress* por quantidade de informações recebidas pelas crianças em situação pré-cirúrgica.

	sem <i>stress</i>		Possibilidade de <i>stress</i>		com <i>stress</i>		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	nenhuma	2	100	0	0	0	0	2
uma	4	50	3	37,5	1	12,5	8	100
duas	10	55,6	4	22,2	4	22,2	18	100
todas	24	68,6	8	22,9	3	8,6	35	100

Os dados a seguir explanarão sobre a análise realizada quanto às reações de *stress* apresentadas pelas crianças através das variáveis: idade, sexo e experiência anterior com cirurgia. É importante lembrar que as crianças poderiam apresentar mais de um tipo de reação ao *stress* e, por isto, o número de crianças apresentado para cada variável analisada varia da descrição inicial da amostra.

Desta forma, observa-se que, independente da faixa etária, todas as crianças apresentaram mais possibilidade de *stress* nas reações psicológicas. As crianças com idade entre 7 e 8 anos quanto as entre 11 e 12 anos, apresentaram também maior possibilidade e

presença de *stress* para as reações psicofisiológicas, sendo que as crianças mais novas também apresentaram possibilidade para *stress* nas reações físicas (18,5%). Na faixa etária dos 9 aos 10 anos, observa-se que as crianças apresentaram maior possibilidade de *stress* nas reações psicológicas (75%) (Figura 13).

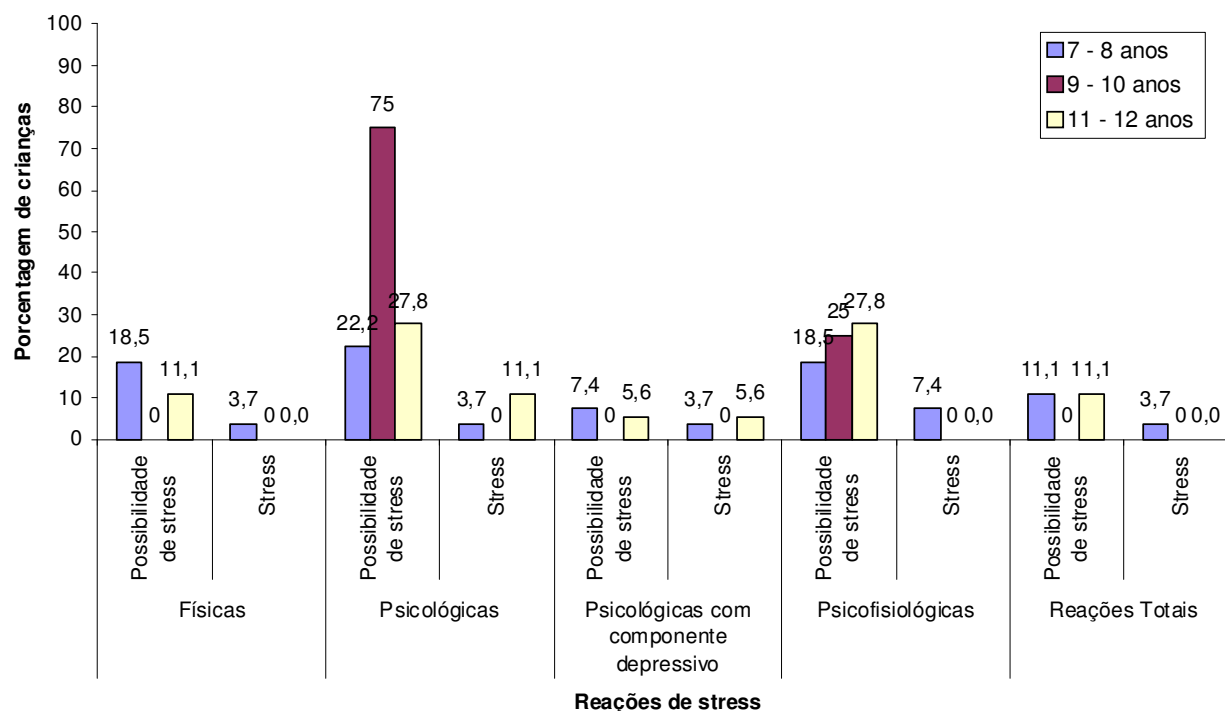


Figura 13: Porcentagem dos tipos de *stress*, por tipo de reação, segundo a faixa etária das crianças (N=63).

Ao se levar em consideração a média de sintomas apresentados pelas crianças das diferentes faixas etárias, tem-se que a média de sintomas físicos apresentados pelas crianças de sete a oito anos de idade é significativamente superior ($p=0,0047$) às apresentadas pelas crianças das demais faixas etárias (Teste Kruskal-Wallis) (Tabela 10).

Tabela 10: Média de reações de *stress* apresentados pelas crianças segundo a idade.

Reações de stress	7 - 8 anos (N=25)		9 - 10 anos (N=13)		11 - 12 anos (N=25)	
	Pontuação	Média	Pontuação	Média	Pontuação	Média
Físicas	255	8	94	7	131	4
Psicológicas	277	11	125	12	272	9
Psicológicas com componente depressivo	149	3	58	4	165	5
Psicofisiológicas	219	7	100	9	194	7
Reações Totais	900	29	377	22	762	27

Ao se fazer a análise das médias dos sintomas apresentados por meninos e meninas, observou-se que, apesar de não significativo ($p=0,13$), as meninas apresentaram uma média de sintomas psicológicos ($M=11,9$) superior à dos meninos ($M=9,7$). Porém, ao se avaliar o resultado final obtido pelo instrumento, no teste do chi-quadrado, observou-se relação significativa entre sexo feminino e *stress* psicológico ($p=0,021$) (Tabela 11).

Tabela 11: Fatores de reações de *stress* apresentados por meninas e meninos

Reações de <i>stress</i>		Meninas (N=27)		Meninos (N=31)	
		n	%	n	%
Físicas	sem stress	25	86,2	30	88,2
	possibilidade	4	13,8	3	8,8
	com stress	0	0,0	1	2,9
Psicológicas*	sem stress	17	58,6	29	85,3
	possibilidade	11	37,9	3	8,8
	com stress	1	3,4	2	5,9
Psicológicas com componente depressivo	sem stress	26	89,7	32	94,1
	possibilidade	1	3,4	2	5,9
	com stress	2	6,9	0	0,0
Psicofisiológicas	sem stress	24	82,8	26	76,5
	possibilidade	4	13,8	7	20,6
	com stress	1	3,4	1	2,9
Reações Totais	sem stress	26	89,7	31	91,2
	possibilidade	3	10,3	2	5,9
	com stress	0	0,0	1	2,9

* $p<0,05$ (teste chi-quadrado)

Ao se considerar a experiência prévia das crianças com procedimentos cirúrgicos, observa-se que as crianças que não tiveram experiência prévia apresentaram maiores chances de desenvolver *stress* nos fatores de reação psicológica, sendo para este 27% das crianças apresentando possibilidade de *stress* e 8,1% *stress* (total de 35,1% das crianças) e fatores psicofisiológicos, com 21,6% para possibilidade de *stress* e 5,4% apresentando *stress* (27% das crianças) (Tabela 12). Apesar destas diferenças, não houve significância estatística para elas.

Tabela 12: Porcentagem de fatores de reação ao *stress* apresentados por crianças com e sem experiência prévia com cirurgia

Reações de <i>stress</i>		Sem experiência (N=37)		Com experiência (N=26)	
		n	%	n	%
Físicas	sem stress	32	86,5	23	88,5
	possibilidade	4	10,8	3	11,5
	com stress	1	2,7	0	0,0
Psicológicas	sem stress	24	64,9	22	84,6
	possibilidade	10	27,0	4	15,4
	com stress	3	8,1	0	0
Psicológicas com componente depressivo	sem stress	35	94,6	23	88,5
	possibilidade	1	2,7	2	7,7
	com stress	1	2,7	1	3,8
Psicofisiológicas	sem stress	27	73,0	23	88,5
	possibilidade	8	21,6	3	11,5
	com stress	2	5,4	0	0
Reações Totais	sem stress	34	91,9	23	88,5
	possibilidade	2	5,4	3	11,5
	com stress	1	2,7	0	0

3.3. Dados de stress dos acompanhantes

Primeiramente os dados referentes às respostas apontadas pelos acompanhantes das crianças serão apresentados de forma generalizada. Assim, tem-se que 76,2% da amostra apresentaram *stress*, tendo como prevalência a fase de resistência e sintomas psicológicos (Figura 14).

Com relação ao fato do acompanhante ser ou não cuidador principal da criança internada para realização de cirurgia, tem-se que 95,2% da amostra, ou seja, 60 acompanhantes eram cuidadores principais das crianças (pais, avós). Somente três pessoas não tinham este papel, porém um era pai, que não convivia com a criança, e as outras duas eram irmãs, que também não tinham o papel de cuidadoras.

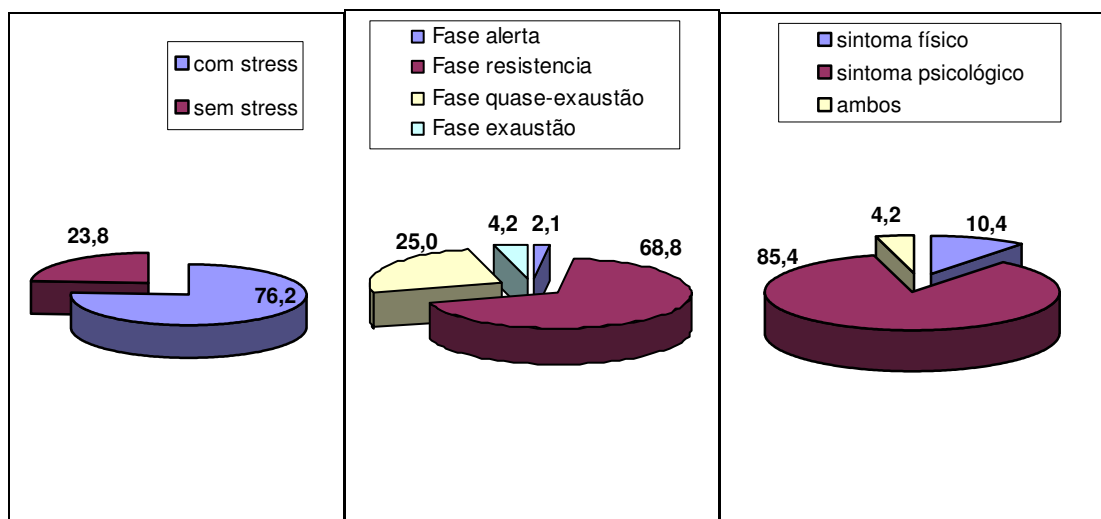


Figura 14: Porcentagem da presença de *stress*, fase prevalente e sintomas apresentados pelos acompanhantes de crianças em situação pré-cirúrgica (N=63).

A Tabela 13 mostra que 78,33% dos acompanhantes cuidadores apresentaram *stress* contra 33,33% dos não cuidadores. Ao detalhar as diferenças entre as fases do *stress* e sintomas apresentados por acompanhantes cuidadores e não cuidadores, a tabela revela que tiveram cuidadores nas fases de *stress* de resistência (53,33%), apresentando em sua maioria sintomas psicológicos, enquanto os não cuidadores não apresentaram *stress* (66,67%), mas os que apresentaram *stress* tinham sintomas psicológicos.

Tabela 13: Porcentagem das fases e sintomas de *stress* apresentados pelos acompanhantes cuidadores e não cuidadores

		Cuidadores		Não cuidadores	
		n	%	n	%
Presença de stress	Sem stress	13	21,67	2	66,67
	Com stress	47	78,33	1	33,33
Fase do stress	sem stress	13	21,67	2	66,67
	Fase alerta	1	1,67	0	0
	Fase resistência	32	53,33	1	33,33
	Fase quase exaustão	12	20	0	0
	Fase exaustão	2	3,33	0	0
	Total	60	100	3	100
Sintomas de stress	sem sintomas	13	21,67	2	66,67
	sintomas físicos	5	8,33	0	0
	sintomas psicológicos	40	66,67	1	33,33
	Ambos	2	3,33	0	0
	Total	60	100	3	100

Quando a comparação entre a presença de *stress* e sexo do acompanhante é realizada, tem-se uma frequência de 80,36% de acompanhantes do sexo feminino apresentando *stress*, contra 42,86% dos homens. Esta relação é estatisticamente relevante ($p=0,028$) quando avaliada através do teste chi-quadrado (Tabela 14).

Tabela 14: Porcentagem da presença de *stress*, fase prevalente e sintomas apresentados pelos acompanhantes de crianças em situação pré-cirúrgica, segundo o sexo (N=63).

		Mulheres (N=56)		Homens (N=7)	
		n	%	n	%
Presença de stress*	Sem stress	11	19,64	4	57,14
	Com stress	45	80,36	3	42,86
Fase do stress	sem stress	11	19,64	4	57,14
	Fase alerta	1	1,79	0	0,00
	Fase resistência	30	53,57	3	42,86
	Fase quase exaustão	12	21,43	0	0,00
	Fase exaustão	2	3,57	0	0,00
Sintomas de stress	sem sintomas	11	19,64	4	57,14
	sintomas físicos	5	8,93	0	0,00
	sintomas psicológicos	38	67,86	3	42,86
	Ambos	2	3,57	0	0,00

* $p \leq 0,05$ (teste chi-quadrado)

Observa-se, ainda, que todos os acompanhantes homens se encontram na fase de resistência, enquanto as mulheres apresentaram 26,7% de frequência na fase de quase exaustão e 4,4% na fase de exaustão. Com relação aos sintomas têm-se, da mesma forma, que os acompanhantes homens somente apresentaram sintomas psicológicos de *stress*, enquanto as mulheres, além do sintoma psicológico (84,4%) também apresentaram sintomas físicos (11,1%) e algumas até os dois sintomas (4,4%).

3.3.1. Relações entre stress dos acompanhantes e variáveis das crianças

Ao se comparar os resultados obtidos no ISSL com o sexo da criança que estava sendo acompanhada, observou-se pequena variação dos dados, sendo que 82,76% dos

acompanhantes de meninas e 70,59% dos acompanhantes de meninos apresentaram *stress* (Tabela 15).

Enquanto os acompanhantes de meninos demonstraram estar principalmente na fase de resistência (70,8%), os de meninas apresentaram dados em fases de *stress* mais elevadas (exaustão – 8,3%) (Tabela 15).

Quanto aos sintomas de *stress*, acompanhantes de meninas e meninos apresentaram mais sintomas psicológicos, 79,16% e 91,66%, respectivamente, tendo os acompanhantes de meninas apresentado também mais sintomas físicos que os de meninos (Tabela 15).

Tabela 15: Porcentagem de presença de *stress*, fase prevalente e sintomas apresentados por acompanhantes, segundo o sexo da criança (N = 63)

	acompanhantes de meninas (N = 29)		acompanhantes de meninos (N = 34)	
	N	%	N	%
Presença de stress				
sem stress	5	17,24	10	29,41
com stress	24	82,76	24	70,59
Fase do stress				
sem stress	5	17,24	10	29,41
alarme	0	0,00	1	2,94
resistência	16	55,17	17	50,00
quase exaustão	6	20,69	6	17,65
exaustão	2	6,90	0	0,00
Sintomas de stress				
sem sintomas	5	17,24	10	29,41
sintoma físico	4	13,79	1	2,94
sintoma psicológico	19	65,52	22	64,71
ambos	1	3,45	1	2,94

Com relação à idade da criança, observa-se que a presença de *stress* nos acompanhantes vai diminuindo conforme aumenta a idade da criança, sendo: de 7 a 8 anos, 80%; de 9 a 10 anos, 76,9% e de 11 a 12 anos, 72% deles (Tabela 16).

Quanto aos sintomas, os mais freqüentes foram os psicológicos para acompanhantes de crianças de qualquer idade.

Já em relação à fase de *stress* em que os acompanhantes se encontravam, nota-se que, para todos, o mais freqüente é a fase de resistência, entretanto, existiram acompanhantes de

crianças mais novas que se encontravam nas fases de quase exaustão e exaustão. Esta frequência diminuiu com o aumento da idade. Por exemplo, 25% dos acompanhantes de crianças de 7 a 8 anos estavam na fase de quase exaustão e 5% em exaustão, enquanto 20% dos acompanhantes de crianças de 9 a 10 anos estavam na fase de quase exaustão e 10% em exaustão e, entre os acompanhantes de crianças de 11 a 12 anos, 27,8% estavam em quase exaustão e nenhum em exaustão.

Tabela 16: Níveis de *stress* dos acompanhantes segundo as faixas etárias das crianças (N=63).

	7 - 8 anos		9 - 10 anos		11 - 12 anos	
	n	%	N	%	N	%
Sem stress	5	20	3	23,1	7	28
Com stress	20	80	10	76,9	18	72
Fase alerta	1	5	0	0	0	0
Fase resistência	13	65	7	70	13	72,2
Fase quase exaustão	5	25	2	20	5	27,8
Fase exaustão	1	5	1	10	0	0
Sintoma físico	3	15	0	0	2	11,1
Sintoma psicológico	16	80	10	100	15	83,3
Ambos	1	5	0	0	1	5,6

Além das variáveis sociodemográficas, comparações com os resultados obtidos no ISSL e informações obtidas por ocasião da internação serão conduzidas a seguir. A Tabela 17 mostra que 86,5% dos acompanhantes de crianças que nunca haviam tido experiência anterior com cirurgia e mais da metade dos acompanhantes de crianças com experiência anterior apresentaram *stress*. Através do teste do chi-quadrado, foi possível observar que há uma relação estatisticamente significativa entre a presença de *stress* no acompanhante e o fato da criança nunca haver tido experiência com cirurgia ($p=0,0221$).

Com relação à fase de *stress* em que os acompanhantes se encontravam, observa-se que quase não há diferenças entre o fato deste acompanhar uma criança com experiência prévia em cirurgia ou não, sendo que, para ambos, a fase de maior prevalência foi a de resistência, seguida pela de quase-exaustão. A mesma análise permanece ao se observar os

sintomas, uma vez que ambos apresentam majoritariamente sintomas psicológicos (Tabela 17).

Tabela 17: Níveis de *stress* dos acompanhantes segundo a experiência prévia da criança com cirurgia (N=63)

	sem experiência prévia		com experiência prévia	
	n	%	N	%
Sem stress	5	13,51	10	38,46
Com stress*	32	86,49	16	61,54
Fase alerta	1	3,125	0	0
Fase resistência	22	68,75	11	68,75
Fase quase exaustão	8	25	4	25
Fase exaustão	1	3,125	1	6,25
Sintomas físicos	4	12,5	1	6,25
Sintomas psicológicos	28	87,5	13	81,25
Ambos	0	0	2	12,5

* $p \leq 0,05$ (teste chi-quadrado)

3.4. Comparação entre níveis de *stress* das crianças e dos acompanhantes, em situação pré-cirúrgica

Para que tal comparação fosse possível, algumas alterações com relação à categorização dos resultados obtidos nos instrumentos tiveram que ocorrer, uma vez que o ISSL fornece duas categorias quanto à presença de *stress* – presença e ausência de *stress* – e o ESI, a partir da análise proposta para este estudo, três categorias (ausência, possibilidade e presença de *stress*).

Para a equivalência de categorias, foi considerada aqui uma nova forma de categorização para o ESI, tendo a utilização de duas categorias, sendo elas “ausência de *stress*” e “risco de *stress*”. Esta última categoria abrange os resultados obtidos nas categorias

“possibilidade de *stress*” e “presença de *stress*”.

É possível observar que as crianças apresentaram baixa frequência de risco de *stress* independentemente de seus acompanhantes apresentarem ou não *stress*. Todavia, a porcentagem de crianças com risco de *stress* foi maior para as que eram acompanhadas por pessoas com *stress*, entretanto, esta relação não se mostrou estatisticamente significativa ao se realizar o teste do chi-quadrado ($p = 0,364$) (Tabela 18).

Tabela 18: Comparação entre a presença ou ausência de *stress* para crianças e para seus acompanhantes (N=63)

Crianças (N = 63)	Acompanhantes (N = 63)				p-valor
	sem stress		com stress		
	n	%	n	%	
sem stress	11	73	29	60	
risco de stress	4	27	19	40	0,364
Total	15	100	48	100	

$p \leq 0,005$ (teste chi-quadrado)

3.5. Enfrentamento da Hospitalização (AEH) pelas crianças

A análise dos dados do AEH foi feita com uma amostra de 58 crianças, inferior à inicial, uma vez que algumas entrevistas tiveram de ser descartadas por não terem sido realizadas por completo, pelo fato da criança ter se negado a responder este instrumento, ou porque, durante a aplicação, ter sido observado que a criança não havia compreendido as instruções passadas a ela.

Dessa forma, consideraram-se nesta análise os dados de 27 meninas e 31 meninos. Das 58 crianças, 34 não tinham experiência prévia com cirurgia e, quanto ao *stress*, 39 não apresentaram, 12 apresentaram possibilidade de *stress* e, para sete, foi constatada a presença de *stress*.

Primeiramente, serão apresentados os dados referentes às 20 pranchas do AEH, ou

seja, cada comportamento representado pelas pranchas, comparando-os com as variáveis do *Questionário de Levantamento de Informações* e resultados obtidos no *ESI* e *ISSL*.

Em seguida, optou-se pela apresentação das estratégias de enfrentamento relacionadas aos cinco comportamentos mais utilizados e aos cinco menos utilizados pelas crianças em situação pré-cirúrgica.

Para demonstrar os resultados que apresentaram relevância estatística, os valores de p menores que 0,05 foram identificados através da letra em negrito, enquanto os que demonstraram alguma tendência à relevância estatística, por estarem próximos do valor de p proposto, foram diferenciados através da letra em itálico.

3.5.1. AEH: dados sobre as estratégias de enfrentamento e suas relações com as variáveis demográficas e médicas das crianças

A Figura 15 mostra a distribuição percentual, de forma decrescente, dos comportamentos de enfrentamento avaliados na AEH pelas crianças em situação pré-cirúrgica. Assim, tem-se que o comportamento de “tomar medicação” foi o mais frequente (89%), seguido pelo “assistir TV” (80%) e, os comportamentos menos frequentes foram o de “esconder-se” (3%) e “pensar em fugir” (9,7%).

Ao se comparar os resultados da AEH segundo o sexo da criança, observar-se na Tabela 19, quanto às pontuações dos comportamentos de enfrentamento, que as meninas obtiveram uma média de uso significativamente maior que os meninos ($p=0,008$). Na comparação para cada comportamento, as meninas apresentaram média significativamente superior para os comportamentos de chorar, sentir raiva, ficar triste, desanimar e sentir medo.

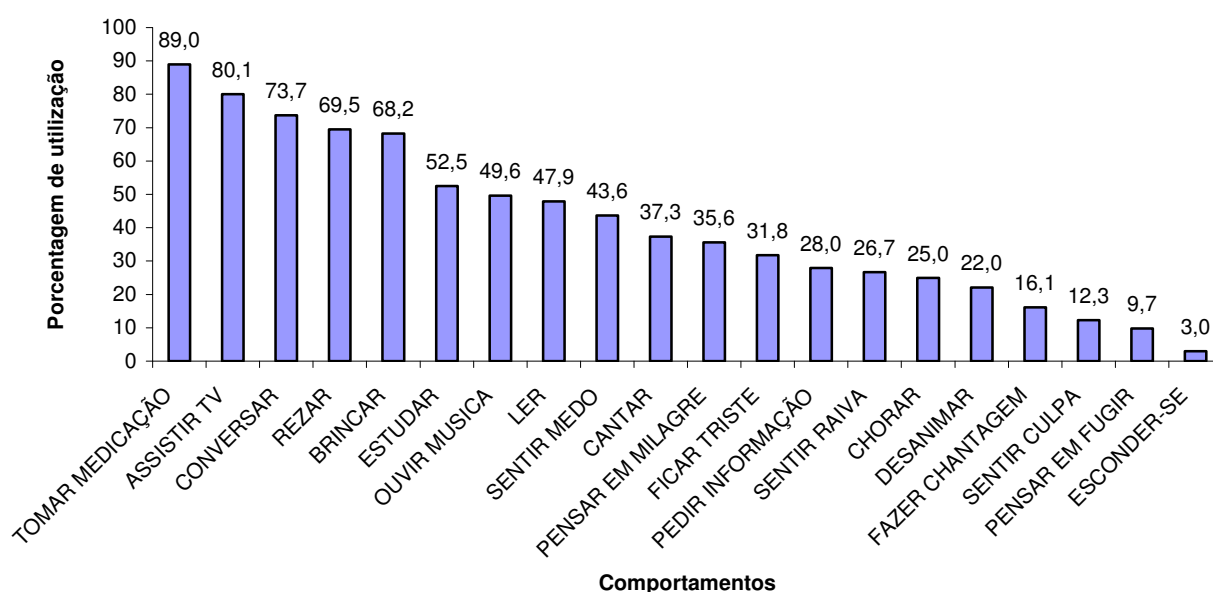


Figura 15: Porcentagem de utilização dos comportamentos de enfrentamento da hospitalização (AEH) de crianças em situação pré-cirúrgica

Tabela 19: Comparação dos comportamentos de enfrentamento da hospitalização, segundo o sexo das crianças (N=58)

Comportamentos de enfrentamento	Meninas (n=27)		Meninos (n=31)		p-valor
	Pontuação	Média	Pontuação	Média	
BRINCAR	72	2,7	85	2,7	0,809
ASSISTIR TV	82	3,0	103	3,3	0,591
CANTAR	50	1,9	38	1,2	0,100
REZAR	79	2,9	81	2,6	0,396
ESTUDAR	55	2,0	69	2,2	0,668
CONVERSAR	83	3,1	87	2,8	0,400
OUVIR MUSICA	52	1,9	65	2,1	0,697
LER	55	2,0	58	1,9	0,657
TOMAR MEDICAÇÃO	97	3,6	109	3,5	0,634
PEDIR INFORMAÇÃO	39	1,4	27	0,9	0,262
CHORAR	39	1,4	20	0,6	0,019
SENTIR RAIVA	39	1,4	24	0,8	0,046
ESCONDER-SE	5	0,2	2	0,1	0,575
FICAR TRISTE	46	1,7	29	0,9	0,009
DESANIMAR	35	1,3	17	0,5	0,012
FAZER CHANTAGEM	17	0,6	21	0,7	0,919
PENSAR EM FUGIR	10	0,4	12	0,4	0,487
SENTIR CULPA	18	0,7	11	0,4	0,803
SENTIR MEDO	64	2,4	39	1,3	0,002
PENSAR EM MILAGRE	39	1,4	41	1,3	0,833
TOTAL	976	36,15	938	30,26	0,008¹

p≤0,05 (Mann-Whitney; ¹Teste de Wilcoxon)

A comparação entre as médias dos comportamentos de enfrentamento para as idades, por estas estarem divididas em três categorias, foi realizada a partir dos testes de Kruskal-Wallis (para grupos pareados) e Friedman (para grupos independentes) e, apesar de não serem encontradas relações estatisticamente relevantes entre idades e comportamentos, identificaram-se algumas tendências. Observa-se que as crianças mais velhas, acima de 11 anos, apresentaram tendência a ter mais comportamentos de enfrentamento, uma vez que a média total dos comportamentos foi maior que para o restante das crianças, principalmente para as de nove a 10 anos ($p=0,09$). Já, ao se considerar cada comportamento, notou-se uma tendência ($p=0,07$) das crianças de nove a 10 anos utilizarem mais o comportamento de ler que as demais crianças.

Tabela 20: Comparação dos comportamentos de enfrentamento da hospitalização, segundo a faixa etária (N=58).

Comportamentos de enfrentamento	7 - 8 anos (n=22)		9 - 10 anos (n=12)		11 - 12 anos (n=24)		p-valor
	Pontuação	Média	Pontuação	Média	Pontuação	Média	
BRINCAR	58	2,6	36	3,0	63	2,6	0,730
ASSISTIR TV	69	3,1	41	3,4	75	3,1	0,679
CANTAR	30	1,4	17	1,4	41	1,7	0,687
REZAR	55	2,5	37	3,1	68	2,8	0,698
ESTUDAR	51	2,3	32	2,7	41	1,7	0,254
CONVERSAR	62	2,8	42	3,5	66	2,8	0,293
OUVIR MUSICA	52	2,4	26	2,2	39	1,6	0,257
LER	37	1,7	34	2,8	42	1,8	0,071
TOMAR MEDICAÇÃO	76	3,5	40	3,3	90	3,8	0,277
PEDIR INFORMAÇÃO	18	0,8	19	1,6	29	1,2	0,271
CHORAR	16	0,7	16	1,3	27	1,1	0,365
SENTIR RAIVA	19	0,9	14	1,2	30	1,3	0,469
ESCONDER-SE	2	0,1	4	0,3	1	0,0	0,140
FICAR TRISTE	24	1,1	17	1,4	34	1,4	0,472
DESANIMAR	18	0,8	9	0,8	25	1,0	0,415
FAZER CHANTAGEM	16	0,7	7	0,6	15	0,6	0,974
PENSAR EM FUGIR	11	0,5	3	0,3	8	0,3	0,848
SENTIR CULPA	8	0,4	8	0,7	13	0,5	0,993
SENTIR MEDO	29	1,3	24	2,0	50	2,1	0,121
PENSAR EM MILAGRE	31	1,4	18	1,5	31	1,3	0,953
TOTAL	682	31	444	37	788	32,8	0,091 ¹

$p \leq 0,05$ (Kruskal-Wallis; ¹Teste de Friedman)

As crianças mais novas (7 a 8 anos), de forma geral, foram as que apresentaram

menor média de utilização para vários comportamentos, sendo os comportamentos de ouvir música, fazer chantagem e pensar em fugir os que apresentaram uma média maior. Já as crianças mais velhas, apresentaram médias elevadas para os comportamentos de cantar, tomar medicação, desanimar e sentir medo (Tabela 20).

Com relação à experiência anterior das crianças em cirurgia e as médias obtidas para os comportamentos de enfrentamento da hospitalização, nota-se que as crianças sem experiência anterior com cirurgia apresentaram média significativamente maior para o comportamento de esconder-se que as crianças que já haviam realizado cirurgias previamente ($p=0,031$) (Tabela 21).

Tabela 21: Comparação dos comportamentos de enfrentamento da hospitalização, segundo a presença ou não da experiência anterior da criança com procedimentos cirúrgicos (N=58)

Comportamentos de enfrentamento	Sem experiência cirúrgica (n=34)		Com experiência cirúrgica (n=24)		p-valor
	Pontuação	Média	Pontuação	Média	
BRINCAR	91	2,7	66	2,8	0,809
ASSISTIR TV	105	3,1	80	3,3	0,423
CANTAR	50	1,5	38	1,6	0,567
REZAR	87	2,6	73	3,0	0,191
ESTUDAR	75	2,2	49	2,0	0,732
CONVERSAR	96	2,8	74	3,1	0,335
OUVIR MUSICA	59	1,7	58	2,4	0,106
LER	63	1,9	50	2,1	0,545
TOMAR MEDICAÇÃO	120	3,5	86	3,6	0,681
PEDIR INFORMAÇÃO	40	1,2	26	1,1	0,625
CHORAR	35	1,0	24	1,0	0,933
SENTIR RAIVA	39	1,1	24	1,0	0,633
ESCONDER-SE	7	0,2	0	0,0	0,031
FICAR TRISTE	43	1,3	32	1,3	0,584
DESANIMAR	33	1,0	19	0,8	0,905
FAZER CHANTAGEM	24	0,7	14	0,6	0,463
PENSAR EM FUGIR	15	0,4	7	0,3	0,850
SENTIR CULPA	17	0,5	12	0,5	0,704
SENTIR MEDO	62	1,8	41	1,7	0,864
PENSAR EM MILAGRE	49	1,4	31	1,3	0,539
TOTAL	1110	32,65	804	33,5	0,841¹

$p \leq 0,05$ (Mann-Whitney; ¹Teste de Wilcoxon)

Os próximos dados a serem apresentados levarão em consideração os resultados obtidos na ESI e no ISSL. Para tanto, a fim de facilitar comparações, os resultados na ESI

foram divididos em duas categorias, sendo uma composta pelas crianças “sem *stress*” e, a outra, pelas crianças com possibilidade de *stress* e pelas crianças com presença de *stress*, categoria aqui chamada de “risco de *stress*”.

Dessa forma, a Tabela 22 revela que as crianças sem *stress* apresentaram frequência média significativamente maior do comportamento de ouvir música ($p=0,04$); em contrapartida, as crianças com risco de *stress* apresentaram médias significativamente maiores para os comportamentos de sentir raiva ($p=0,01$), esconder-se ($p=0,05$), sentir-se triste ($p=0,004$), sentir-se desanimado ($p=0,003$), sentir medo ($p=0,01$) e também uma tendência a sentirem mais culpa ($p=0,09$).

Apesar de não significativo estatisticamente, observar-se que as crianças com risco de *stress* apresentaram maior média total de comportamentos de enfrentamento do que a das crianças sem *stress*.

Tabela 22: Comparação dos comportamentos de enfrentamento da hospitalização, segundo a presença ou ausência de *stress* nas crianças (N=58)

Comportamentos de enfrentamento	Sem stress (n=39)		Risco de stress (n=19)		p-valor
	Pontuação	Média	Pontuação	Média	
BRINCAR	112	2,9	45	2,4	0,211
ASSISTIR TV	130	3,3	55	2,9	0,384
CANTAR	60	1,5	28	1,5	0,908
REZAR	108	2,8	52	2,7	0,842
ESTUDAR	91	2,3	33	1,7	0,227
CONVERSAR	117	3,0	53	2,8	0,436
OUVIR MUSICA	90	2,3	27	1,4	0,048
LER	78	2,0	35	1,8	0,703
TOMAR MEDICAÇÃO	141	3,6	65	3,4	0,513
PEDIR INFORMAÇÃO	42	1,1	24	1,3	0,778
CHORAR	31	0,8	28	1,5	0,157
SENTIR RAIVA	29	0,7	34	1,8	0,012
ESCONDER-SE	0	0,0	7	0,4	0,053
FICAR TRISTE	36	0,9	39	2,1	0,005
DESANIMAR	24	0,6	28	1,5	0,004
FAZER CHANTAGEM	18	0,5	20	1,1	0,214
PENSAR EM FUGIR	8	0,2	14	0,7	0,314
SENTIR CULPA	10	0,3	19	1,0	0,093
SENTIR MEDO	56	1,4	47	2,5	0,011
PENSAR EM MILAGRE	50	1,3	30	1,6	0,534
TOTAL	1231	31,56	683	35,95	0,145 ¹

$p \leq 0,05$ (Mann-Whitney; ¹Teste de Wilcoxon)

Com base nos resultados obtidos no ISSL, o qual identificou o *stress* nos acompanhantes (Tabela 23), tem-se que, crianças cujos acompanhantes não apresentavam indicadores de *stress* no momento pré-cirúrgico, apresentaram maior média do comportamento de pedir informação ($p=0,05$), enquanto as que tinham acompanhantes com *stress* apresentaram mais comportamentos de sentir-se triste ($p=0,08$) e sentir raiva ($p=0,09$).

Com relação à média final dos comportamentos de enfrentamento de hospitalização, tem-se que as crianças com acompanhantes estressados apresentaram média maior, apesar desta diferença não se mostrar estatisticamente significativa ($p=0,52$).

Tabela 23: Comparação dos comportamentos de enfrentamento da hospitalização, segundo a presença ou ausência de *stress* nos acompanhantes (N=58)

Comportamentos de enfrentamento	Acompanhantes sem stress (n=13)		Acompanhantes com stress (n=45)		p-valor
	Pontuação	Média	Pontuação	Média	
BRINCAR	35	2,7	122	2,7	0,961
ASSISTIR TV	38	2,9	147	3,3	0,187
CANTAR	21	1,6	67	1,5	0,742
REZAR	37	2,8	123	2,7	0,664
ESTUDAR	28	2,2	96	2,1	0,931
CONVERSAR	39	3,0	131	2,9	0,617
OUVIR MUSICA	31	2,4	86	1,9	0,365
LER	31	2,4	82	1,8	0,241
TOMAR MEDICAÇÃO	41	3,2	165	3,7	0,363
PEDIR INFORMAÇÃO	23	1,8	43	1,0	0,044
CHORAR	10	0,8	49	1,1	0,456
SENTIR RAIVA	8	0,6	55	1,2	0,093
ESCONDER-SE	0	0,0	7	0,2	0,168
FICAR TRISTE	12	0,9	63	1,4	0,088
DESANIMAR	7	0,5	45	1,0	0,274
FAZER CHANTAGEM	8	0,6	30	0,7	0,927
PENSAR EM FUGIR	5	0,4	17	0,4	0,517
SENTIR CULPA	5	0,4	24	0,5	0,376
SENTIR MEDO	23	1,8	80	1,8	0,969
PENSAR EM MILAGRE	19	1,5	61	1,4	0,811
TOTAL	421	32,38	1493	33,18	0,525¹

$p \leq 0,05$ (Mann-Whitney; ¹Teste de Wilcoxon)

A seguir será apresentada a análise das justificativas do uso dos cinco comportamentos de *coping* mais pontuados e dos cinco menos pontuados, com a finalidade de se identificar e

analisar quais estratégias de enfrentamento relacionam-se a esses comportamentos.

3.5.2. Análise das justificativas dadas pelas crianças para os comportamentos de *coping* da hospitalização mais e menos freqüentes, em situação pré-cirúrgica: identificação das estratégias de enfrentamento da hospitalização

No tópico anterior, observou-se a pontuação e a média dos comportamentos identificados pela AEH.

Neste momento, os cinco comportamentos de *coping* mais frequentes e os cinco menos frequentes serão apresentados levando-se em consideração as justificativas dadas pelas crianças quando estas eram questionadas sobre o motivo da emissão ou não, de determinado comportamento. Lembra-se aqui que os comportamentos mais frequentes foram: tomar medicação, assistir TV, conversar, rezar e brincar, e os cinco menos frequentes: esconder-se, pensar em fugir, sentir culpa, fazer chantagem e desanimar.

Para a análise das justificativas das crianças para cada um dos comportamentos analisados, foi utilizado o sistema de categorias de enfrentamento proposto por Motta (2007), descrito na seção *Método*. A ausência de justificativas que se enquadrassem nas 12 categorias propostas por Motta (2007) para alguns comportamentos foi notada e, por poder se relacionar ao uso de justificativas através de regras sociais, ou por uma dificuldade de auto-observação da criança ou de comunicação desta, a “ausência de justificativa” foi computada aqui como uma nova categoria.

Inicialmente, na Figura 16, é possível ter um panorama geral das estratégias de enfrentamento utilizadas pelas crianças ao identificar os comportamentos mais e menos frequentemente emitidos por elas. Nota-se que a ausência de relato de justificativa, ou seja, as crianças não conseguiram justificar seus comportamentos através de estratégias de

enfrentamento, apresentou a maior média ($M=2,28$), seguida das estratégias distração (DIS) e solução do problema (SPR). Em contrapartida, as menos relatadas foram as estratégias de afastamento social (ASO) e oposição (OPO).

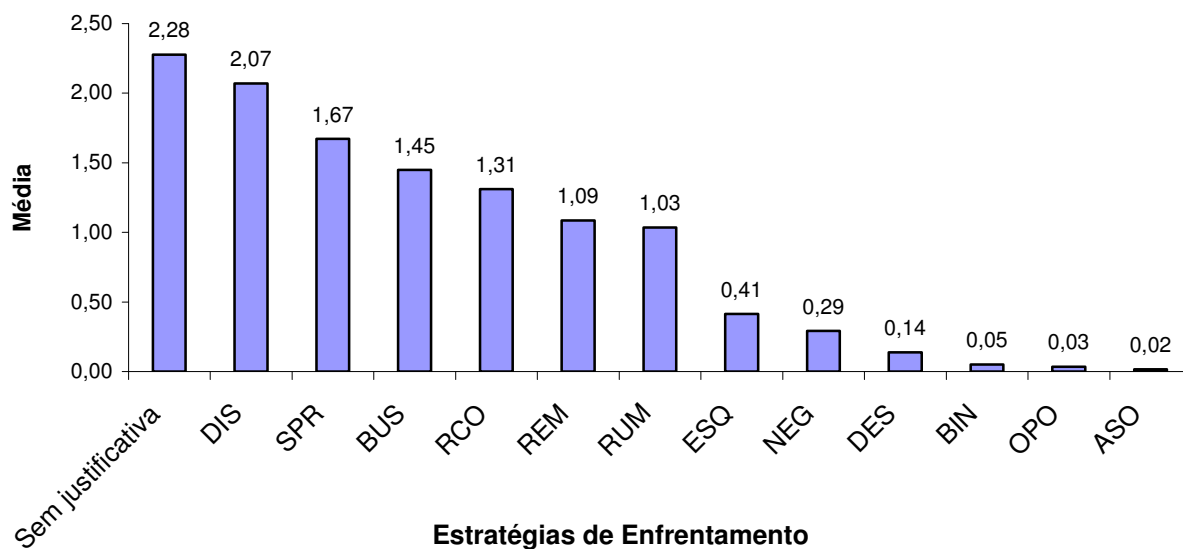


Figura 16: Média das estratégias de enfrentamento relacionadas aos cinco comportamentos mais frequentes e aos cinco comportamentos menos frequentes das crianças em situação pré-cirúrgica ($N=58$)

Para enfatizar a questão da ausência de justificativa diante da emissão ou não de alguns comportamentos, a Figura 17 revela que as crianças não conseguiram justificar seus comportamentos através de estratégias de enfrentamento em 22,76% dos casos.

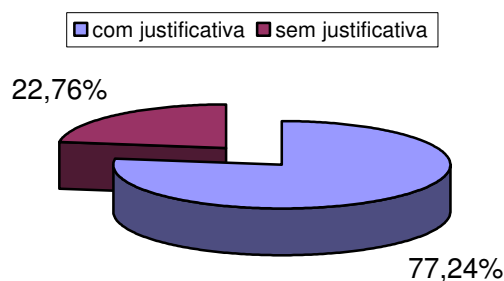


Figura 17: Média de justificativas dadas pelas crianças aos comportamentos de enfrentamento da hospitalização

Na Tabela 24 são apresentadas as pontuações de cada estratégia de enfrentamento para os cinco comportamentos de *coping* do AEH mais frequentes e para os cinco menos frequentes, além das siglas utilizadas para cada estratégia de enfrentamento. Observa-se que, nos comportamentos mais frequentes, a estratégia de distração (DIS) é a mais referida, e a estratégia de oposição (OPO) e de negociação (NEG), as menos frequentes (frequência nula).

Nos comportamentos de *coping* do AEH menos frequentes, ressalta-se uma maior dificuldade das crianças conseguirem justificar se emitem ou não estes comportamentos.

A estratégia mais relatada foi a de reestruturação cognitiva (RCO), para justificar a não emissão de determinado comportamento (ex.: não se esconder).

Tabela 24: Comparação entre as estratégias de enfrentamento para os cinco comportamentos de *coping* do AEH mais frequentes e os cinco menos frequentes (N=58)

Estratégias de Enfrentamento	5 comportamentos mais frequentes		5 comportamentos menos frequentes	
	Pontuação	%	Pontuação	%
Distração (DIS)	113	31,7	7	3,5
Regulação da Emoção (REM)	60	16,8	3	1,5
Reestruturação Cognitiva (RCO)	17	4,8	59	29,8
Solução do Problema (SPR)	51	14,3	46	23,2
Busca por Suporte (BSU)	83	23,2	1	0,5
Busca por Informação (BIN)	3	0,8	0	0,0
Ruminação (RUM)	19	5,3	41	20,7
Desamparo (DES)	3	0,8	5	2,5
Esquiva (ESQ)	7	2,0	17	8,6
Afastamento Social (ASO)	1	0,3	0	0,0
Oposição (OPO)	0	0,0	2	1,0
Negociação (NEG)	0	0,0	17	8,6
Total	357	100	198	100
Ausência de justificativa	25	6,5	107	35,1
Total	382	100	305	100

Na Tabela 25, nota-se uma maior frequência das estratégias baseadas na Emoção, relacionada aos comportamentos de assistir TV, conversar, rezar e brincar e, para as Estratégias baseadas no Problema, maior frequência dos comportamentos de tomar medicação, esconder-se, pensar em fugir e sentir culpa.

Considerando a frequência de cada um dos comportamentos, observou-se que o

comportamento de fazer chantagem foi o que obteve maior média de ausência de justificativa, revelando uma dificuldade das crianças em justificar a emissão ou não deste comportamento, seguido de desanimar e sentir culpa.

Tabela 25: Comparação entre as Estratégias de Enfrentamento baseada na Emoção e as baseadas no Problema para os cinco comportamentos de *coping* mais e menos frequentes (N=58)

Comportamentos de enfrentamento	Baseadas na Emoção		Baseadas no Problema		Ausência de justificativa	
	Pontuação	Média	Pontuação	Média	Pontuação	Média
Comportamentos mais frequentes						
Tomar medicação	11	0,19	56	0,97	3	0,05
Assistir TV	70	1,21	2	0,03	1	0,02
Conversar	75	1,29	5	0,09	7	0,12
Rezar	63	1,09	8	0,14	7	0,12
Brincar	67	1,16	0	0,00	7	0,12
Comportamentos menos frequentes						
Esconder-se	8	0,14	38	0,66	14	0,24
Pensar em fugir	18	0,31	34	0,59	13	0,22
Sentir culpa	16	0,28	22	0,38	21	0,36
Fazer chantagem	3	0,05	19	0,33	37	0,64
Desanimar	31	0,53	9	0,16	22	0,38

A Tabela 26 mostra as relações entre as médias das estratégias de enfrentamento relatadas e as variáveis das crianças (sexo, idade, experiência anterior com cirurgia, *stress* da criança) e do acompanhante (*stress*). Ressalta-se, aqui, que a análise inferencial foi realizada somente para cada estratégia de enfrentamento e não com a frequência total destas.

Desse modo, nota-se, com relação ao sexo, que as meninas relatam mais estratégias baseadas na emoção (M=7,0) que os meninos (M=5,6), principalmente nas estratégias de regulação da emoção (REM) ($p=0,02$) e ruminação (RUM) ($p=0,002$). Os meninos apresentaram uma tendência ($p=0,09$) a ter dificuldades para justificar a emissão de certos comportamentos, tanto que apresentaram maior frequência média de ausência de justificativas (M=2,5).

Quanto às idades, observou-se uma relação estatisticamente significativa entre o aumento da idade e o aumento do relato da estratégia de reestruturação cognitiva ($p=0,001$), e

entre menos idade (crianças de 7 a 8 anos) e dificuldades para justificar seus comportamentos ($p \leq 0,001$). Além disto, nota-se que, apesar de não significativa, a média do total de estratégias de enfrentamento baseadas na emoção foi maior para crianças com idade entre 9 e 10 anos ($M=6,9$), enquanto que, para as estratégias baseadas no problema, as crianças mais velhas (11 a 12 anos) se destacaram ($M=4,0$).

A experiência anterior com procedimentos cirúrgicos teve relação estatisticamente significativa para a estratégia de reestruturação cognitiva ($p=0,002$), as crianças com experiência apresentaram média superior às crianças sem experiência. Já as crianças sem experiência prévia com cirurgias apresentaram tendências a relatarem mais as estratégias de DES ($p=0,095$) e ESQ ($p=0,096$).

Com relação ao *stress*, tem-se que o risco de *stress* nas crianças teve relação estatisticamente significativa com o relato das estratégias de ruminação ($p=0,003$) e esquiva ($p=0,02$).

As crianças acompanhadas por pessoas estressadas, além de apresentarem média superior no total de estratégias baseadas na emoção ($M=6,6$) quando comparadas às com acompanhantes não estressados, apresentaram médias significativamente maiores com relação às estratégias regulação da emoção ($p=0,004$) e ruminação ($p=0,015$) e à ausência de justificativa ($p=0,007$).

Tabela 26: Relações entre as médias de cada estratégia de enfrentamento da hospitalização e as variáveis demográficas e de *stress* da criança e do acompanhante (N=58).

Estratégias de enfrentamento	Sexo (1)			Idade (2)				Experiência prévia com cirurgia (1)			Stress criança (1)			Stress acompanhante (1)		
	Meninas (N=27)	Meninos (N=31)	p - valor	7 - 8 anos (N=22)	9 - 10 anos (N=12)	11 - 12 anos (N=24)	p - valor	Sem experiência (N=34)	com experiência (N=24)	p - valor	Sem stress (N=39)	Risco de stress (N=19)	p - valor	sem stress (N=13)	com stress (N=45)	p - valor
Baseadas na emoção																
Distração (DIS)	2,1	2,1	0,977	2,0	2,0	2,2	0,655	2,1	2,1	0,943	2,1	1,9	0,614	2,3	2,0	0,446
Regulação da Emoção (REM)	1,4	0,8	0,020	1,1	1,3	1,0	0,626	1,0	1,2	0,427	1,1	1,2	0,699	0,4	1,3	0,004
Busca por suporte (BUS)	1,3	1,5	0,463	1,3	1,6	1,5	0,423	1,4	1,5	0,591	1,5	1,4	0,897	1,3	1,5	0,605
Ruminação (RUM)	1,4	0,7	0,002	0,8	1,3	1,1	0,372	1,1	1,0	0,819	0,8	1,6	0,003	0,5	1,2	0,015
Desamparo (DES)	0,1	0,1	0,844	0,1	0,1	0,2	0,273	0,2	0,0	<i>0,095</i>	0,2	0,1	0,638	0,1	0,2	0,498
Esquiva (ESQ)	0,5	0,3	0,237	0,4	0,6	0,3	0,659	0,5	0,3	<i>0,096</i>	0,3	0,7	0,022	0,4	0,4	0,850
Afastamento Social (ASO)	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,0	
Oposição (OPO)	0,0	0,0		0,1	0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,1		0,0	0,0	
Total	7,0	5,6		5,8	6,9	6,3		6,3	6,2		5,9	6,9		4,9	6,6	
Baseadas no problema																
Reestruturação Cognitiva (RCO)	1,5	1,2	0,254	0,7	1,6	1,8	0,001	0,9	1,8	0,002	1,4	1,2	0,619	1,2	1,3	0,760
Solução do Problema (SPR)	1,6	1,7	0,797	1,4	1,7	1,9	0,145	1,8	1,5	0,350	1,8	1,4	0,258	1,7	1,7	0,945
Busca por Informação (BIN)	0,0	0,1	0,105	0,1	0,1	0,0	-	0,1	0,0	0,145	0,0	0,1	-	0,0	0,1	-
Negociação (NEG)	0,3	0,3	0,592	0,3	0,3	0,3	0,912	0,4	0,2	0,309	0,2	0,4	0,202	0,2	0,3	0,632
Total	3,4	3,2		2,5	3,7	4,0		3,2	3,5		3,4	3,2		3,2	3,4	
Ausência de justificativa	2,0	2,5	<i>0,093</i>	3,3	1,8	1,5	≤0,001	2,2	2,3	0,782	2,3	2,2	0,636	3,2	2,0	0,007

1- Comparações por meio do teste de Mann-Whitney; 2- Comparações por meio do teste de Kruskal-Wallis ($p \leq 0,05$)

A seguir, será apresentada a análise de como cada variável demográfica da criança (sexo e idade), de experiência cirúrgica e de *stress*, e de *stress* do acompanhante, relaciona-se com as estratégias de enfrentamento da hospitalização e alguns comportamentos de *coping* mais frequentemente identificados no AEH (tomar medicação, conversar, brincar etc).

Para o comportamento de **tomar medicação** (Tabela 27), identificou-se o uso da estratégia de SPR. As crianças entre 9 e 10 anos foram as que menos relataram tal estratégia, diferença esta estatisticamente significativa ($p=0,05$). Além disto, há uma tendência das crianças mais velhas (acima dos 9 anos) apresentarem a RCO ao justificar seu comportamento de tomar medicação ($p=0,08$).

Ainda com relação à idade, para as crianças da faixa etária dos 11 aos 12 anos, foram menos identificadas as estratégias de enfrentamento de RUM para justificar o comportamento de tomar medicação, diferença estatisticamente significativa ($p=0,05$). As crianças mais novas (7 – 8 anos) apresentaram uma tendência a justificarem menos o comportamento de tomar ou não a medicação, com relação às demais faixas etárias ($p=0,075$).

Para a variável “experiência cirúrgica”, nota-se uma tendência das crianças com experiência cirúrgica prévia relatarem mais a estratégia de RCO que as crianças que não relataram tal experiência ($p=0,093$) e terem mais dificuldade para justificar o tomar ou não medicação ($p=0,065$).

Tabela 27: Relações entre as Estratégias de Enfrentamento da hospitalização relacionadas ao comportamento de tomar medicação e as variáveis da criança e do acompanhante (N=58)

Estratégias de enfrentamento	Sexo		p-valor	Idade			p-valor	Experiência cirúrgica			Stress criança			Stress acompanhante		
	Menina (N=27)	Menino (N=31)		7-8 (22)	9-10 (12)	11-12 (24)		sem exp (N=34)	com exp (N=24)	p-valor	sem stress (N=39)	Risco de stress (N=19)	p-valor	sem stress (N=13)	com stress (N=45)	p-valor
DIS	0	0	-	0	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-
REM	0	0	-	0	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-
RCO	7	6	0,549	2	5	6	0,086	5	8	0,093	7	6	0,242	2	11	0,49
SPR	21	22	0,554	16	6	21	0,052	26	17	0,629	31	12	0,182	8	35	0,238
BUS	0	0	-	0	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-
BIN	0	0	-	0	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-
RUM	4	2	0,296	3	3	0	0,054	3	3	0,65	4	2	0,974	1	5	0,721
DES	0	1	-	1	0	0	-	1	0	-	1	0	-	0	1	-
ESQ	2	2	0,886	2	1	1	0,785	3	1	0,49	3	1	0,731	1	3	0,897
ASO	0	0	-	0	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-
OPO	0	0	-	0	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-
NEG	0	0	-	0	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-
Ausência de justificativa	1	2	0,637	3	0	0	0,075	0	3	0,065 ¹	2	1	0,982	2	1	0,123 ¹

p≤0,05 (teste chi-quadrado, ¹ teste de Fisher)

Para os dados referentes ao comportamento de **assistir TV**, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas (Apêndice G).

Na Tabela 28, que apresenta os dados do comportamento de **conversar**, observa-se que, quanto ao sexo, os meninos conseguiram justificar mais seu comportamento de conversar que as meninas ($p=0,04$), e relataram, mais que as meninas, os comportamentos de **conversar** como estratégia de busca de suporte (BSU) ($p=0,05$). Em contraponto, nota-se uma tendência ($p=0,07$) das meninas de reatarem mais o comportamento de conversar como estratégia de distração (DIS) ($p=0,07$).

Com relação ao *stress* do acompanhante, revela-se uma relação estatisticamente significativa entre o relato da estratégia de enfrentamento de REM para justificar o comportamento de conversar pela criança e o fato desta ter um acompanhante estressado ($p=0,02$). As crianças com acompanhantes sem *stress* tiveram mais dificuldade para justificar a emissão, ou não, deste comportamento ($p=0,018$).

Tabela 28: Relação entre as Estratégias de Enfrentamento da hospitalização relacionadas ao comportamento de conversar e as variáveis da criança e do acompanhante (N=58)

Estratégias de enfrentamento	Sexo			Idade				Experiência cirúrgica			Stress criança			Stress acompanhante		
	Menina (N=27)	Menino (N=31)	p-valor	7-8 (22)	9-10 (12)	11-12 (24)	p-valor	sem exp (N=34)	com exp (N=24)	p-valor	sem stress (N=39)	Risco de stress (N=19)	p-valor	sem stress (N=13)	com stress (N=45)	p-valor
DIS	13	8	0,077	7	4	10	0,764	12	9	0,863	15	6	0,608	6	15	0,396
REM	13	7	0,041	8	5	7	0,737	9	11	0,126	12	8	0,393	1	19	0,021
RCO	2	0	0,123	0	1	1	0,431	1	1	0,801	2	0	0,315	1	1	0,341
SPR	0	1	-	1	0	0	-	1	0	-	0	1	-	0	1	-
BUS	9	18	0,059	7	7	13	0,207	15	12	0,658	18	9	0,93	7	20	0,549
BIN	0	2	0,179	1	1	0	0,407	2	0	0,226	0	2	0,103 ¹	0	2	0,439
RUM	4	1	-	0	1	4	-	3	2	-	2	3	-	0	5	-
DES	0	0	-	0	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-
ESQ	1	0	-	0	1	0	-	1	0	-	1	0	-	0	1	-
ASO	0	1	-	0	0	1	-	0	1	-	1	0	-	0	1	-
OPO	0	0	-	0	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-
NEG	0	0	-	0	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-
Ausência de justificativa	2	5	0,309	4	1	2	0,535	4	3	0,932	4	3	0,543	4	3	0,018

p≤0,05 (teste chi-quadrado, ¹ teste de Fisher)

Para o comportamento de **rezar**, não foi possível verificar nenhuma relação estatisticamente significativa entre as variáveis da criança e as estratégias de enfrentamento (Apêndice H).

Para o comportamento de **brincar**, observou-se uma tendência das meninas relatarem mais o brincar como uma estratégia de REM do que os meninos ($p=0,06$) e, também, uma tendência das crianças com acompanhantes estressados o relatarem como estratégia de regular a emoção ($p=0,08$) mais que as crianças com acompanhantes sem *stress* (Tabela 28).

Tabela 29: Relação entre as Estratégias de Enfrentamento da hospitalização relacionadas ao comportamento de brincar e as variáveis da criança e do acompanhante (N=58)

Estratégias de enfrentamento	Sexo			Idade				Experiência cirúrgica			Stress criança			Stress acompanhante		
	Menina (N=27)	Menino (N=31)	p-valor	7-8 (22)	9-10 (12)	11-12 (24)	p-valor	sem exp (N=34)	com exp (N=24)	p-valor	sem stress (N=39)	Risco de stress (N=19)	p-valor	sem stress (N=13)	com stress (N=45)	p-valor
DIS	16	24	0,135	14	9	17	0,765	24	16	0,75	28	12	0,5	11	29	0,166
REM	10	5	0,069	7	3	5	0,694	10	5	0,462	10	5	0,956	1	14	0,089
RCO	0	0		0	0	0		0	0		0	0		0	0	
SPR	0	0		0	0	0		0	0		0	0		0	0	
BUS	4	2	0,296	2	1	3	0,9	2	4	0,184	5	1	0,375	0	6	0,164
BIN	0	0		0	0	0		0	0		0	0		0	0	
RUM	3	2	-	2	2	1	-	3	2	-	3	2	-	2	3	-
DES	0	0		0	0	0		0	0		0	0		0	0	
ESQ	0	1		0	0	1		1	0		1	0		0	1	
ASO	0	0		0	0	0		0	0		0	0		0	0	
OPO	0	0		0	0	0		0	0		0	0		0	0	
NEG	0	0		0	0	0		0	0		0	0		0	0	
Ausência de justificativa	4	3	0,549	4	1	2	0,535	4	3	0,932	3	4	0,142	1	6	0,582

p≤0,05 (teste chi-quadrado)

Para o comportamento de **esconder-se**, comportamento menos pontuado pelas crianças no AEH, observa-se que, com relação à idade, as crianças com idade entre nove e 10 anos apresentaram uma tendência ($p=0,07$) de relatarem mais o comportamento de esconder-se como uma estratégia de ESQ que as crianças das demais faixas etárias (Tabela 30).

Quanto ao sexo das crianças, nota-se uma diferença estatisticamente significativa no sentido dos meninos relatarem mais da estratégia RCO para justificar o comportamento de não se esconder que as meninas ($p=0,036$).

Quanto à experiência anterior com cirurgia, revela-se uma tendência ($p=0,06$) das crianças sem experiência prévia relatarem mais a estratégia ESQ para justificar seu comportamento de esconder-se que as crianças com experiência.

Com relação ao *stress* infantil, crianças sem *stress* relataram menos a estratégia ESQ para justificar o comportamento “esconder-se” que as crianças com risco de *stress* ($p=0,0025$) e, também, observou-se uma tendência da ausência do *stress* estar relacionada com o relato da estratégia de SPR para justificar o não fato de não esconder-se ($0,079$).

Tabela 30: Relação entre as Estratégias de Enfrentamento da hospitalização relacionadas ao comportamento de esconder-se e as variáveis da criança e do acompanhante (N=58)

Estratégias de enfrentamento	sexo			idade				experiência cirúrgica			stress criança			stress acompanhante		
	Menina (N=27)	Menino (N=31)	p-valor	7-8 (22)	9-10 (12)	11-12 (24)	p-valor	sem exp (N=34)	com exp (N=24)	p-valor	sem stress (N=39)	Risco de stress (N=19)	p-valor	sem stress (N=13)	com stress (N=45)	p-valor
DIS	0	0		0	0	0		0	0		0	0		0	0	
REM	0	0		0	0	0		0	0		0	0		0	0	
RCO	8	12	0,468	6	3	11	0,308	8	12	0,036	14	6	0,745	3	17	0,325
SPR	8	10	0,829	5	4	9	0,546	12	6	0,403	15	3	0,079	6	12	0,18
BUS	0	1		1	0	0		1	0		0	1		0	1	
BIN	0	0		0	0	0		0	0		0	0		0	0	
RUM	2	0		1	1	0		1	1		2	0		0	2	
DES	0	0		0	0	0		0	0		0	0		0	0	
ESQ	3	2	0,528	1	3	1	0,075	5	0	0,049	0	5	0,002¹	0	5	0,208
ASO	0	0		0	0	0		0	0		0	0		0	0	
OPO	0	0		0	0	0		0	0		0	0		0	0	
NEG	0	0		0	0	0		0	0		0	0		0	0	
Ausência de justificativa	7	7	0,766	8	2	4	0,235	9	5	0,621	10	4	0,701	4	10	0,525

p≤0,05 (teste chi-quadrado, ¹ teste de Fisher)

O comportamento de **pensar em fugir**, quando analisadas as estratégias de enfrentamento para justificar sua emissão ou não e as variáveis das crianças, não apresentou nenhuma relação estatisticamente significativa. Porém, foi possível observar a presença de algumas tendências, sendo elas as de que as crianças com experiência cirúrgica relataram mais a estratégia de RCO para justificar o comportamento de não pensar em fugir ($p=0,09$) que as crianças sem esta experiência prévia e a tendência ($p=0,08$) de que as crianças com risco de *stress*, relataram a estratégia de esquiva para justificar o uso do comportamento de pensar em fugir (Tabela 31).

Tabela 31: Relação entre as Estratégias de Enfrentamento da hospitalização relacionadas ao comportamento de pensar em fugir e as variáveis da criança e do acompanhante (N=58)

Estratégias de enfrentamento	Sexo			Idade				Experiência cirúrgica			Stress criança			Stress acompanhante		
	Menina (N=27)	Menino (N=31)	p-valor	7-8 (22)	9-10 (12)	11-12 (24)	p-valor	sem exp (N=34)	com exp (N=24)	p-valor	sem stress (N=39)	risco de stress (N=19)	p-valor	sem stress (N=13)	com stress (N=45)	p-valor
DIS	0	0		0	0	0		0	0		0	0		0	0	
REM	0	0		0	0	0		0	0		0	0		0	0	
RCO	7	6	0,549	2	3	8	0,139	5	8	0,093	9	4	0,862	2	11	0,49
SPR	8	13	0,33	7	6	8	0,533	13	8	0,702	15	6	0,608	4	17	0,643
BUS	0	0		0	0	0		0	0		0	0		0	0	
BIN	0	0		0	0	0		0	0		0	0		0	0	
RUM	3	2	0,528	1	1	3	0,63	3	2	0,497	3	2	0,718	1	4	0,892
DES	0	0		0	0	0		0	0		0	0		0	0	
ESQ	7	4	0,206	5	1	5	0,565	7	4	0,707	5	6	0,087	4	7	0,217
ASO	0	0		0	0	0		0	0		0	0		0	0	
OPO	1	1		2	0	0		1	1		1	1		0	2	
NEG	0	0		0	0	0		0	0		0	0		0	0	
Ausência de justificativa	6	7	0,973	8	1	4	0,117	7	6	0,691	9	4	0,862	5	8	0,115

p≤0,05 (teste chi-quadrado)

Para o comportamento de **sentir culpa** observa-se, com relação à idade, uma tendência das crianças mais velhas, acima de nove anos, justificarem o comportamento de culpa pela estratégia RCO ($p=0,076$). Verifica-se, também, uma relação estatisticamente significativa entre crianças com idades menores e a dificuldade para justificar a escolha do comportamento de sentir-se culpada ($p=0,001$) (Tabela 32).

Notam-se, ainda, mais duas tendências: as crianças com experiência cirúrgica tendem ($p=0,086$) a justificar a não emissão do comportamento de culpa pela estratégia SPR e, as crianças com risco de *stress*, tendem ($p=0,06$) a apresentar mais a estratégia de ruminação que as crianças sem *stress*.

Tabela 32: Relação entre as Estratégias de Enfrentamento da hospitalização relacionadas ao comportamento de sentir culpa e as variáveis da criança e do acompanhante (N=58)

Estratégias de enfrentamento	Sexo		p-valor	Idade			p-valor	Experiência cirúrgica			Stress criança		Stress acompanhante			
	Menina (N=27)	Menino (N=31)		7-8 (22)	9-10 (12)	11-12 (24)		sem exp (N=34)	com exp (N=24)	p-valor	sem stress (N=39)	risco de stress (N=19)	p-valor	sem stress (N=13)	com stress (N=45)	p-valor
DIS	0	0		0	0	0		0	0		0	0		0	0	
REM	1	2		0	0	3		0	1		3	0		2	3	
RCO	12	8	0,136	4	4	12	0,076	5	9	0,684	16	4	0,133	11	15	0,731
SPR	1	1	0,92	0	2	0	-	1	2	0,086	2	0	0,315	0	1	0,341
BUS	0	0		0	0	0		0	0		0	0		0	0	
BIN	0	0		0	0	0		0	0		0	0		0	0	
RUM	7	6	0,549	4	3	6	0,833	1	5	0,808	6	7	0,065	8	12	0,148
DES	0	0		0	0	0		0	0		0	0		0	0	
ESQ	0	0		0	0	0		0	0		0	0		0	0	
ASO	0	0		0	0	0		0	0		0	0		0	0	
OPO	0	0		0	0	0		0	0		0	0		0	0	
NEG	0	0		0	0	0		0	0		0	0		0	0	
Ausência de justificativa	7	14	0,128	14	4	3	0,001	6	8	0,702	13	8	0,514	13	15	0,396

p≤0,05 (teste chi-quadrado)

Não se encontraram relações estatisticamente significativas entre as estratégias de enfrentamento de hospitalização e o comportamento de **fazer chantagem**, somente a tendência ($p=0,06$) das crianças sem *stress* apresentarem mais ausência de justificativas para a emissão ou não deste comportamento. Desta forma, seus dados serão mostrados no Apêndice I.

Para o comportamento de **desanimar**, há pontos a serem ressaltados. Houve uma relação estatisticamente significativa ($p=0,019$) entre o sexo masculino e o relato da estratégia RUM e, também, uma tendência deste sexo ($p=0,07$) justificar menos que as meninas, o comportamento de desanimar (Tabela 33).

Com relação à idade, observa-se que, conforme aumenta a faixa etária, mais as crianças conseguiram justificar suas escolhas no AEH ($p=0,05$).

O fato da criança ter experiência prévia com cirurgia relacionou-se significativamente ($p=0,025$) com o mais relatos do uso da estratégia RCO para justificar o comportamento de desanimar.

O risco de *stress* na criança relacionou-se significativamente ($p=0,024$) com mais relatos da estratégia RUM para justificar o comportamento de desanimar. As crianças com acompanhantes estressados, também apresentaram mais a estratégia de RUM para justificar o relato do comportamento de desanimar ($p=0,026$).

Tabela 33: Relação entre as Estratégias de Enfrentamento da hospitalização relacionadas ao comportamento de desanimar e as variáveis da criança e do acompanhante (N=58)

Estratégias de enfrentamento	Sexo			Idade				Experiência cirúrgica			Stress criança			Stress acompanhante		
	Menina (N=27)	Menino (N=31)	p-valor	7-8 (22)	9-10 (12)	11-12 (24)	p-valor	sem exp (N=34)	com exp (N=24)	p-valor	sem stress (N=39)	risco de stress (N=19)	p-valor	sem stress (N=13)	com stress (N=45)	p-valor
DIS	2	5	0,309	4	0	3	0,297	5	2	0,463	6	1	0,266	1	6	0,582
REM	0	0		0	0	0		0	0		0	0		0	0	
RCO	3	1	0,237	0	2	2	0,174	0	4	0,025¹	3	1	0,731	2	2	0,17
SPR	1	4	0,213	1	1	3	0,63	3	2	0,947	4	1	0,524	2	3	0,323
BUS	0	0		0	0	0		0	0		0	0		0	0	
BIN	0	0		0	0	0		0	0		0	0		0	0	
RUM	13	6	0,019	6	4	9	0,76	10	9	0,518	9	10	0,024	1	18	0,026¹
DES	3	2	0,528	1	1	3	0,63	4	1	0,309	3	2	0,718	0	5	0,208
ESQ	0	0		0	0	0		0	0		0	0		0	0	
ASO	0	0		0	0	0		0	0		0	0		0	0	
OPO	0	0		0	0	0		0	0		0	0		0	0	
NEG	0	0		0	0	0		0	0		0	0		0	0	
Ausência de justificativa	7	15	0,078¹	12	5	5	0,059	15	7	0,247	16	6	0,486	7	15	0,179

p≤0,05 (teste chi-quadrado, ¹ teste de Fisher)

4. DISCUSSÃO

A hospitalização infantil e as cirurgias constituem-se em procedimentos invasivos e, conseqüentemente, podem gerar reações de *stress* que podem atingir o indivíduo e/ou a família.

O presente trabalho teve por objetivo verificar possíveis relações entre os níveis de *stress* de acompanhantes, os níveis de *stress* e os tipos de estratégias de enfrentamento de crianças hospitalizadas em situação pré-cirúrgica, considerando aspectos sociodemográficos (idade, sexo) e da hospitalização (experiência prévia com cirurgia, conhecimento prévio das informações a respeito).

Primeiramente, para contextualizar os achados do presente estudo, foram analisadas as características das crianças participantes que se encontravam internadas para realização de cirurgias eletivas, por meio do *Questionário do Levantamento de Informações*, o qual revelou que a amostra de 58 crianças se apresentou equivalente quanto ao sexo, mas não quanto à idade das crianças, uma vez que, entre nove e 10 anos havia somente 13 crianças. Das 58 crianças, 39,7% nunca haviam passado por processo de hospitalização e 41,3% já haviam realizado algum tipo de cirurgia, sendo a maioria realizada após o quarto ano de vida da criança e tendo menor prevalência em meninos e em crianças com idade entre sete e oito anos e 11 meses.

Com relação ao tipo de informação fornecida às crianças no período pré-cirúrgico, observa-se que a informação mais recebida por elas foi sobre a administração de anestesia (92%) e, a menos recebida, sobre o procedimento cirúrgico em si (ex: necessidade de cortes, pontos, ou não), sendo que 71,4% das crianças tinham esta informação. Nota-se que pouco mais da metade da amostra (56%) havia recebido informações completas sobre todo o processo cirúrgico, aqui considerado como incluindo informações sobre anestesia, o

procedimento cirúrgico e o pós-operatório.

Ainda com relação à quantidade de informações recebidas pelas crianças, foi possível notar que as crianças mais novas (sete a oito anos) foram as que receberam menos informações, enquanto que as crianças de 9 a 10 anos apareceram como as melhores informadas, uma vez que receberam informações sobre as três etapas do período perioperatório, levadas em consideração neste estudo. Este fato pode estar relacionado às crenças de que crianças pequenas não compreendem o que ocorre com elas, sendo passadas, então, somente informações sobre a anestesia, por exemplo, provavelmente por um procedimento feito com ela ainda consciente (PEROSA et al., 2006).

Observou-se, também, que os meninos receberam mais informações do que as meninas e que o fato da criança ter alguma experiência prévia com cirurgia também pareceu relevante no momento do fornecimento de informações mais completas. Tais dados corroboram com Perosa et al. (2006), ao salientar que muitas vezes os médicos pedem a participação da criança somente quando é necessária a descrição dos sintomas, porém a exclui quando as informações são referentes ao diagnóstico e tratamento. As autoras colocam, ainda, que muitas vezes a comunicação médico-paciente infantil não ocorre de forma satisfatória, pois a participação dos pais acaba sendo mais efetiva que a da criança, além do fato do médico querer proteger a criança de algumas informações, ou por acreditar que elas possam não compreender de forma eficiente suas explicações ou poderem assustar as crianças de modo que venham a sofrer perturbações emocionais, quando estas lhes forem fornecidas.

Barros (2003) também aponta que as concepções infantis sobre a doença são multideterminadas, sofrendo influências tanto do desenvolvimento cognitivo, como pela própria interpretação da experiência e pelo impacto dos modelos e exposição às crenças e expectativas dos que lhe estão próximos.

Além do tipo e quantidade de informações que a criança tinha conhecimento no

momento pré-cirúrgico, foi também analisado quem havia sido seu informante. O que se observou é que, na maior parte dos casos, as crianças, em especial as meninas e as crianças que não tiveram experiência prévia com cirurgia, receberam tais informações do(s) cuidador(es) ou de mais algum membro da família. Os meninos e as crianças que já haviam tido algum contato prévio com a situação cirúrgica, por sua vez, recebiam tais informações prioritariamente do médico, ao contrário das meninas e crianças sem experiência com cirurgia, para as quais o principal informante era o cuidador. Um número menor de crianças foi informado tanto pelo médico quanto pelo(s) cuidador(s) (podendo também ter sido informada por mais uma pessoa além destes), sendo esta situação mais comum entre as crianças mais novas, de sete a oito anos. Tais dados remetem à necessidade de investigações sobre as crenças de familiares e médicos relacionadas ao fornecimento de informações para crianças de ambos os sexos, para melhor compreensão deste fenômeno.

Quanto a isto, Barros (2003) assinala que os pais ocupam um papel privilegiado no desenvolvimento das atitudes e crenças dos filhos sobre saúde e doença. Sendo assim, ao acompanharem as crianças em intervenções e tratamentos de saúde, cirúrgicos ou não, podem ajudar os filhos nos momentos difíceis, considerando sua relação privilegiada com o mesmo. Porém, para tanto, a autora ressalta que é necessário que esses pais sejam orientados e recebam informações que proporcionem um conhecimento e compreensão sobre as reações infantis mais comuns e esperadas em cada situação.

Além dos pais, nesse momento o médico também tem papel relevante. Apesar da participação infantil nas consultas médicas, muitas vezes, ficar restrita a algumas idades e em algumas situações específicas, nota-se que a comunicação direta entre a criança e o médico contribui para melhorar a adesão ao tratamento, a satisfação com o atendimento e, conseqüentemente, o prognóstico do quadro, além de poder haver uma redução de complicações cirúrgicas (PEROSA et al., 2006).

No hospital, as crianças ficam expostas à possibilidade de serem submetidas a procedimentos invasivos e traumáticos, dentre eles a experiência cirúrgica, que pode ser vivenciada como um evento incontrolável/desconhecido, circundado por fantasias e medos, podendo assim causar grande impacto para a criança, como a presença de *stress* e, até mesmo, deste potencializar algumas reações (CARVALHO et al., 2006; MORO; MÓDOLO, 2004).

A fim de satisfazer um dos objetivos deste estudo, que é o de verificar relações entre *stress* infantil e dados sociodemográficos e de internação da criança, os dados encontrados na aplicação da Escala de Stress Infantil (ESI) (Lipp; Lucarelli, 2005) serão discutidos.

No presente estudo, verificou-se que a maioria (63,49%) das crianças não apresentou, durante o período da avaliação, pontuação suficiente na ESI para um diagnóstico de *stress* conforme o proposto pelo material de Lipp e Lucarelli (2005). Contudo, um número considerável de crianças (36,5%) apresentou pontuações que se enquadram nas categorias de possibilidade de stress e presença de *stress*. Os resultados mostraram que as crianças mais novas (sete a oito anos) e, principalmente, do sexo feminino, eram mais suscetíveis a apresentar índices mais elevados de possibilidade e presença de *stress* conjuntamente.

Além disto, entre as crianças que apresentaram *stress* ou possibilidade de *stress*, independente da faixa etária, as reações psicológicas foram as mais prevalentes. O mesmo se confirmou para o sexo feminino e para crianças sem experiência anterior com cirurgia.

De acordo com Sbaraini e Schermann (2008), alguns fatores parecem mais fortemente associados a níveis elevados de *stress* entre crianças brasileiras em idade escolar, tais como: ser do sexo feminino e ter interações sociais razoáveis ou ruins, tinham uma maior propensão a apresentarem níveis elevados de *stress*.

Para Compas (1987), as características básicas do desenvolvimento cognitivo e social tendem a afetar o que as crianças experimentam como *stress*, como elas lidam com essas situações e expressam sua ansiedade. Barros (2003) e Katz, Kellerman e Siegel (1982)

apontam que, dentre tais características, está a idade. Moro e Módolo (2004) ainda colocam outras características, como o temperamento e a experiência prévia com procedimentos cirúrgicos.

Considerando, para este estudo, a situação específica da internação para cirurgia eletiva, verificou-se que crianças que receberam apenas informações pontuais, independentemente do tipo de informação (por exemplo, somente sobre pós-cirúrgico) e, principalmente, aquelas sem experiência prévia com procedimentos cirúrgicos, parecem mais suscetíveis a apresentar índices mais elevados de possibilidade e presença de *stress* conjuntamente. É interessante ressaltar o fato de que estas crianças foram também as que receberam menos informações pré-cirúrgicas. Este dado vem de encontro com os apontamentos feitos por Sebastiani e Maia (2005) em relação ao período pré-cirúrgico, no qual salientam que, apesar de reações como medo e ansiedade serem consideradas normais, essas reações podem ser exacerbadas, dependendo do entendimento e elaboração da situação por parte do paciente, o que pode interferir direta ou indiretamente no curso da patologia e da própria cirurgia.

Segundo os resultados obtidos, as crianças que tiveram mais de um informante, em geral, não apresentavam *stress*, enquanto que as crianças que apresentaram maior possibilidade de *stress* e presença de *stress* foram as que tiveram outro tipo de acesso às informações, que não o médico ou cuidador, seguida pelas crianças que receberam informações somente de um dos informantes, cuidador ou médico. Conforme dito anteriormente, dada à particularidade do contexto pediátrico, onde a dinâmica interativa envolve uma tríade (PEROSA et al. 2006), tanto a comunicação dos pais quanto a do profissional médico parecem importantes para a criança, com vantagens e influências complementares. Assim, pode-se inferir uma relação entre a presença de *stress* e o fato de as crianças não terem experiência prévia com cirurgia, terem recebido poucas informações e

somente dos familiares.

Moro e Módolo (2004) apontam que a experiência prévia com cirurgias e procedimentos invasivos, a experiência de dor e modo como os pais reagem a tal situação, influenciam na forma como a hospitalização para procedimentos cirúrgicos é encarada pela criança.

O tipo de cirurgia a ser realizada talvez possa interferir em como a situação é interpretada, tanto pela criança quanto pelo familiar. Neste estudo, não foi possível separar os dados de acordo com os tipos de cirurgias, devido à variabilidade das mesmas para o número de participantes do estudo. Porém, ressalta-se aqui a importância de pesquisas posteriores o fazerem.

Em relação ao *stress* dos acompanhantes, avaliados por meio da escala ISSL (LIPP, 2002), os resultados mostraram que a maior parte deles (76,2%) apresenta sintomas de *stress*, sendo que, assim como apontado em outros estudos (ALLEGRETTI, 2006; CALAIS; ANDRADE; LIPP, 2003; SHIRLEY et al., 1998), as mulheres parecem mais suscetíveis a apresentarem altos índices de *stress* do que os homens. Este dado pode ocorrer pelo fato de, em nossa cultura ocidental, o cuidado para com os filhos e sua saúde ser uma tarefa relacionada ao papel desempenhado pelas mulheres.

Contudo, nem todos os acompanhantes avaliados eram cuidadores principais das crianças, apesar do grau de parentesco entre eles. Três pessoas não eram os cuidadores principais, ainda que um fosse o pai (que não convivia diariamente com a criança) e as outras eram duas irmãs mais velhas. Quando se faz esta distinção, ou seja, separam-se os acompanhantes cuidadores dos não cuidadores, observa-se que aqueles que desempenham o papel de cuidador apresentam níveis mais elevados de *stress* do que os não cuidadores.

Estudos com cuidadores de crianças com necessidades especiais, utilizando o mesmo instrumento de avaliação dos níveis de *stress* do presente estudo, mostraram que mais de 70%

dos cuidadores estudados encontravam-se com níveis elevados de *stress*, predominando sintomas típicos da fase de resistência (Matsukura et al., 2007; Barbosa; Oliveira, 2008). Iwamoto et al. (2008) também avaliaram o *stress* psicológico de 40 cuidadores primários de pacientes pediátricos com artrite idiopática juvenil (AIJ), e concluíram que os cuidadores também necessitam de atenção e de cuidados médicos.

Moro e Módulo (2004) colocam que o período pré-cirúrgico envolve uma sobrecarga emocional para toda a família. Para os pais, porém, a ansiedade ligada a este momento parece ser muito comum e causada por preocupações com a separação das crianças, observar o *stress* delas, por vê-las submetidas a alguns procedimentos invasivos, pela anestesia, a cirurgia (seu êxito ou não) e a possibilidade de dor, além de preocupações relacionadas à idade da criança, este ser filho único ou ainda os pais trabalharem na área da saúde. Urbano (2004) considera ainda que a doença de um filho seja um dos maiores estressores familiares.

Shirley et al. (1998) avaliaram o nível de ansiedade de 100 pais de crianças agendadas para cirurgias eletivas e verificaram que 42% dos pais apresentavam níveis de ansiedade acima do esperado, porcentagem relativamente menor quando comparada aos achados do presente estudo, apesar de estarem sendo medidos sintomas não similares.

Ferrandis et al. (2008) observaram índices menores de *stress* geral em pais de crianças com câncer, quando comparados ao presente estudo. Os autores observaram que 36% deles apresentavam sintomas de *stress* geral e 49% apresentaram sintomas clinicamente significativos de *stress* pós-traumático. Contudo, os referidos autores utilizaram diferentes instrumentos para avaliação dos sintomas de *stress* (*Impact of Event Scale-Revised* - IES-R e *Brief Symptom Inventory 18* - BSI-18).

Ao compararem a ansiedade de mães de crianças que realizariam cirurgia com a de mulheres que sofreriam cirurgia, MacLaren e Kain (2008), em um estudo realizado nos Estados Unidos, observaram que as mães eram tão ansiosas quanto as mulheres submetidas a

cirurgia de grande porte e mais ansiosas que as mulheres que passariam por cirurgias de pequeno porte. Além disso, considerando as características das crianças, pode-se observar que os acompanhantes das meninas, de crianças mais novas e, principalmente, daquelas que não tinham experiência cirúrgica prévia, apresentaram níveis mais elevados de *stress*.

Assim como em estudos anteriores com cuidadores de crianças com necessidades especiais (Matsukura et al., 2007; Barbosa e Oliveira, 2008), predominaram sintomas típicos da fase de resistência. No presente estudo, todos os acompanhantes homens e a maior parte das mulheres se encontravam na fase de resistência. Porém, algumas mulheres encontravam-se na fase de quase exaustão (26,7%) ou na fase de exaustão (4,4%), sendo que, em geral, estas eram acompanhantes de crianças mais novas.

A fase de resistência ocorre quando a fase de alerta persiste, devido à longa duração ou à grande intensidade do estressor e o organismo se utiliza das reservas de energia adaptativa, na tentativa de se reequilibrar. Por outro lado, a fase da exaustão ocorre quando a resistência da pessoa não foi suficiente para lidar com a fonte de *stress* ou, se houver concomitantemente, a ocorrência de outros estressores. Nesta fase, o organismo encontra-se esgotado pelo excesso de atividades e pelo alto consumo de energia gasto na tentativa de buscar o restabelecimento do equilíbrio homeostático. Entre a fase de resistência e a de exaustão, tem-se a fase de quase-exaustão, que ocorre quando a pessoa encontra-se enfraquecida por não estar conseguindo adaptar-se ou resistir ao estressor, mas ainda não atingiu a exaustão completa (CAMELO & ANGERAMI, 2004; GOULART JR. & LIPP, 2008; LIPP, 2004). Portanto, as fases de exaustão e quase-exaustão em que algumas mulheres se encontram, podem ser consideradas mais graves e com possibilidade do surgimento de doenças e de maior interferência no funcionamento bio-psico-social da pessoa.

O ISSL, instrumento utilizado no presente estudo com os acompanhantes das crianças, permite, além do diagnóstico preciso da presença ou não do quadro de *stress* e da fase de

stress em que a pessoa se encontra, avaliar qual a sintomatologia mais apresentada, ou seja, física ou psicológica. No presente estudo, predominaram os sintomas psicológicos, seja para acompanhantes homens ou mulheres, cuidadores ou não.

Cardoso, Loureiro e Nelson-Filho (2004) avaliaram os sintomas de *stress* apresentados por mães de crianças em tratamento dentário e verificaram que estes foram principalmente de natureza psicológica: ansiedade, irritação, hipersensibilidade emocional, falta de autoconfiança e capacidade reduzida para lidar com as dificuldades da criança. Alguns destes sintomas, como a ansiedade, irritação e a hipersensibilidade emocional, também foram bastante citados no presente estudo.

Ressalta-se que todos os acompanhantes homens apresentaram somente sintomas psicológicos de *stress*, enquanto as mulheres, apesar do predomínio de sintomas psicológicos, também apresentaram sintomas físicos e, algumas, até os dois tipos de sintomas. Considerando as características da criança, os acompanhantes das meninas apresentaram mais sintomas físicos.

Diferentemente do observado por Cardoso, Loureiro e Nelson-Filho (2004), que fazem relação, por exemplo, entre ansiedade dos pais e dos filhos, o presente estudo revelou não haver nenhuma relação estatística significativa entre *stress* do acompanhante e *stress* da criança.

Os resultados encontrados neste estudo corroboram com os achados de Kain et al. (2000), Barros (2003) e Chorney e Kain (2010) de que há um alto índice de ansiedade nos pais e, também, nas crianças no período perioperatório, demonstrando a necessidade de uma maior preparação pré-cirúrgica com as crianças, com informantes comprometidos com a participação da criança neste processo e com informações mais completas.

Os autores referidos acima salientam a importância dos médicos, em especial os anestesistas, estarem atentos não só a algumas características das crianças pacientes cirúrgicas

(socialmente desadaptadas, tímidas, inibidas, ansiosas, estressadas), como também às características das famílias das mesmas, através da história da família com procedimentos médicos, as estratégias de enfrentamento utilizadas tanto pelos pais quanto pelas crianças, e a presença de ansiedade demasiada e *stress* nesses, pelo fato dos pais ocuparem um papel privilegiado no desenvolvimento das atitudes e crenças das crianças sobre saúde e doença, tanto por suas atitudes concretas, como pela expressão, de diferentes formas e em diferentes contextos de significações.

Estudos realizados por Crepaldi, Rabuske e Gabarra (2006), Chorney e Kain (2010) e Fortier et al. (2009) colocam que, na preparação psicológica para cirurgias e procedimentos, podem-se usar diversos objetos, dentre eles, livros, vídeos, cartilhas explicativas, brinquedos e sucata hospitalar, que possibilitem que a criança encene a situação. Além disso, a criança pode fazer uma visita ao centro cirúrgico, permitindo um contato com o ambiente, vestimentas e materiais usados, além da necessidade de se informar sobre procedimentos anestésicos, sobre o procedimento cirúrgico em si (onde e o que será realizado), a possibilidade de dor, sobre a recuperação, alterações no corpo (quando ocorrem), possíveis complicações e sobre os momentos em que estará ou não acompanhada. Alertam que deve ser contado à criança o que será feito durante o procedimento cirúrgico e o que ela poderá sentir, sendo que as informações devem ser dadas de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança, de forma direta e com detalhes suficientes para que ela desenvolva uma expectativa realista do procedimento. Esses autores apontam ainda sobre a importância da preparação poder ser realizada incluindo o acompanhante, ou ser realizada em separado deste. E que, dentre os benefícios de uma preparação psicológica para cirurgia e procedimentos, encontram-se a redução do *stress* e alívio da ansiedade pré e pós-cirúrgicas, por poder haver a manifestação de pensamentos e sentimentos relacionados ao ato cirúrgico e a possibilidade de certo controle sobre o desconhecido, que a situação cirúrgica representa.

Outro objetivo do presente estudo foi identificar os tipos de estratégias relatadas pelas crianças em situação pré-cirúrgica e verificar sua relação com as variáveis demográficas (sexo e idade) e médicas da criança e, ainda, com os resultados obtidos no ESI e no ISSL. Tal circunstância, ainda que a hospitalização seja para realização de cirurgia eletiva, pode desencadear uma reação de *stress*, o que leva o indivíduo a lançar mão de estratégias, efetivas ou não, para lidar com essas situações consideradas estressoras (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998). Enquanto as respostas de *stress*, apresentadas anteriormente, se caracterizaram como qualquer respostas envolvendo uma reação emocional ou comportamental espontânea, as respostas de enfrentamento/*coping* devem ser consideradas quaisquer ações intencionais, física ou mental, iniciadas em resposta a um estressor percebido (LAZARUS; FOLKMAN, 1985).

Inicialmente, foram levantados dados a respeito dos comportamentos de enfrentamento de hospitalização apresentados no AEH. Observou-se que, de forma geral, as crianças em situação pré-cirúrgica escolheram mais comportamentos como “tomar medicação” e “assistir TV” e menos comportamentos como “esconder-se” e “pensar em fugir”. Estes resultados foram semelhantes aos apresentados por Motta (2007), ao utilizar o mesmo instrumento para avaliar as estratégias de enfrentamento de crianças em tratamento de câncer, verificando que os comportamentos de “tomar medicação” e “assistir TV”, comportamentos descritos pela autora como facilitadores da hospitalização, apresentavam as médias mais altas e o de “esconder-se”, descrito como não-facilitador, a menor média.

É interessante ressaltar que o comportamento de “sentir medo”, apesar de não ser o mais relatado, esteve entre os 10 comportamentos mais pontuados pelas crianças. Este dado confirma o obtido por Sebastiani e Maia (2005), os quais apontam que, apesar dos avanços técnicos e científicos da Medicina, proporcionando técnicas cada vez mais sofisticadas de cirurgia e de anestesia, o paciente cirúrgico nunca se sente totalmente seguro, sendo comum

este apresentar sentimentos de impotência, isolamento, medo da morte, da dor, da mutilação, da incapacitação, além das dificuldades de adaptação frente às mudanças na imagem corporal.

Levando-se em consideração os resultados encontrados com relação às variáveis demográficas e médicas das crianças do Questionário de Levantamento de Informações, têm-se que meninas, crianças com idade igual ou superior a 11 anos, crianças com risco de *stress* e com acompanhantes estressados, apresentaram média de comportamentos de enfrentamento superiores a seus pares. Como apresentado pela literatura, lançar mão de comportamentos e estratégias de enfrentamento não garante o sucesso destes na adaptação. Portanto, apesar de apresentar mais comportamentos de enfrentamento, isto não significaria que tais crianças conseguissem lidar melhor com a situação de hospitalização para realização de cirurgia eletiva (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998; FOLKMAN; LAZARUS, 1985).

Especificamente em relação ao período pré-cirúrgico, como é o caso da amostra do presente estudo, Sebastiani e Maia (2005) e Moro e Módolo (2004) ressaltam que o paciente sofre influências de diversos fatores que podem interferir direta ou indiretamente na patologia ou na cirurgia, como: características pessoais, tipo de cirurgia a ser realizada, entendimento e da elaboração da situação neste período, e reações de medo e ansiedade (apesar destas poderem ser, dependendo da intensidade, consideradas normais).

Ao se pensar em cada comportamento de enfrentamento da hospitalização, não foi possível observar diferenças estatisticamente significativas entre gênero. Porém, entre idades, nota-se que as crianças com idade entre nove e 10 anos, apresentaram média significativamente superior para o comportamento de “ler”, provavelmente por estar num período do desenvolvimento em que tal comportamento é bastante aceito e reforçado pelo ambiente. Já as crianças mais novas foram as que apresentaram menores médias para diversos comportamentos, se sobressaindo somente nos comportamentos de ouvir música, fazer chantagem e pensar em fugir (mesmo que não significativamente).

Os dados obtidos estão de acordo com Barros (2003), que aponta que, à medida que a criança cresce, não só aumenta o leque de estratégias de enfrentamento, mas, também, a sofisticação das mesmas. Katz, Kellerman e Siegel (1982) também verificaram que as formas de expressar as emoções e a ansiedade também diferiram com relação à idade. Enquanto as mais novas geralmente se valiam da exteriorização da emoção de forma mais explícita, chorando, gritando e esperneando, as mais velhas utilizariam formas mais interiorizadas, mudanças na expressão facial e rigidez muscular.

Com relação ao *stress*, é interessante observar média significativamente superior do comportamento de “ouvir música” para as crianças sem *stress* e do comportamento de pedir informação para as acompanhadas também por pessoas sem *stress*. Em contrapartida, as crianças com risco de *stress* apresentaram médias significativamente superiores para os comportamentos de “esconder-se”, “sentir-se desanimado”, “sentir medo” e também uma tendência a “sentir-se culpado”.

Tanto o risco de *stress* na criança, quanto o fato desta ser acompanhada por um adulto com *stress* no período pré-cirúrgico, estiveram significativamente relacionadas à escolha das crianças pelos comportamentos de sentir raiva e sentir-se triste.

A escolha do comportamento de “esconder-se” demonstrou estar significativamente relacionada ao *stress* infantil e à não experiência anterior das crianças em cirurgia. Também foi possível notar média mais alta, de tal comportamento, para as crianças cujos acompanhantes estavam estressados (relação não significativa).

Os achados vão de encontro com o proposto por Moro e Módolo (2004) e Compas (1987), os quais apontam que, além da idade, há outros pontos relacionados aos esforços de enfrentamento, que influenciam a forma como a criança lida com a situação de *stress*. Elas incluiriam o temperamento da criança, a experiência prévia com procedimentos invasivos, a experiência de dor e modo como os pais reagem a tal situação.

Para Barros (2003), a atitude da criança diante da situação de *stress* (neste caso, a hospitalização para realização de cirurgia) vai depender, em grande parte, dos processos de significações utilizados pelos pais e outros adultos próximos, incluindo os profissionais de saúde.

Ao se buscar, através da justificativa dada pelas crianças para os cinco comportamentos mais e os cinco comportamentos menos escolhidos por elas no AEH, identificar as estratégias de enfrentamento utilizadas por estas crianças, observou-se de forma geral, que as crianças tiveram dificuldade em justificar alguns comportamentos, uma vez que a média da categoria “ausência de justificativa”, empregada neste estudo para caracterizar tal situação, se sobressaiu às das estratégias de enfrentamento. Porém, ao se fazer a análise das estratégias de enfrentamento para cada um dos 10 comportamentos escolhidos para análise, foi possível identificar que, para os comportamentos menos frequentes, em especial para o comportamento de “fazer chantagem”, esta foi a categoria com a pontuação mais alta, revelando uma dificuldade das crianças em justificar a emissão ou não deste comportamento, uma vez que suas justificativas estiveram mais baseadas em regras sociais do que em estratégias de enfrentamento. Tal categoria está relacionada ao fato das crianças não terem conseguido dar uma justificativa às suas respostas, ou esta fora dada de forma que não pudesse ser encaixada em alguma das 12 categorias propostas por Motta (2007), por exemplo, através de regras sociais .

Com relação às estratégias utilizadas pelas crianças, tem-se que a distração (DIS) e solução de problemas (SPR) foram as que obtiveram médias mais elevadas, e as de afastamento social (ASO) e oposição (OPO) as menos frequentes.

A partir da análise proposta para este estudo, de se observar as estratégias relacionadas aos cinco comportamentos mais escolhidos no AEH e aos cinco menos escolhidos pela amostra, foi possível observar que, nos comportamentos mais escolhidos, a estratégia de

enfrentamento distração (DIS) foi a mais identificada, e as estratégias oposição (OPO) e negociação (NEG) as menos. Já para os comportamentos menos escolhidos, a estratégia de reestruturação cognitiva (RCO) foi a mais frequente e geralmente usada para justificar a não-escolha de determinado comportamento (ex: não se esconder).

Tais dados corroboram com os achados de Motta (2007) em que as estratégias de distração e solução de problemas também foram identificadas como as de maior proporção para as crianças em tratamento de câncer. Moraes e Enumo (2008) também encontraram a estratégia de distração como a mais freqüente em crianças hospitalizadas por cinco a 20 dias.

Uma explicação para a maior freqüência da estratégia de distração, pode ser o fato da instituição em que o estudo se realizou, contar com brinquedoteca, parquinho, sala de computação e sala de aula, onde as crianças passavam a maior parte do tempo quando suas doenças não as restringiam ao leito. Apesar das crianças entrevistadas neste estudo nem sempre estarem hospitalizadas há mais de um dia, estas tinham igual acesso à infra-estrutura do hospital.

Altshuler et al. (1995, citado por MOTTA, 2007) mostram que a distração comportamental, representada pelos comportamentos de brincar, assistir TV, ler e fazer algo divertido, foi também a estratégia mais frequentemente relatada pelas crianças, quando elas precisavam lidar com a hospitalização. Sobre esse aspecto, pode-se pensar se o fato de serem encontradas, para esta amostra, médias maiores para comportamentos socialmente aceitáveis (como brincar, assistir TV, tomar medicação) pelos adultos e/ou profissionais da saúde, e estratégias de enfrentamento também aceitáveis, como a distração e a solução de problemas, poderia ser traduzida em uma boa adaptação à hospitalização e, assim sendo, não haveria indicação de intervenção. Entretanto, considera-se que a presença de outros comportamentos, não tão socialmente aceitáveis, como chorar, sentir medo, esconder-se e ficar triste, mesmo com proporção inferior, justificaria, no mínimo, uma investigação mais aprofundada sobre o

tipo de estratégia de enfrentamento que está subjacente a esses comportamentos.

Ao se dividir as estratégias de enfrentamento em estratégias baseadas na emoção e baseadas no problema, foi possível observar que os comportamentos de assistir TV, conversar, rezar, brincar e desanimar, apresentaram médias maiores para as estratégias baseadas na emoção, revelando, conforme proposto por Folkman e Lazarus (1985), que as crianças buscavam regular sua resposta emocional associada ao *stress*, no caso a realização de uma cirurgia. De outro lado, os comportamentos de tomar medicação, esconder-se, pensar em fugir e sentir culpa, relacionaram-se às estratégias baseadas no problema, comportamentos voltados a modificar a relação entre ela e o ambiente, tentando controlar ou alterar a situação estressora.

Antoniazzi, Dell'aglio e Bandeira (1998) e Savoia (1999) apontam que a utilização de estratégias baseadas no problema são mais prováveis quando a situação estressora é avaliada como modificável e as estratégias baseadas na emoção estão mais presentes quando a pessoa não encontra meios de modificar as condições de ameaça no ambiente. Isto pode ser considerado relacionado ao dado, encontrado no presente estudo, de uso mais freqüente das estratégias baseadas na emoção. Para Lisboa et al. (2002), as crianças geralmente usam estratégias de *coping* focalizadas na emoção, pois elas, na maioria das vezes, dispõem de recursos mais precários ou menos sofisticados para lidar com estressores. Na situação de hospitalização para a realização de cirurgia, esta está fora de seu controle direto, dependendo de seus pais, cuidadores e profissionais da saúde.

Considerando as variáveis das crianças (sexo, idade, experiência anterior com cirurgia e nível de *stress*) e do acompanhante (nível de *stress*), alguns apontamentos se mostraram relevantes. As meninas relataram mais as estratégias baseadas na emoção que os meninos, principalmente a regulação da emoção (REM) e a ruminação (RUM), dado este que confirma o proposto por Allegretti (2006), que salienta que o gênero parece estar relacionado ao uso de

estratégias de enfrentamento por haver formas de socialização diferentes para meninas e meninos. Estes seriam socializados para serem mais independentes e elas, para usarem mais estratégias pró-sociais.

Quanto à idade, Barros (2003), Costa Junior (2005) e Wills (1986) apontam que, com o aumento da idade, aumenta a variabilidade e diversidade de tipos de confronto utilizados pelas crianças. Elas tenderiam a utilizar mais o controle emocional para reduzir a tensão (intervenção cognitiva), recursos imaginários (como o relaxamento), bem como usar de estratégias de enfrentamento mais complexas, como por exemplo a reestruturação cognitiva (na tentativa de transformar o significado da situação estressante). Em contrapartida, as crianças pequenas, presas ao concreto e ao imediato, se beneficiam de confrontos diretos, enfrentamentos comportamentais e busca por apoio emocional.

Barros (2003) ressalta que, numa perspectiva desenvolvimentista, as competências cognitivas envolvidas no confronto emocional tendem a ser mais sofisticadas e a emergir no final da idade escolar (última faixa etária apresentada por este estudo), quando a criança passa a utilizar regras mais abstratas e generalizáveis para controlar a ação. Tal conclusão apóia os dados encontrados neste estudo, observando-se uma relação estatisticamente significativa entre o aumento da idade e o aumento do uso da estratégia de reestruturação cognitiva (RCO). Já entre as crianças mais novas (sete a oito anos), observou-se dificuldades destas para utilizar alguma estratégia de enfrentamento para justificar seus comportamentos.

Ainda com relação à estratégia RCO, o fato da criança ter experiência anterior com procedimentos cirúrgicos estava significativamente relacionado ao uso desta estratégia, provavelmente por terem experienciado situações e sentimentos semelhantes em momentos anteriores, tais como dor e medo de se separar dos pais, o que, conforme o proposto por Moro e Módolo (2004) e Compas (1987), influenciam a forma como a criança lida com a situação de *stress*. Ao contrário das crianças sem experiência prévia com cirurgias, as quais

apresentaram médias superiores para as estratégias de desamparo (DES), o que indica passividade, exaustão cognitiva, pessimismo e desânimo e, para a estratégia de esquiva (ESQ), que indica a tentativa de não-envolvimento com a situação estressante, negação, ações de evitação e fuga cognitiva (MOTTA, 2007).

A presença de *stress*, tanto nas crianças quanto nos acompanhantes, esteve estatisticamente relacionada ao uso da estratégia de ruminação (RUM), caracterizada por pensamentos negativos, catastrofização, ampliação da ansiedade, autculpa e medo (MOTTA, 2007). As crianças com *stress* ainda apresentaram a estratégia de esquiva (ESQ) e uma média menor de relato da estratégia de solução do problema (SPR) que as crianças sem risco de *stress*.

Um dado a ser destacado é o das crianças acompanhadas por adultos estressados que relataram significativamente mais a estratégia de regulação da emoção (REM) que as crianças sem acompanhantes estressados. Ao se lembrar do proposto por Lisboa et al. (2002), de que as crianças que utilizam estratégias de *coping* focalizadas na emoção dispõem de recursos mais precários ou menos sofisticados para lidar com estressores, pode-se supor que o fato do acompanhante estar estressado influenciaria negativamente na forma como esta criança experiencia e enfrenta a situação de hospitalização. Em contrapartida, a população estudada não é a mesma para os dois estudos e, tomando as características específicas desta amostra (crianças hospitalizadas para realização de cirurgia), pode-se pensar também que, uma vez que o acompanhante encontra-se estressado, a criança necessitaria lançar mão dos recursos disponíveis no momento, precários ou não, para conseguir, de alguma forma, lidar com a situação de hospitalização e de ter um acompanhante estressado, que talvez não estivesse conseguindo enfrentar este momento da melhor forma, sendo a regulação da emoção a estratégia que estivesse ao seu alcance.

Ao se fazer a análise de cada comportamento de *coping* da hospitalização em

separado, levando-se em consideração tanto as estratégias de enfrentamento relacionadas a eles quanto as variáveis das crianças, foi possível observar que os apontamentos feitos até o presente momento sobre a relação entre as estratégias de enfrentamento relatadas e as variáveis das crianças para a maioria dos comportamentos analisados, mantiveram-se. Observou-se o relato da estratégia de RCO pelas crianças mais velhas e crianças com experiência prévia com procedimentos cirúrgicos, a dificuldade das crianças mais novas justificarem se usam ou não determinados comportamentos apresentados nas pranchas do AEH. A presença de *stress*, seja na criança ou no acompanhante parece, então, estar relacionada ao uso de estratégias de enfrentamento de ruminação (RUM) e de regulação da emoção (REM).

Os resultados corroboram com Broering e Crepaldi (2008) e Carvalho, Silva, Santos e Camargo (2006), ao relatarem que a pouca experiência da criança com situações semelhantes à hospitalização, principalmente cirúrgica, e sua imaturidade biopsicológica dificultam o enfrentamento da situação de hospitalização para realização de cirurgia, uma vez que esta a expõe a vários estressores, com os quais tem dificuldade de manejo, tornando-a mais complexa do que ao ser experienciada por um adulto.

Apesar da importância da maturidade biopsicológica para prever as condições que a criança tem para enfrentar a situação e de optar por um tipo de estratégia ou outra, ela não pode ser considerada um fator suficiente para explicar toda a variabilidade de desempenho das crianças frente ao *stress*. Barros (2003), Compas, Banez, Malcarne e Worshan (1991) e Costa Junior (2005) pontuam que o contexto em que o *stress* ocorre, os exemplos de enfrentamento familiar a que a criança está exposta e, principalmente, a possibilidade de controle do estressor, tem um peso determinante na escolha do tipo de enfrentamento, assim como de sua eficácia. Dessa forma, é importante lembrar que a situação de hospitalização estaria relacionada à pouca possibilidade de controle do estressor.

Embora dados gerais com relação aos comportamentos e estratégias de enfrentamento e variáveis tenham sido apresentados, a ressalva de alguns achados será realizada. Por exemplo, o comportamento de tomar medicação está associado à estratégia de SPR (Solução do problema) mas, para as crianças mais velhas e com experiência cirúrgica prévia, associou-se à estratégia de RCO (Reestruturação cognitiva). Os dados demonstram que as crianças acabam tendo comportamentos socialmente aceitos diante da situação de hospitalização para realização cirúrgica, como uma forma de resolução de seu problema, para conseguir sair mais rapidamente da situação estressora de forma satisfatória e, apesar de encará-la como uma situação não agradável, faz buscas ativas através de pensamentos que visam mudar sua percepção sobre a situação (MOTTA, 2007).

Quanto ao comportamento de conversar, notou-se que, para os meninos, associa-se mais à estratégia busca por suporte, do que para as meninas, que o relacionaram mais à estratégia de distração. Este dado é antagônico à crença de que o sexo feminino buscaria conversar mais que o masculino na busca de suporte social e àquele apresentado por Allegretti (2006), de que as meninas se valeriam do uso de estratégias pró-sociais devido às formas de socialização diferenciadas para meninas e meninos.

A estratégia de regulação da emoção (REM) relacionada ao comportamento de brincar esteve atrelado ao sexo feminino e ao fato da criança ter acompanhante com presença de *stress*.

Para os comportamentos de esconder-se, pensar em fugir e sentir culpa, comportamentos menos escolhidos pelas crianças no AEH, observa-se que houve uma tendência das crianças com idade entre nove e 10 anos, com risco de *stress* e sem experiência anterior com cirurgia, escolherem mais o comportamento de esconder-se relacionando à estratégia de esquiva (ESQ) da situação estressora. Todas essas crianças apresentam, de algum modo, alguma variável que as tornam mais vulneráveis para adotar esta estratégia como forma

de se livrar da situação estressora (MOTTA, 2007), uma vez que estão relacionados à pouca experiência da criança com situações semelhantes à hospitalização e à imaturidade biopsicológica (BROERING; CREPALDI, 2008; CARVALHO; SILVA; SANTOS; CAMARGO, 2006).

Por outro lado, a estratégia de reestruturação cognitiva (RCO) foi identificada nos meninos como relacionada a não se esconder; pelas crianças com experiência cirúrgica, para não pensar em fugir e, pelas crianças com idade superior a nove anos, para não sentir culpa. Estes dados demonstram uma maior capacidade de lidar com a situação de hospitalização para realização cirúrgica sem necessariamente se valer de estratégias que a tirem da situação estressora por medo, ansiedade ou algo parecido e sim, pela possibilidade de cura, que geralmente é proposta pela cirurgia (MOTTA, 2007).

Para o comportamento de desanimar, o sexo masculino e o *stress* nas crianças e nos acompanhantes mostraram-se relacionados ao relato da estratégia de ruminação (RUM) e, ter experiência prévia com cirurgia, estava relacionado com relatos mais frequentes da estratégia de reestruturação cognitiva, relacionada ao comportamento de não desanimar.

Devido a tantas variações das estratégias de enfrentamento relatadas pelas crianças, é importante lembrar que, por ter relação mediadora com o meio, o enfrentamento é um processo momentâneo, diversificado durante os estágios da vida e de uma situação estressante para outra, e não uma característica constante da personalidade, podendo as ações ser aprendidas, usadas e descartadas e, que avaliações situacionais não permitem explicar todo o rol de estratégias de enfrentamento utilizadas pelos indivíduos. Ressalta-se, ainda, que as estratégias de enfrentamento devem ser analisadas independentemente de seus resultados, não sendo consideradas *a priori* como boas ou não, adaptativas ou mal adaptativas, uma vez que qualquer tentativa de se administrar o evento estressor é considerado estratégia, tenha havido sucesso em seu resultado ou não (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998;

FOLKMAN; LAZARUS, 1985; PETERSON, 1989).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As doenças e seus tratamentos representam um fator estressor para a criança e sua família mas, além disso, podem constituir-se em uma oportunidade de enriquecimento e aprendizagem, uma vez que as estratégias utilizadas para lidar com tal situação, adaptativas ou não, promoverão, principalmente para a criança, oportunidade de compreender e significar a doença e a hospitalização. Dessa forma, se o *stress* conseqüente à doença não pode ser modificado, a criança deve encontrar estratégias que facilitem o confronto da situação. Porém, esta capacidade da criança compreender, significar e utilizar estratégias de enfrentamento que facilitam tal confronto depende, em grande parte, dos processos de significações utilizados pelos pais e outros adultos próximos, incluindo os profissionais de saúde (BARROS, 2003).

Apesar do presente estudo e outros realizados no âmbito nacional (como os de Moraes e Enumo (2008), Motta (2001,2007), Motta e Enumo (2002, 2004, 2006) Motta, Enumo e Ferrão (2006)) apresentarem maior presença de comportamentos (como brincar, assistir TV, tomar medicação) e estratégias de enfrentamento socialmente aceitas e estes geralmente serem traduzidos como uma boa adaptação à hospitalização, considera-se que a presença de comportamentos e estratégias de enfrentamento não tão aceitas socialmente como os comportamentos de chorar, pensar em fugir, esconder-se, mesmo ocorrendo em proporções inferiores, justificariam investigações mais aprofundadas sobre o tipo de estratégia de enfrentamento que está subjacente a esses comportamentos, além de intervenções com tal população.

De modo a auxiliar que a situação de hospitalização também seja uma oportunidade de crescimento e aprendizagem, a preparação cirúrgica da criança, psicológica ou não,

necessitaria ser realizada. Chorney e Kain (2010) apontam que, para se fazer uma preparação adequada da criança para a cirurgia, alguns fatores devem ser levados em consideração, como a ansiedade dos pais e da criança, a história da família com procedimentos médicos e as estratégias de enfrentamento utilizadas.

Jaaniste, Hayes e von Bayer (2007, citados por CHORNEY; KAIN, 2010) assinalam ainda que, além das informações sobre o procedimento em si, as crianças (especialmente aquelas com experiências médicas negativas) devem receber um treino em habilidades de enfrentamento. Este treino foi proposto por Motta (2007), ao propor um programa de intervenção psicológica no hospital, o qual contava com brincadeiras para investigação e treino de estratégias de enfrentamento úteis para possibilitar uma melhor adaptação das crianças à situação de hospitalização.

Lembrando que, assim como demonstra a literatura, ao mesmo tempo em que a família é afetada pela situação de doença e tratamento da criança, as atitudes familiares são importantes fontes de informação para as crianças e podem influenciar o modo como estas percebem e lidam com a doença e o tratamento da mesma (CASTRO; PICCININI, 2002; CARDOSO; LOUREIRO; NELSON-FILHO, 2004). Sendo assim, conclui-se que o impacto dos procedimentos cirúrgicos não acometem só a criança, mas também a família, o que deve ser levado em consideração, permitindo uma maior comunicação e preparação pré-operatória para os familiares, por meio de intervenções educativas e/ou intervenções psicológicas, assim como as propostas por Chorney e Kain (2010), Felder-Puig et al. (2003) e Gorayeb et al. (2009). Estes estudos verificaram benefícios advindos da inserção dos familiares na preparação para a cirurgia das crianças, como níveis mais baixos de ansiedade, maior participação nos cuidados da criança, além dos benefícios para a própria criança.

É importante salientar que, apesar de existirem estudos relacionados à avaliação do *stress* nas crianças e no familiar cuidador, estes acabam sendo mais frequentes para situações

de doenças crônicas, hospitalização de longo prazo, bem como de doenças mentais. São poucos os que se debruçam sobre questões relacionadas às situações cirúrgicas, sendo estes mais frequentes na área de enfermagem, fato que nos revela uma área pouco explorada pelos estudos de Psicologia, principalmente no âmbito nacional. Tal fato tem sido mencionado por estudiosos da área como Antoniazzi et al. (1998), Dell'Aglio (2003), Motta e Enumo(2002) e Motta (2007), refletindo sobre a pequena quantidade de pesquisas com enfrentamento na área da infância, dirigidos a esta população.

Em adição, a investigação com crianças da faixa etária da presente pesquisa (sete a 12 anos) é pouco realizada. Estas se concentram mais em crianças com idades inferiores ou com idades após a faixa etária escolar. Todavia, não se encontraram dados sobre a prevalência de doenças, internações ou realizações cirúrgicas mais em uma idade do que em outra, que justificasse a ausência de estudos.

O presente estudo, dessa forma, contribui para a melhor compreensão de como a situação de hospitalização, principalmente para a realização de cirurgia, pode interferir nas reações de *stress* de cuidadores e crianças e no modo como estas enfrentam tal situação, uma vez que, independente da idade da criança, a situação de realização cirúrgica está atrelada a um período de ansiedade e *stress* vivenciado por toda a família. Para a criança, esta se relaciona com um período de afastamento social, o que pode influenciar a forma como esta lida com a cirurgia em si e seu pós-operatório. Para os cuidadores, em especial as mães, tais preocupações com o filho também influenciam como estes lidam com a situação. Sendo assim, coloca-se aqui a necessidade de mais estudos na área, voltados para crianças de diversas faixas etárias e, possíveis propostas de intervenção.

Além disto, este estudo contribuiu também ao propor uma nova forma de avaliação para a Escala de Stress Infantil (ESI) (Lipp; Lucarelli, 2005). Em seu manual, as autoras apresentam, para o instrumento, a possibilidade do diagnóstico de *stress* infantil em duas

categorias: presença ou ausência de *stress*. O presente estudo propôs uma categoria extra, intermediária às existentes, nomeada de “possibilidade de stress”. A presença da nova categoria possibilitou o rastreamento do risco das crianças virem a desenvolver *stress*.

Faz-se necessário, também, salientar algumas limitações deste estudo. Pelo fato de serem aplicados dois instrumentos junto às crianças, o tempo de aplicação destes acabou se tornando longo, uma média de uma hora e meia de aplicação, o que muitas vezes as deixavam cansadas e desmotivadas ao final, o que pode ter interferido na coleta dos dados referentes ao AEH. Por ser realizada nas enfermarias, onde as crianças encontravam-se internadas, muitas vezes não havia privacidade suficiente para que a criança se sentisse à vontade para responder aos instrumentos. A coleta também era interrompida pela necessidade de procedimentos médicos, o que também pode ter influenciado nas respostas obtidas.

O estudo ainda pode ter perdido alguma riqueza de informações por não ter sido considerado o tipo de cirurgia a ser realizada, por uma dificuldade de separação em categorias, pela ampla variedade de tipos e especialidades médicas e por não ter sido realizada a análise das estratégias de enfrentamento para todos os comportamentos apresentados nas pranchas do AEH. Sendo assim, propõe-se que estudos posteriores possam levar estes dados em consideração.

Algumas dificuldades também foram encontradas quando a pesquisa se iniciou, uma vez que a dinâmica do hospital deveria ser respeitada. As entrevistas somente podiam ser realizadas no período da tarde, uma vez que a maioria das crianças chegavam pela manhã no hospital e realizavam sua cirurgia no dia seguinte pela manhã e era necessário que ela tivesse no mínimo algumas horas de contato com o ambiente hospitalar. Durante o período de coleta de dados ainda ocorreram dois incidentes: o país passou por uma pandemia, a gripe A (vírus H1N1) e o hospital reformou seu centro cirúrgico. Diante de tais fatos, o hospital parou de realizar uma grande quantidade de cirurgias eletivas, atendendo essencialmente urgências e

emergências.

Todavia, imprevistos sempre acontecem quando é necessário coletar dados em contextos reais, com o propósito de analisar o comportamento *in loco*. Ainda que se observem prejuízos, a riqueza dos dados coletados compensa a falta de alguns deles.

6. REFERÊNCIAS

- ALLEGRETTI, J. **Nível de stress, fontes estressoras e estratégias de enfrentamento em mulheres**. 2006. 70f. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2006.
- ANTONIAZZI, A.S.; DELL'AGIO, D.D.; BANDEIRA, D.R. O conceito de *coping*: uma revisão teórica. **Estudos de Psicologia**, v.3, n.2, p. 273-294, 1998.
- BARROS, L. **Psicologia Pediátrica: perspectiva desenvolvimentista**. 2ªed. Lisboa: Climepsi editores, 2003.
- BOEKAERTS, M. Coping with stress in childhood and adolescence. In: ZEIDNER, M.; ENDLER, N. S. (Org.) **Handbook of coping**. New York: Wiley. p. 452-484, 1996.
- BROERING, C. V.; CREPALDI, M. A. Preparação psicológica para a cirurgia em pediatria: importância, técnicas e limitações. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 39, p. 61-72, 2008.
- CALAIS, S. L., ANDRADE, L. M. B.; LIPP, M. E. N. Diferenças de sexo e escolaridade na manifestação de *stress* em adultos jovens. **Psicologia: Reflexão & Crítica**. v. 16, n. 2, p. 257-263, 2003.
- CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos da saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 14-21, 2004.
- CARDOSO, C. L.; LOUREIRO, S. R.; NELSON-FILHO, P. Pediatric dental treatment: manifestations of stress in patients, mothers and dental school students. **Braz Oral Reser**, v. 18, n. 2, p. 150-155, 2004.
- CARVALHO, V. A.. A questão do câncer. In: **Psicossoma I: psicanálise e psicossomática**. FERRAZ, F.C.; VOLICH, R. M. (Orgs). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 177-195.
- CARVALHO, L.S. et al. A criança lidando com estressores pré-cirúrgicos. Estudo exploratório. **Online Brazilian Journal of Nursing**, vol 5, no 3, 2006. Disponível em:

- <<http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/rt/printerfriendly/508/117>>. Acesso em: 14 abr. 2010.
- CASTRO, E. K.; PICININI, C. A. Implicações da doença orgânica crônica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas. **Psicologia: Reflexão E Crítica**, v.15, n. 3, p. 625-635, 2002.
- CHORNEY, J. M.; KAIN, Z. N. Family-centered Pediatric Perioperative Care. **Anesthesiology**, v. 112, n. 3, 751-5, 2010.
- COMPAS, B.E.; BANEZ, G.A.; MALCARNE, E.; WORSHAN, N. Perceived control and coping with stress: a developmental perspective. **Journal of Social Issues**, v. 47, n. 4, p. 23-24, 1991.
- COMPAS, B.E.; MALCARNE; FONDACARO, K. M. Coping with stressful events in older children and younger adolescents. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 5, p. 405-11, 1988.
- COMPAS, B.E. Coping with stress during childhood and adolescence. **Psychological Bulletin**, v. 101, p. 393-403, 1987.
- CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução 196/1996**. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>>. Acesso em 20 fev. 2008.
- COSTA JUNIOR, A.L. Psicologia da saúde e desenvolvimento humano: o estudo do enfrentamento em crianças com câncer e expostas a procedimentos médicos invasivos. In: DESSEN, M.A.; COSTA JUNIOR, A.L.(orgs). **A Ciência do desenvolvimento humano - tendências atuais e perspectivas futuras**. Porto Alegre: Artmed, p. 171-189, 2005.
- COSTA, M. et al. Estresse: diagnóstico dos policiais militares em uma cidade brasileira. **Ver. Pan. De Salud Pública**, v. 21, n. 4, p. 217-222, 2007.
- COYNE, I. Children's experiences of hospitalization. **Journal of Child Health Care**, v. 10, n.

- 4, p. 326-336, 2006.
- CREPALDI, M.A.; RABUSKE, M.M.; GABARRA, L.M. Modalidades de atuação do psicólogo em psicologia pediátrica. In: CREPALDI, M.A.; LINHARES, M.B.M.; PEROSA, G.B. (Orgs.). **Temas em Psicologia Pediátrica**. São Paulo: Casa do Psicólogo. p.13-55, 2006.
- DELL'AGLIO, D.D. O Processo de coping em crianças e adolescentes: adaptação e desenvolvimento. **Temas em Psicologia da SBP**, v. 11, n. 1, p. 38-45, 2003.
- DELL'AGLIO, D.D.; HUTZ, C. S. Estratégias de *coping* e estilo atribucional de crianças em eventos estressantes. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v.7, n.1, p. 55-13, 2002.
- ESGALHA, L.R. **Disfunção Temporomandibular (DTM):** Impacto do Relaxamento sobre Ansiedade e Estresse. 2009. 74f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) - Faculdade de Ciências, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – UNESP, Bauru, São Paulo, 2009.
- FÁVERO, M. A. B.; SANTOS, M. A. Autismo infantil e estresse familiar: uma revisão sistemática da literatura. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 18, n. 3, p. 358 – 369, 2005.
- FELDER-PUIG, R.; MAKSYS, A.; NOESTLINGER, C.; GADNER, H.; STARK, H.; PFLUEGER, A.; TOPF, R. Using a children's book to prepare children and parents for elective ENT surgery: results of a randomized clinical trial. **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology**, v. 67, p. 35-41, 2003.
- FERRANDIS, E. D.; VAILLO, Y. A., GARRIDO, M. J. G., LOPEZ, S. H., SOLER, C. L. General distress, posttraumatic stress symptoms, and coping strategies in parents of children with cancer. **Temas em Psicologia**, v. 16, n. 1, p. 47 – 61, 2008.
- FRANCK, L. S.; SPENCER, C. Informing parents about anaesthesia for children's surgery: a critical literature review. **Patient Education and Counseling**, v. 59, p. 117–125, 2005.
- FOLKMAN, S. Personal control and stress and coping processes: a teoretical analisys.

- Journal of Personality and Social Psychology**, v. 4, p. 839-52, 1984.
- FOLKMAN, S.; LAZARUS, R.S. Analysis of coping in a middle-age community Sample. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 21, p. 219-39, 1985.
- FORTIER, M.A. *et al.* Children's Desire for Perioperative Information. **Anesthesia & Analgesia**, v. 109, n. 4, 1085-90, 2009.
- GALEGO, J. C. B. et al. Cefaléia crônica diária: estresse e impacto sobre a qualidade de vida. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 65, n. 4, p. 1126-1129, 2007.
- GOMES, V. F.; BOSA, C. Estresse e relações familiares na perspectiva de irmãos de indivíduos com transtornos globais do desenvolvimento. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 9, n. 3, p. 553 – 561, 2004.
- GORAYEB, R. P. et al. Importance psychological intervention for the recovery of children submitted to elective surgery. **Journal of Pediatric Surgery**, v. 44, p. 1390-1395, 2009.
- GOULART JR., E. & LIPP, M. E. N. Estresse entre professoras do ensino fundamental de escolas públicas estaduais. **Psicologia em Estudo**, v. 13, n. 4, p. 847-857, 2008.
- HORIGUCHI, A.S.; LIPP, M.E.N. Alzheimer: stress e qualidade de vida de cuidadores informais. **Psychiatry on line Brasil**, v. 15, n. 3, março, 2010. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano10/art0310.php>>. Acesso em: 29 mai. 2010.
- IWAMOTO, V. et al. Evaluation of psychological stress in primary caregivers of patients with juvenile idiopathic arthritis. **Jornal de Pediatria**, v.84, n. 1, p. 91-94, 2008.
- KAIN, Z. N. et al. Social Adaptability, Cognitive Abilities, and Other Predictors for Children's Reactions to Surgery. **Journal of Clinical Anesthesia**, v.12, p. 549 –554, 2000.
- KATZ, E.; KELLERMAN, J.; SIEGEL, S. Self-report and observational measurement of acute pain, fear, and behavioral distress in children with leukemia (discurso apresentado no **Encontro Anual da Society Of Behavioral Medicine**, Chicago). 1982.
- LI, H. C. W. Evaluating the effectiveness of preoperative interventions: the appropriateness of

- using the children's emotional manifestation scale. **Journal of Clinical Nursing**, v. 16, p. 1919–1926, 2007.
- LISBOA et al. Estratégias de Coping de Crianças Vítimas e Não Vítimas de Violência Doméstica. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 15, n. 2, p. 345-362, 2002.
- LIPP, M.N. **Inventário de sintomas de stress para adultos (ISSL)**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2ªed. Revisada, 2002.
- LIPP, M.E. N. Stress emocional: Esboço da teoria de “temas de vida”. In: _____. **O stress no Brasil: pesquisas avançadas**. Campinas: Papyrus, p. 17-31, 2004.
- LIPP, M. E. N.; LUCARELLI, M. D. M. **Escala de Stress Infantil – ESI: manual**. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo, 2ºed, 2005.
- LIPP, M.E.N.; ROMANO, A.S.F. O stress infantil. **Estudos de Psicologia, Campinas**, v. 4, n. 1, p. 42-54, 1987.
- LUCARELLI, M.D.M. Diagnóstico do stress infantil. In: **O stress no Brasil: pesquisas avançadas**. Lipp. M.E. (Org). Campinas: Papyrus. p.31-41, 2004.
- LUDGWIG M. W. B. et al. Localização da lesão e níveis de stress em pacientes dermatológicos. **Estudos de Psicologia, Campinas**, v. 25, n. 3, p. 343-52, 2008.
- MACLAREN, J., KAIN, Z. N. A Comparison of Preoperative Anxiety in Female Patients with Mothers of Children Undergoing Surgery. **Anesth Analg**, v. 106, n. 3, p. 810 – 3, 2008.
- Martins, M.G.T. Sintomas de stress em professores brasileiros. **Revista Lusófona de Educação**, v. 10, p. 109-128, 2007.
- MATSUKURA, T. S. et al. Estresse e suporte social em mães de crianças com necessidades especiais. **Rev. Bras. Ed. Esp.**, Marília, v.13, n.3, p.415-428, Set.-Dez. 2007.
- MORAES, E.O.; ENUMO, S.R.F. Estratégias de enfrentamento da hospitalização em crianças avaliadas por instrumento informatizado. **PsicoUSF**. [online]. dez. 2008, vol.13, no.2, p.221-231. Disponível em: <http://pepsic.bvs->

psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-

82712008000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 out. 2009.

MORO, E.T.; MODOLO, N.S.P. Ansiedade, a criança e os pais. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Campinas, v. 54, n. 5, outubro, p. 728 – 738, 2004.

MOTTA, A.B. AEH - Avaliação das Estratégias de Enfrentamento da Hospitalização. In A. B. Motta, **Brincar no hospital: Câncer infantil e avaliação do enfrentamento da hospitalização** (p. 159-185). Dissertação de Mestrado. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, 2001.

MOTTA, A.B. **Brincando no hospital: uma proposta de intervenção psicológica para crianças hospitalizadas com câncer**. Tese de Doutorado (Programa de Pós-Graduação em Psicologia). Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, 2007.

MOTTA, A.B.; ENUMO, S.R.F. Brincar no hospital: avaliação do enfrentamento da hospitalização. **Psicologia: Saúde & Doença**, Lisboa, Pt, v. 3, n. 1, p. 23-41, 2002.

MOTTA, A. B.; ENUMO, S.R.F. Brincar no hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 19-28, 2004.

MOTTA, A. B.; ENUMO, S.R.F. **AEH - Instrumento para avaliação do enfrentamento da hospitalização e ABH – Avaliação do brincar no hospital**: descrição e instruções de aplicação [texto não publicado]. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, mar. 2006.

MOTTA, A.B., ENUMO, S.R.F., FERRÃO, E.S. Avaliação das estratégias de enfrentamento da hospitalização em crianças com câncer. In: **Temas em Psicologia Pediátrica**. Crepaldi, M.A.; Linhares, M.B.M.; Perosa, G.B. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo. p.191-218, 2006.

PEROSA, G.B. et al. Aspectos psicológicos na comunicação médico-paciente no *setting* pediátrico. In: **Temas em Psicologia Pediátrica**. Crepaldi, M.A.; Linhares, M.B.M.;

- Perosa, G.B. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo. p.57-82, 2006.
- PETERSON, L. Coping by children undergoing stressful medical procedures: some conceptual, methodological and therapeutic issues. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 57, p. 380-87, 1989.
- REZENDE NETO, A. Gerenciamento do stress: controle da ansiedade e das alterações fisiológicas. In: **O stress no Brasil: pesquisas avançadas**. Lipp. M.E. (org). Campinas: Papirus.p.93-105, 2004.
- RIBEIRO, R. M.; TAVANO, L. D.; NEME, C. M. B. Intervenções psicológicas nos períodos pré e pós-operatório com pacientes submetidos a cirurgia de enxerto ósseo. **Rev. Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 19, n. 3, p. 67-76, setembro/dezembro, 2002.
- SAVOIA, M. G. Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (coping). **Revista Psiq. Clin.** v. 26, n. 2, p.57-63, 1999.
- SBARAINI, C. R.; SCHERMAN, L. B. Prevalence of childhood stress and associated factors: a study of schoolchildren in a city in Rio Grande do Sul State, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p.1082-1085, maio, 2008.
- SCHMIDT, C.; BOSA, C. Estresse e auto-eficácia em mães de pessoas com autismo. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 59, n. 2, p.179-191, 2007.
- SEBASTIANI, R. W.; MAIA, E. M. C.. Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. **Acta Cir. Bras.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 50-5, 2005 .
Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-86502005000700010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 nov. 2009.
- SHIRLEY, P. J.; THOMPSON, N.; KENWARD, M.; JOHNSTON, G. Parental anxiety before elective surgery in children. **Anaesthesia**, v. 53, p. 956-959, 1998.
- SIEGEL, S. **Estatística não paramétrica (Para Ciências do Comportamento)**. McGraw-Hill: São Paulo. p.342, 1981.

TANAKA, K.; DEUTSCH, S.; VALIM, P.C. Efeito da ginástica laboral no stress. **Revista digital**, Buenos Aires, v.12, n. 108, 2007. Disponível em: < [HTTP://efdeportes.com](http://efdeportes.com)>.

Acesso em: 31 mai. 2010.

URBANO, M.F.G. Stress e qualidade de vida dos pais de crianças com leucemia e o stress da criança. Em: **O stress no Brasil: pesquisas avançadas**. Lipp. M.E. (org). Campinas: Papirus, p. 105-112, 2004.

WILLS, T. Stress and coping in early adolescence: relationships to substance abuse in urban school samples. **Health Psychology**, v. 5, p. 503-29, 1986.

Apêndice A - Questionário de Levantamento De Informações

Código na pesquisa: _____ Adulto correspondente à criança: _____
 Identificação do Informante: Sexo: () F () M Idade: _____
 Grau de parentesco da criança: _____

Sobre sua família:

d) Qual a origem da sua família?
 () brasileira: () estrangeira Onde: _____
 Sendo brasileira: () Estado de São Paulo () outro estado: _____
 Residência atual (cidade?): _____

2. Qual a Profissão dos genitores da criança?

Do pai _____
 Da mãe: _____

3. Qual a escolaridade dos genitores criança?

MÃE	() não alfabetizada () Educação Infantil: () incompleto () completo () Ensino Fundamental: () incompleto () completo () Ensino Superior () incompleto () completo
PAI	() não alfabetizado () Educação Infantil: () incompleto () completo () Ensino Fundamental: () incompleto () completo () Ensino Superior () incompleto () completo

4. Qual a renda econômica aproximada da família? _____

5. Quantas pessoas residem na casa com a criança? _____

6. Como se constitui a família da criança hospitalizada?

() pais da primeira união () pais de família reconstruída

Em caso de família reconstruída, descrever as condições (no da união, se tem filhos(as) de outras uniões anteriores, etc.)

7. Liste os filhos pela hierarquia de nascimento, do mais velho ao mais novo, incluindo a criança hospitalizada referindo-se ao sexo e à idade das crianças.

Sobre a criança:

8. A criança hospitalizada é do sexo: F() M(); Idade: _____

9. A criança estuda em que série? _____ Escola: () pública () particular
Quanto tempo a criança está ou ficará afastada da escola para a realização desta cirurgia?

10. Como você avalia o histórico de saúde geral da criança?

- () péssimo, sempre foi uma criança doente
() ruim, fica doente várias vezes
() normal, fica doente como toda criança
() bom, geralmente não fica doente
() ótimo, quase nunca fica doente

11. A criança tem alguma experiência anterior com hospitalização?

- () não, nunca
() sim, várias vezes MOTIVO: _____
() sim, poucas vezes MOTIVO: _____
() sim, uma única vez anterior MOTIVO: _____

12. A criança tem alguma experiência anterior com cirurgia?

- () não, nunca
() sim, várias vezes MOTIVO: _____
() sim, poucas vezes MOTIVO: _____
() sim, uma única vez anterior MOTIVO: _____

13. A criança sabe o motivo pelo qual está internada hoje?

- () não Por que? _____
() sim O que sabe? _____

Quem contou a ela? _____

Qual a sua reação? _____

14. O quanto você avalia que a criança está preparada emocionalmente para enfrentar a cirurgia hoje?

- () muito () preparada () pouco () nada

15. Há quanto tempo você sabe que a criança teria que passar por esta cirurgia?

Apêndice B – AEH – Roteiro de entrevista com a criança (adaptado)

1. “Você sabe por que está aqui no hospital?” Se sim: “Qual é o motivo?”
2. “O que você tem feito, pensado e sentido desde que você descobriu que iria fazer uma cirurgia? E no hospital?”

“Agora, eu vou mostrar a você desenhos com uma criança fazendo, pensando ou sentindo várias coisas. Você vai me falar o quanto cada desenho representa o que você tem feito, pensado ou sentido desde quando você ficou sabendo da realização de sua cirurgia”.

Pedir para que a criança descreva o desenho.

Dar as instruções e pedir para que a criança aponte sua resposta, primeiramente para desde quando soube da cirurgia e, posteriormente, a criança deveria apontar a resposta para o período anterior à notificação da cirurgia.

Pedir justificativa da resposta.

Questões facilitadoras para acesso à justificativa (utilizadas nesta ordem):

“Por que você acha que mudou do quanto isto acontecia com você?” (quando a criança apontava alteração na pontuação do comportamento antes e após a notícia da realização da cirurgia)

“Em que situação você faz/pensa/sente isto?”

“Fazer/pensar/sentir isto ajuda ou atrapalha? Em que? Por quê?”

“Quando você faz isto, você começa a pensar/sentir algo ou pára de pensar/sentir?”

3. “Existe mais alguma coisa que você tem feito, pensado ou sentido aqui, no hospital?”

Apêndice C – Formulário de Registro de Respostas ao AEH**NOME:****RG:****SEXO:****IDADE:****DATA DA INTERNAÇÃO:****MOTIVO:****DATA DA APLICAÇÃO:**

AEH – “O que você tem feito, pensado ou sentido desde que ficou sabendo que iria realizar a cirurgia? E no hospital?”

Feito:

Pensado:

Sentido:

COMPORTAMENTO	FREQ	↑ ↓COMPTO com cirurgia	JUSTIFICATIVA	SITUAÇÃO/ OBJETIVO (Em que comportamento ajuda?)
Brincar				
Chorar				
Raiva				
Assistir TV				
Esconder				
Triste				
Cantar				
Rezar				
Desanimar				
Estudar				
Fazer chantagem				
Pensar em fugir				
Conversar				
Ouvir música				
Culpa				
Medo				
Gibi				
Tomar medicação				
Milagre				
Pedir informação				

Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da Pesquisa: “Nível de *stress* e estratégias de enfrentamento (*coping*) de crianças hospitalizadas em situação pré-cirúrgica”.

Responsáveis pelo estudo: Pesquisadora: Luciana Esgalha Carnier

Orientadora: Profa. Dra. Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues

Eu, _____ concordo em participar e autorizo o menor _____ a participar da pesquisa “Nível de *stress* e estratégias de enfrentamento (*coping*) de crianças hospitalizadas em situação pré-cirúrgica”.

Esta pesquisa está sendo realizada junto ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (Unesp), com crianças internadas para realização de procedimento cirúrgico de qualquer especialidade médica.

Foi-me explicado que esta pesquisa pretende compreender como estas crianças experienciam e percebem a situação da internação para procedimento cirúrgico, bem como o que faz para enfrentar tal situação a partir da aplicação de entrevistas que serão respondidas pela criança e por seu acompanhante, que terão duração total de aproximadamente 1h 30m.

Declaro estar informado que as fitas das entrevistas gravadas serão destruídas após a transcrição das mesmas, para que o sigilo da participação seja mantido.

Declaro estar informado que este estudo não oferece riscos previsíveis associados à sua participação, e que os dados obtidos poderão ser utilizados em publicações científicas e apresentações em congressos sem, entretanto, que haja a identificação dos envolvidos, ficando garantido o total sigilo acerca das identidades verdadeiras.

Declaro que aceito participar voluntariamente deste estudo, não tendo sofrido nenhuma forma de pressão para isso, sem qualquer ônus, podendo desistir de participar do mesmo em qualquer fase, continuando a usufruir dos demais serviços deste hospital.

Declaro que recebi cópia idêntica a este documento, ficando assim uma sob o meu poder e outra sob a guarda da pesquisadora.

DATA: ____/____/____

Nome do participante: _____

Nome do acompanhante: _____

assinatura do menor (>11anos)

assinatura do responsável

assinatura da pesquisadora

Apêndice E – Descrição das categorias de estratégias de enfrentamento da hospitalização

Categorias de análise das estratégias de enfrentamento da hospitalização baseadas em Motta (2007)

1) Solução do problema (SPR) - compreende os relatos indicativos de ações dirigidas para a resolução do problema. São exemplos dessa categoria de solução do problema: (a) os comportamentos de adesão ao tratamento (ingestão dos remédios prescritos, submissão a exames e outros procedimentos médicos); (b) quando a criança indica uma ação dirigida à minimização da situação estressante, sugerindo meios avaliados por ela como sendo mais adequados para a realização dos procedimentos e administração da medicação; (c) quando a criança relata não se esconder do médico, uma vez que reconhece que a sua melhora depende da atuação do mesmo; (d) indicação do foco no tratamento e na cura da doença, apesar dos efeitos da medicação e das restrições impostas pela hospitalização. Entre as pranchas que eliciaram mais diretamente esta estratégia, tem-se “tomar remédio”. Mais indiretamente, verificou-se que relatos apresentados para justificar a não escolha de outros comportamentos como “pensar em fugir” e “esconder-se” também permitiram identificar a estratégia dirigida à solução do problema: “Porque, se eu vim pro hospital, é prá mim sarar logo” (justificativa para não pensar em fugir).

2) Busca por suporte (BSU) - compreende relatos indicativos de uma ação da criança em direção ao alvo de suporte (familiar, profissional da equipe hospitalar, voluntário, outra criança, pesquisador e Deus), assim como relatos que demonstravam a aceitação do suporte social disponível. Este suporte podia caracterizar-se por busca de ajuda instrumental, conselho, conforto e contato com as pessoas. Entre as cenas que eliciaram mais diretamente esta estratégia, estão: “rezar” e “pensar em milagre”. Indiretamente, verificou-se que as cenas “conversar”, “brincar” e “buscar informação” também permitem identificar a estratégia de busca por suporte.

3) Esquiva (ESQ) - compreende os relatos indicativos de tentativas para um não-envolvimento com a situação estressante, mantendo-se distante dela. Inclui ainda relatos de “fuga cognitiva”, como não pensar no problema, e relatos de negação e de ações diretas de evitação. Mesmo não sendo muito freqüente a indicação desta estratégia, duas pranchas do

AEH permitem a identificação direta de esquiva: “pensar em fugir” e “esconder”. Indiretamente relatos de “pensar em milagre” para a não realização da cirurgia e “não tomar a medicação” também demonstraram a utilização desta estratégia.

4) Distração (DIS) - compreende os relatos das crianças indicativos do engajamento em atividades alternativas prazerosas e possíveis no ambiente hospitalar, como forma de tentar lidar com a situação estressante. É como se, mesmo no contexto pouco favorecedor de situações agradáveis, como é o hospital, a criança conseguisse aderir a atividades alternativas, tais como brincadeiras, exercícios, assistir TV, estudar ou ler. Esta estratégia foi registrada para quaisquer pranchas em que a justificativa fosse “para se divertir, distrair” ou “porque gosto, é divertido, gostoso, legal”. Ela corresponde-se mais diretamente às pranchas “brincar”, “assistir TV”, “cantar”, “ouvir música” e “ler gibi”, mas outras cenas como “conversar” e “rezar” também permitiram a identificação dessa estratégia de distração.

5) Reestruturação cognitiva (RCO) - compreende os relatos que representavam tentativas ativas da criança para mudar sua percepção sobre a situação estressante, no sentido de vê-la de uma maneira mais positiva. Esta estratégia foi registrada quando o relato da criança enfatizava a qualidade do atendimento prestado pela equipe de saúde, os recursos materiais disponíveis, a segurança do hospital, além de falas que denotavam a crença de que vai dar tudo certo, que a equipe sabe o que faz, entre outros. Em alguns casos, verificaram-se nos relatos esforços para minimizar o próprio sofrimento ou as conseqüências negativas da hospitalização/procedimento cirúrgico, como nos casos em que a criança questionava a necessidade de apresentar emoções negativas. Entre as cenas que eliciaram esta estratégia, verificou-se que relatos apresentados para justificar a *não* escolha dos comportamentos de “chorar”, “sentir-se triste”, “desanimar” e “sentir medo” permitiram identificar tentativas de reestruturação cognitiva. A escolha de comportamentos como “tomar medicação” também foi citada quando a criança dizia fazê-lo por saber que isto a ajudaria apesar de não querer.

6) Ruminação (RUM) - compreende relatos indicativos de um foco passivo e repetitivo nos aspectos negativos da situação, com ênfase nos danos e perdas da situação estressante, tais como a exposição a procedimentos médicos invasivos, o afastamento familiar, a quimioterapia, a restrição de movimentos na enfermaria, entre outros. Foram incluídos

ainda relatos que denotam a presença de: (a) catastrofização, quando o relato da criança indicar uma supervalorização dos aspectos negativos (dor, efeitos colaterais da medicação, gravidade) característicos da situação estressante e ainda, quando a criança demonstra acreditar que o pior pode acontecer; (b) autculpa, quando o relato da criança indicar a presença do sentimento de culpa pela instalação da doença e dos efeitos colaterais do tratamento e, também, por não conseguir lidar adequadamente com a situação estressante; e (c) medo. Entre as cenas que eliciaram mais diretamente esta estratégia, estão: “chorar”, “sentir-se triste”, “desanimar” “sentir medo” e “sentir culpa”. Mais indiretamente, verificou-se que relatos apresentados para justificar a não escolha dos comportamentos de “buscar informação”, “ler”, “conversar”, dentre outros, também permitiram identificar a estratégia de *ruminação*.

7) Desamparo (DES) - compreende relatos indicativos de passividade, confusão, interferência ou exaustão cognitiva, desânimo e pessimismo. Segundo Straub (2005), o “desamparo aprendido” é:

[...] um comportamento passivo aprendido em ciclo vicioso: a exposição a eventos adversos incontroláveis ou o fracasso continuado levam a uma postura passiva e resignada em que os indivíduos um dia param de lutar pelo sucesso. Pessoas expostas a eventos adversos crônicos que parecem incontroláveis, como doenças crônicas, podem desenvolver sintomas de desamparo. Quando seus esforços para melhorar a saúde não são recompensados com sucesso, algumas desistem e acabam desenvolvendo depressão, passividade e má saúde (p. 566).

Entre as cenas que poderiam mais diretamente eliciar esta estratégia, estão: “chorar”, “sentir-se triste”, “desanimar” e “sentir medo”. Nesta pesquisa, esta categoria só foi encontrada para a cena “desanimar”.

8) Afastamento social (ASO) - compreende relatos indicativos de ações dirigidas a manter-se distante das outras pessoas ou de impedi-las de saber sobre a situação estressante ou seus efeitos emocionais. Foram incluídos ainda os relatos indicativos de isolamento social, evitação das pessoas e isolamento emocional. Embora nenhuma cena do AEH tenha relação direta com a estratégia de afastamento social, verificou-se que relatos apresentados para justificar a não escolha dos comportamentos de “conversar” e outros representativos da distração poderiam permitir a identificação dessa estratégia de afastamento social. Nesta

pesquisa, nenhum relato para justificar a escolha ou recusa de um comportamento no AEH foi classificado nesta categoria.

9) Regulação da emoção (REM) - compreende relatos indicativos de esforços da criança para influenciar seu sofrimento emocional e expressar suas emoções construtivamente no momento e lugar apropriados, fazendo com que ela se sinta melhor. Foram incluídos ainda relatos indicativos de: (a) autoencorajamento, quando o relato da criança caracterizar tentativas de incentivo, indicando uma visão positiva do manejo da situação estressante; (b) controle emocional, quando o relato da criança indicar uma tentativa ou a própria capacidade de modular seus pensamentos, emoções e comportamentos, de modo a lidar melhor com a situação estressante; e (c) expressão emocional, quando o relato da criança indicar uma tentativa de expressar emoções positivas diante da situação estressante. Entre as cenas que eliciaram mais diretamente esta estratégia, estão aquelas que representam atividades prazerosas, tais como “brincar”, “assistir TV”, “conversar”, “cantar” e “ouvir música”. Neste caso, o envolvimento em atividades primeiramente classificadas como de *distração*, assumem para algumas crianças outra função, a de *regulação da emoção*. Também se verificou esta estratégia para os relatos que justificaram o comportamento de “chorar” e “buscar informações”.

10) Busca por informação (BIN) - compreende relatos indicativos de tentativas de aprender mais sobre a situação estressante, tanto por meio de perguntas diretas quanto por meio da observação dos acontecimentos. Neste caso, a busca por informações sobre a notícia da cirurgia, como seria sua preparação (anestesia), o procedimento cirúrgico, o pós-operatório, bem como sobre as estratégias para o manejo da situação foram mais diretamente eliciados pela cena “buscar informações”, mas também foi possível observar esta estratégia na prancha “conversar”.

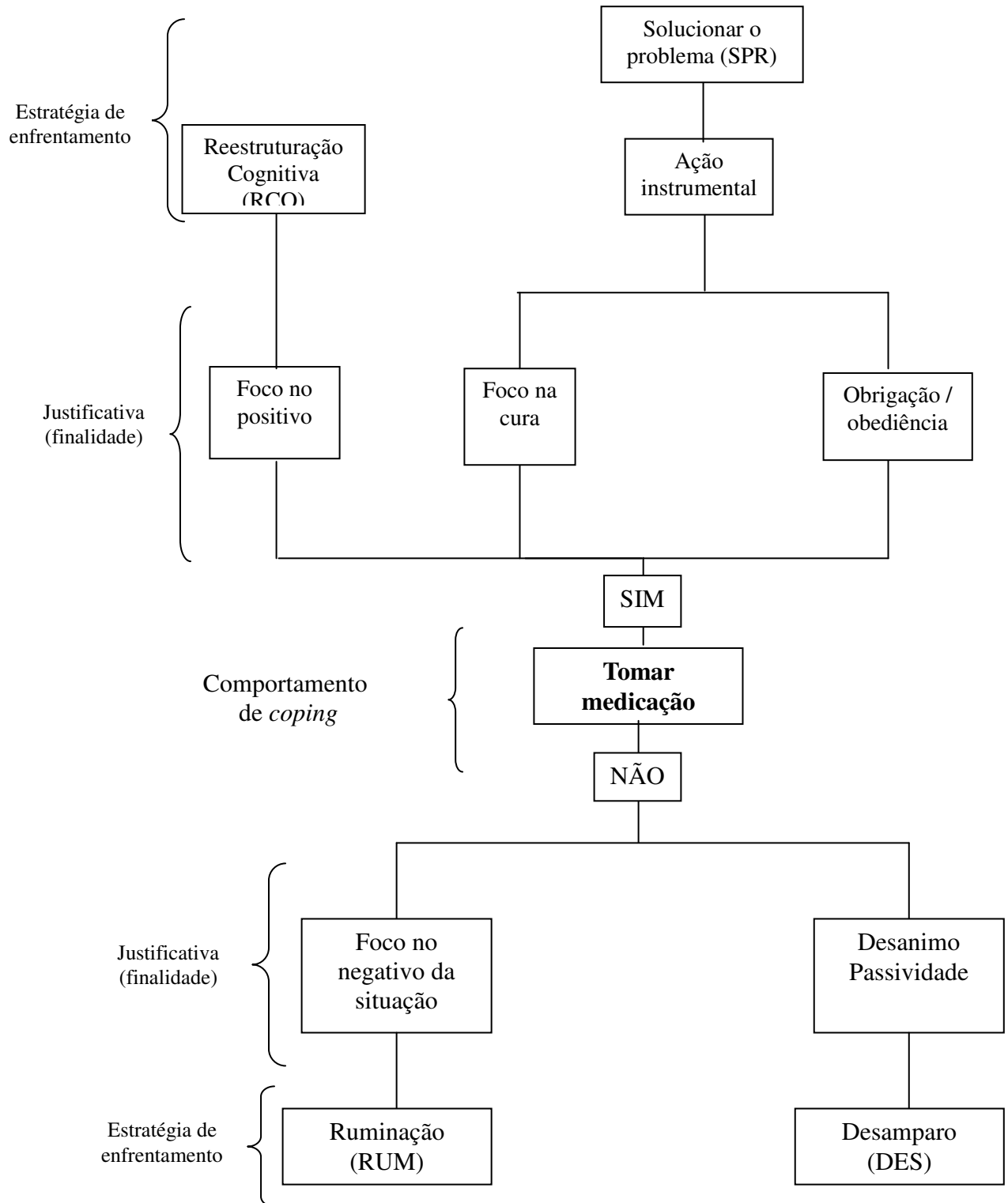
11) Negociação (NEG) - compreende relatos das crianças indicativos de tentativas ativas de fazer um acordo entre suas necessidades, o fato de ser submetida a uma cirurgia e as restrições impostas pelo contexto da hospitalização. Um exemplo ocorre quando a criança relata uma tentativa de obter um alimento preferido, diferente daquele disponibilizado pelo hospital, fazendo um acordo ou propondo um trato com a mãe, no qual garante a manutenção de um comportamento adequado, como a ingestão sem oposição da

medicação. A cena que eliciu mais diretamente esta estratégia foi a cena “chantagem”. Foi possível vê-la também em “chorar”.

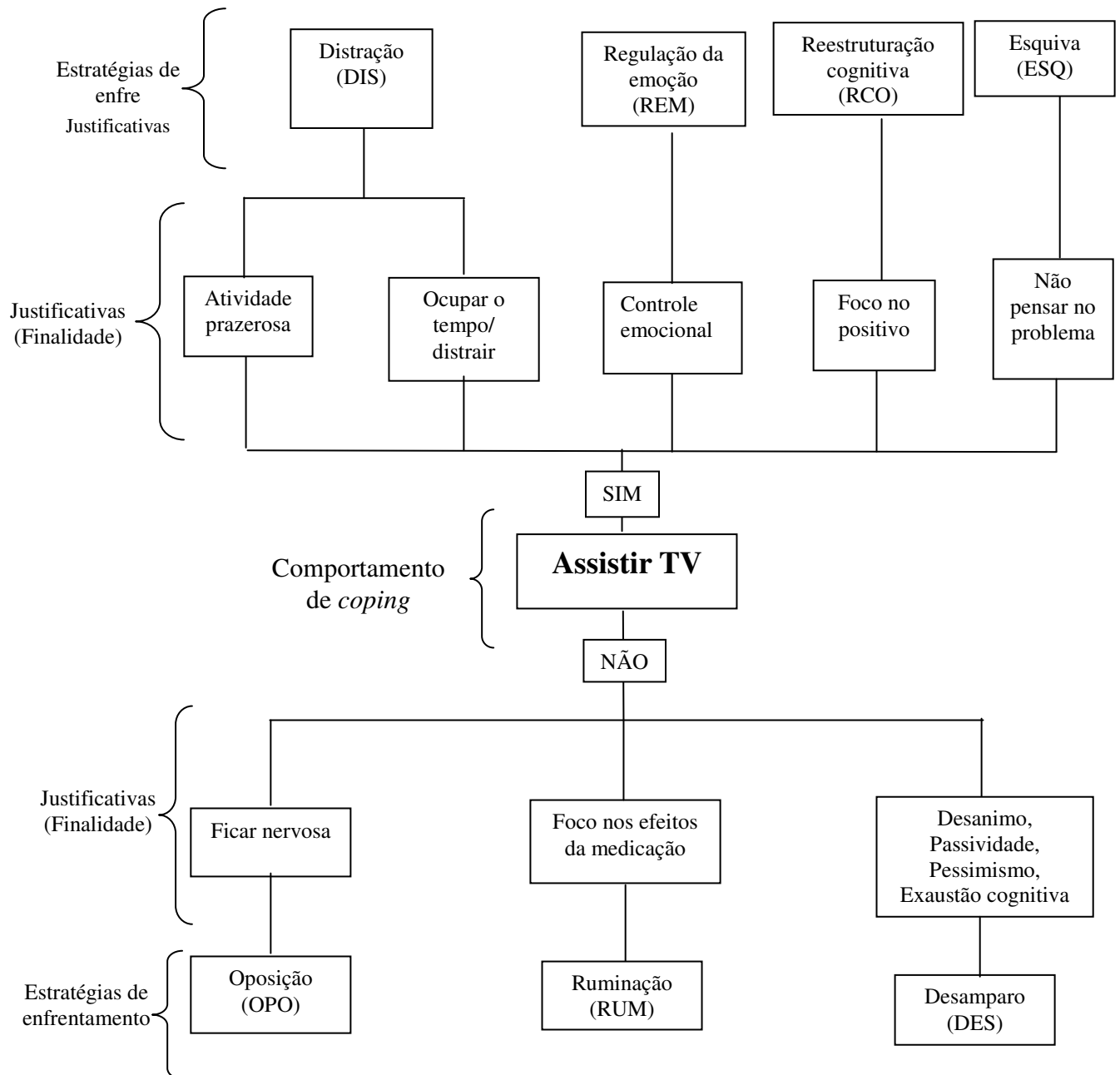
12) Oposição (OPO) - compreende relatos das crianças indicativos de comportamentos de projeção, agressão, reação de raiva, descarga e atribuição de culpa às outras pessoas. Embora sendo pouco freqüente, esta resposta de enfrentamento estava diretamente relacionada à cena “raiva”; porém, nesta pesquisa, também apareceu como justificativa para o comportamento de “pensar em fugir”.

13) Delegação (DEL) - compreende os relatos indicativos de comportamentos de dependência, busca por ajuda mal adaptativa, reclamações, queixas e autopiedade. Nesta pesquisa, nenhum relato para justificar a escolha ou recusa de um comportamento no AEH foi classificado nesta categoria. Desta forma, ele não aparece na descrição dos dados desta pesquisa.

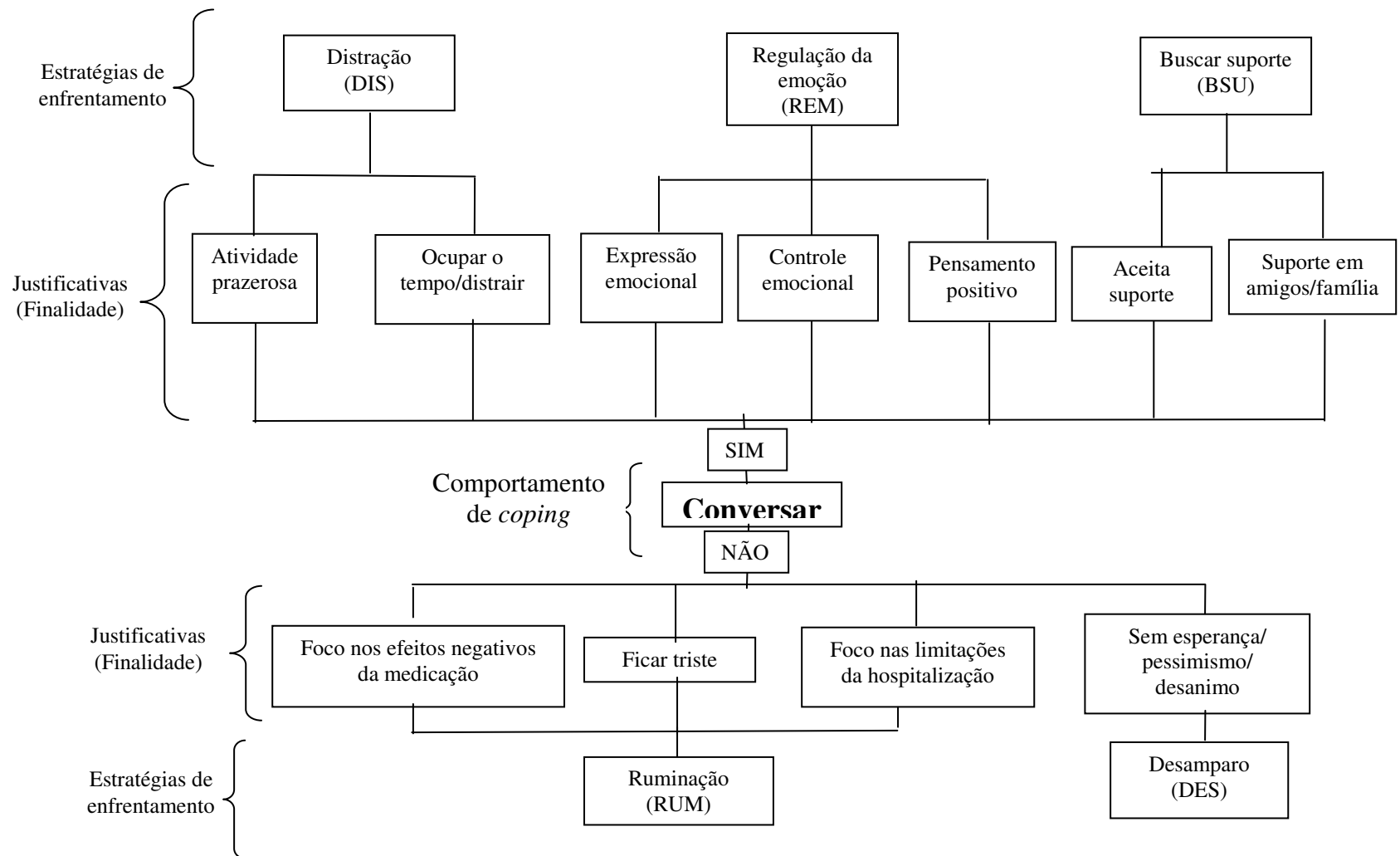
Apêndice F – Diagrama de sistematização hierárquica das estratégias de enfrentamento da hospitalização para o comportamento “Tomar Medicação”



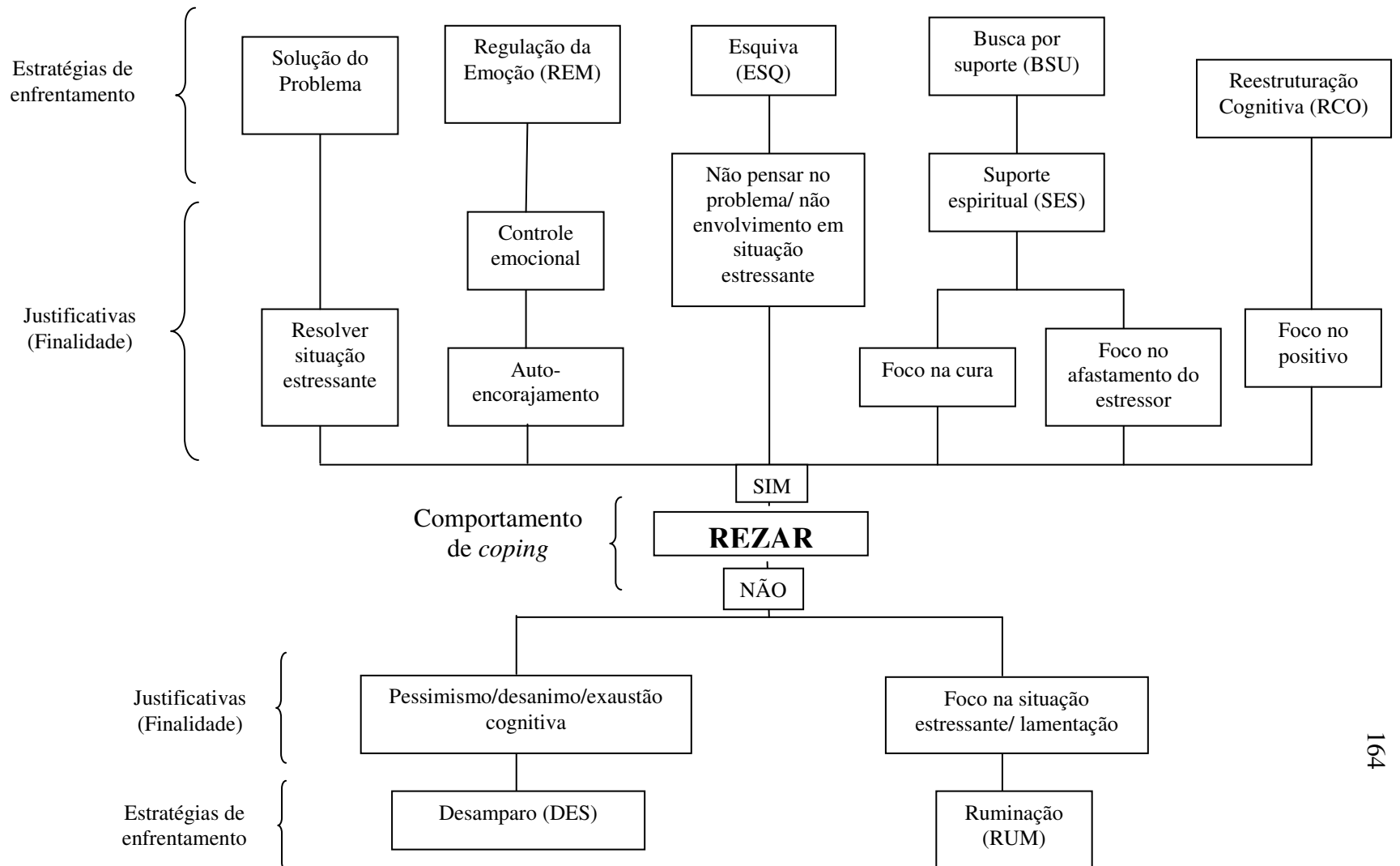
Apêndice G – Diagrama de sistematização hierárquica das estratégias de enfrentamento da hospitalização para o comportamento “assistir tv”



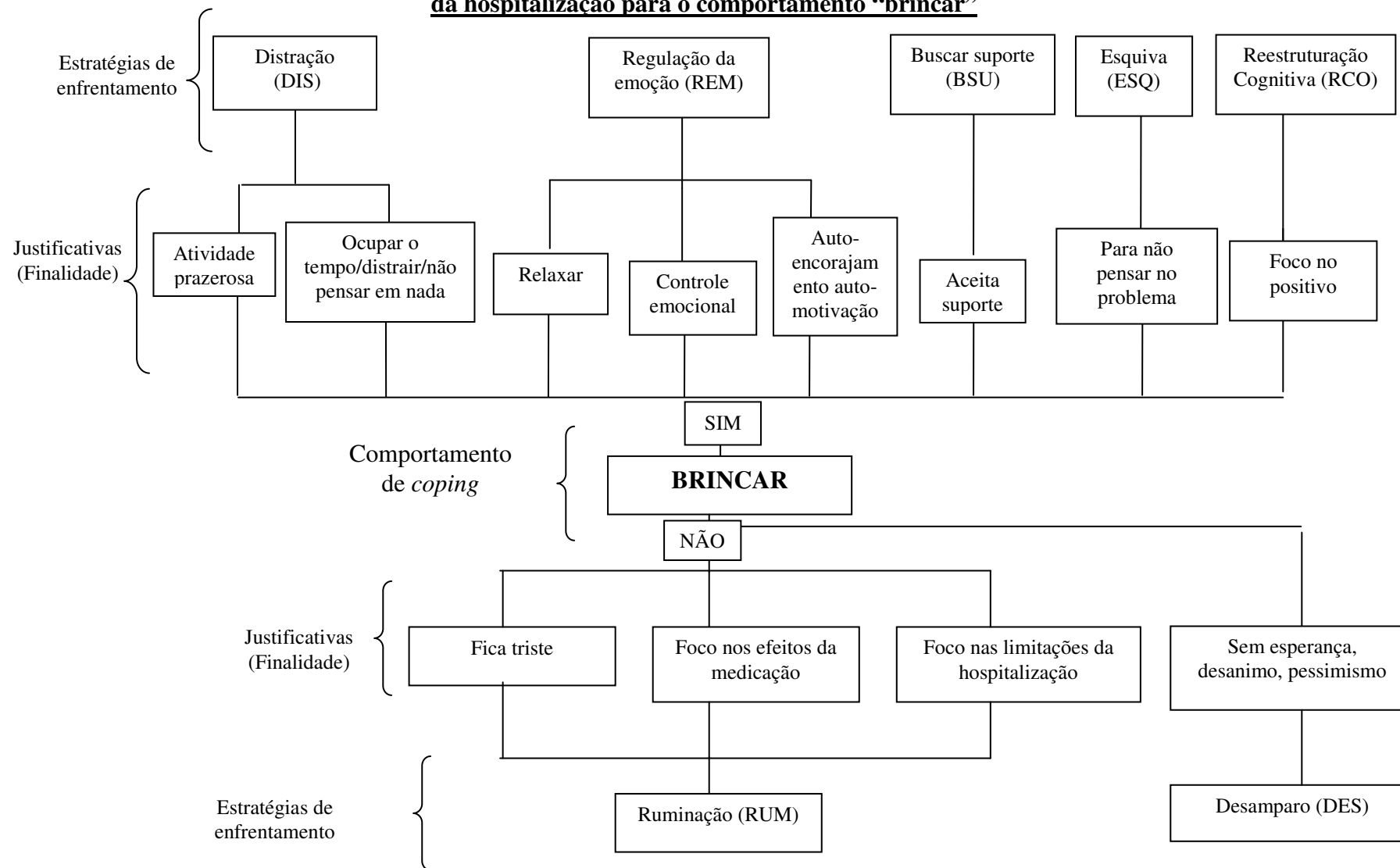
Apêndice H: Diagrama de sistematização hierárquica das estratégias de enfrentamento da hospitalização para o comportamento “conversar”



Apêndice I: Diagrama de sistematização hierárquica das estratégias de enfrentamento da hospitalização para o comportamento “rezar”

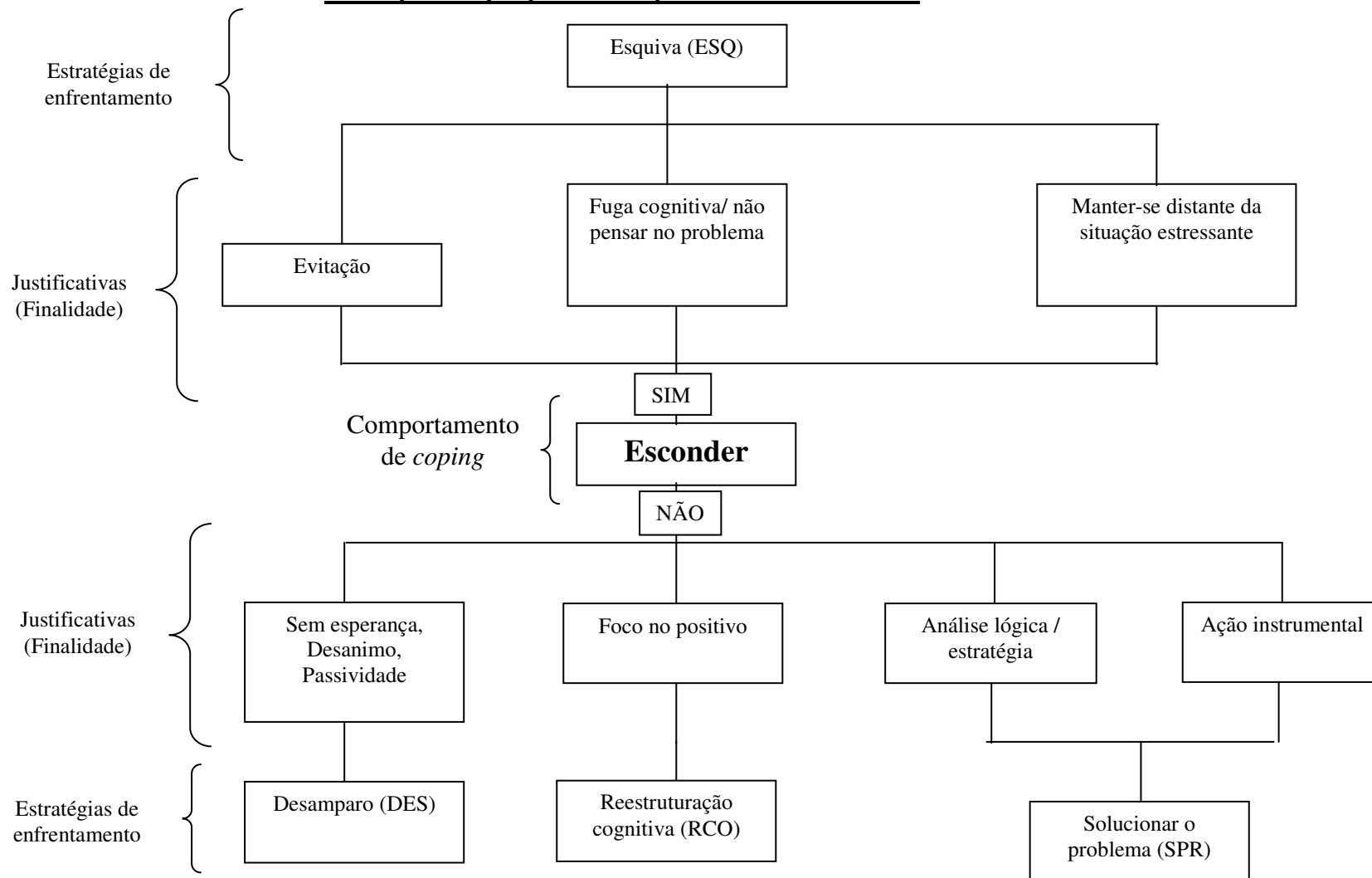


**Apêndice J - Diagrama de sistematização hierárquica das estratégias de enfrentamento
da hospitalização para o comportamento “brincar”**

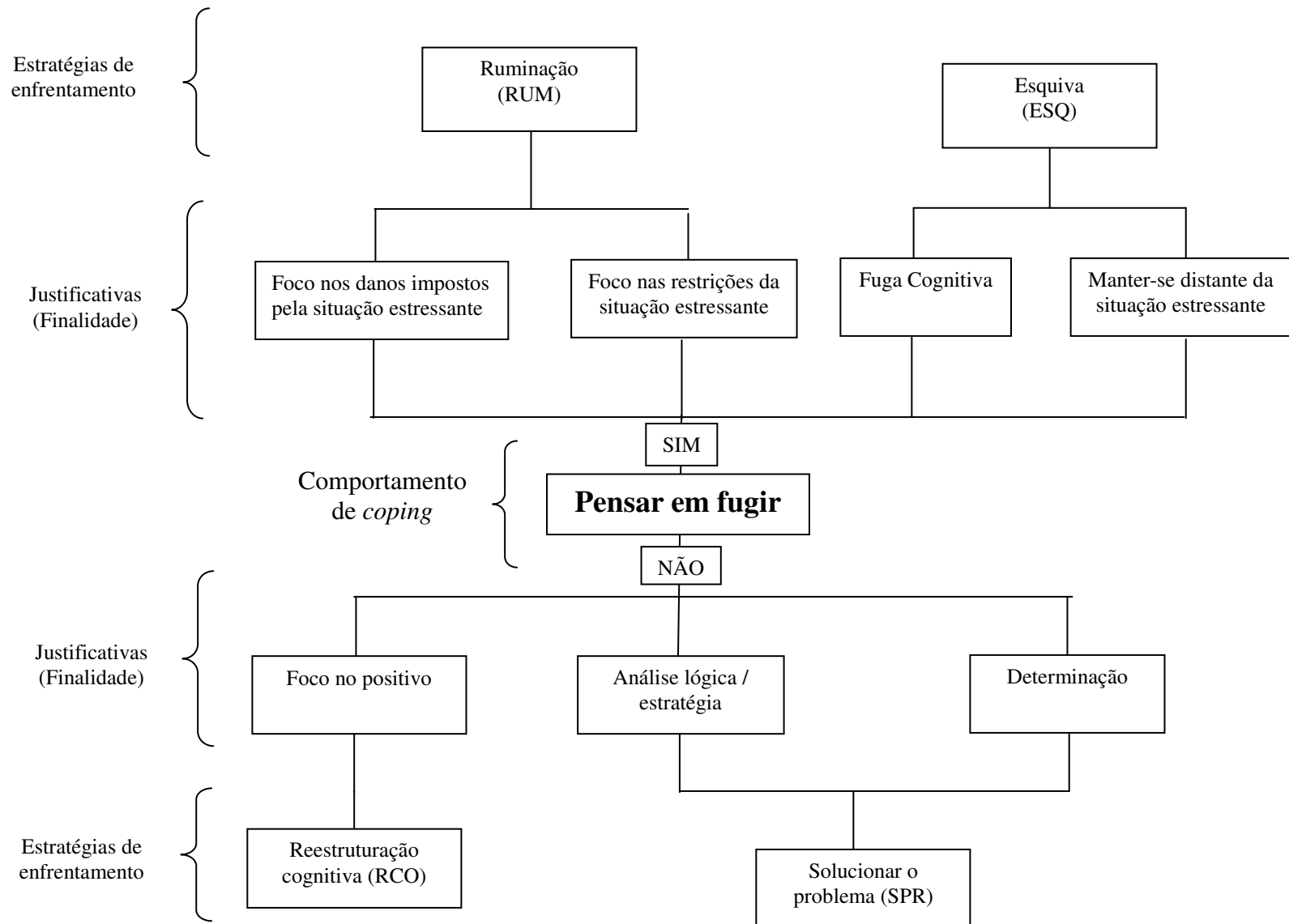


Apêndice L - Diagrama de sistematização hierárquica das estratégias de enfrentamento

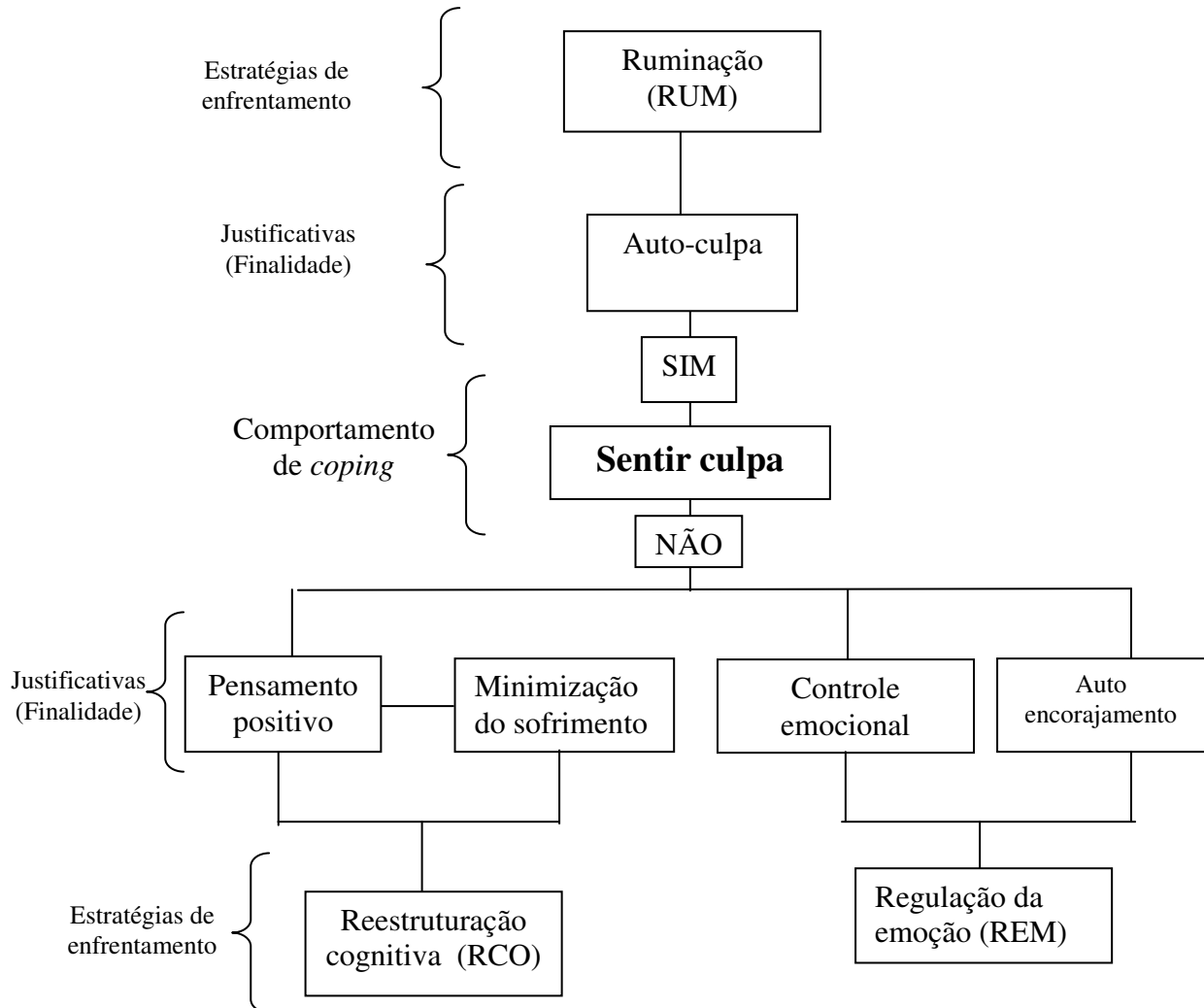
da hospitalização para o comportamento “esconder”



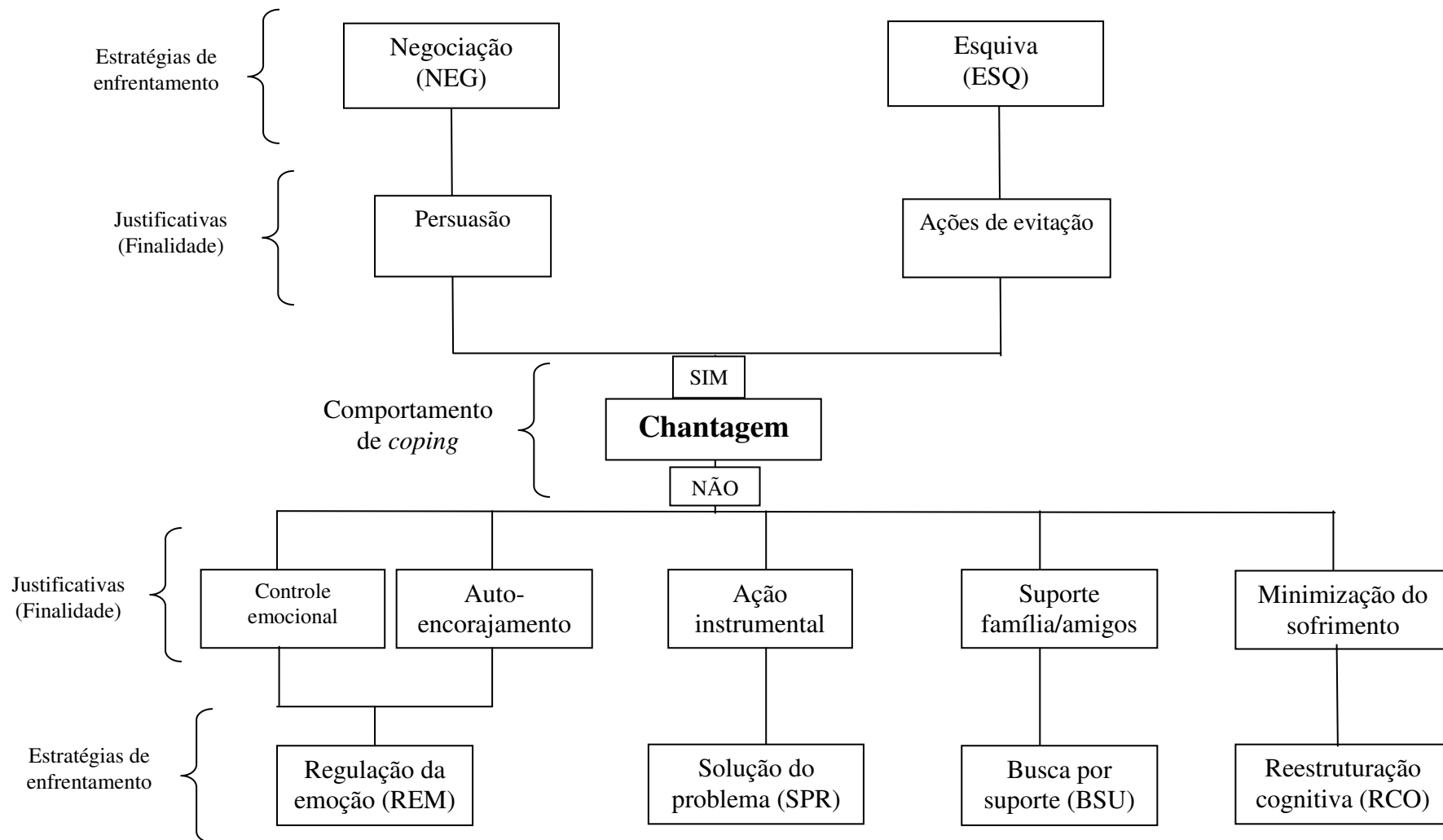
Apêndice M - Diagrama de sistematização hierárquica das estratégias de enfrentamento da hospitalização para o comportamento “pensar em fugir”



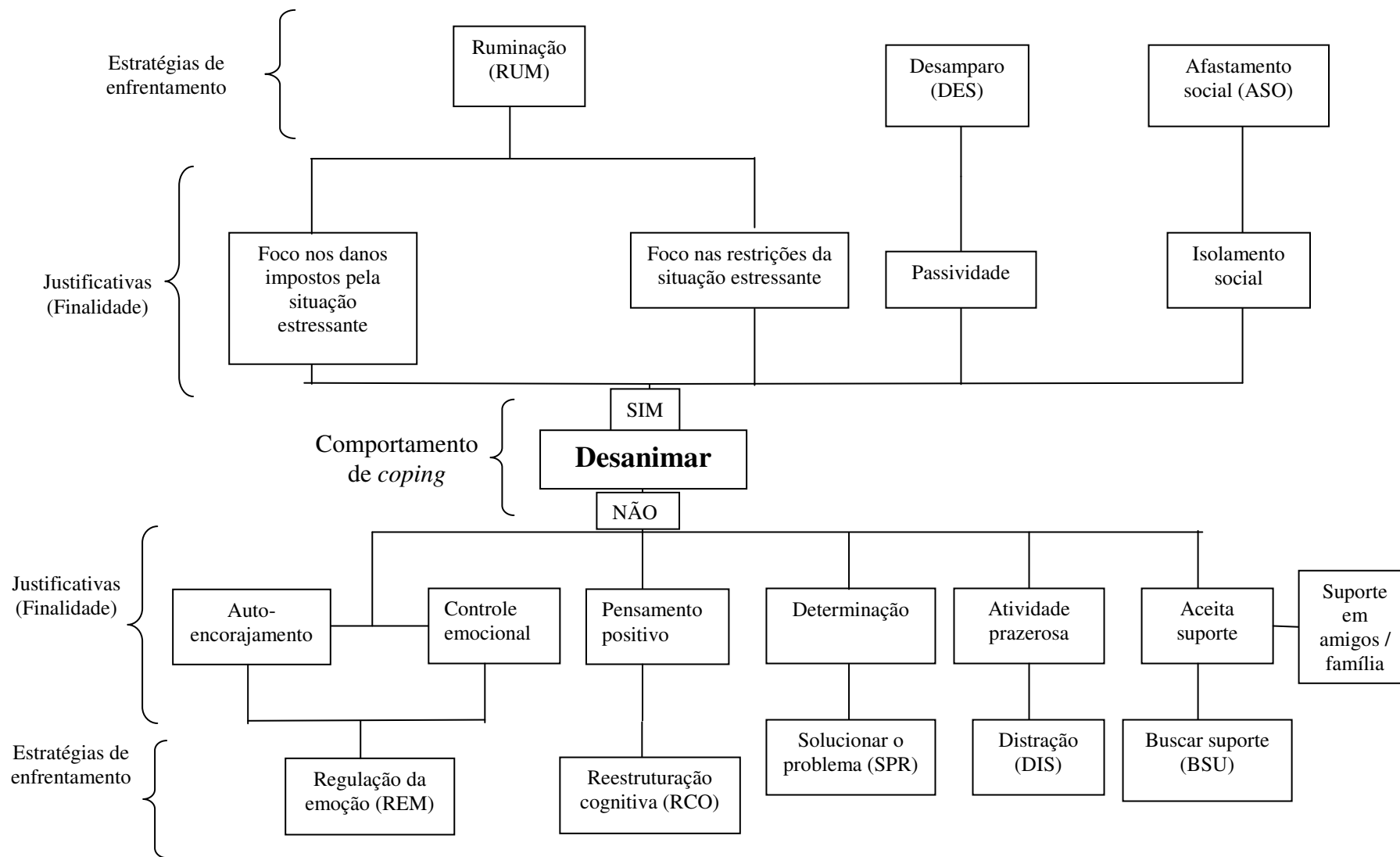
Apêndice N - Diagrama de sistematização hierárquica das estratégias de enfrentamento da hospitalização para o comportamento “pensar em fugir”



Apêndice O - Diagrama de sistematização hierárquica das estratégias de enfrentamento da hospitalização para o comportamento “chantagem”



Apêndice P - Diagrama de sistematização hierárquica das estratégias de enfrentamento da hospitalização para o comportamento “desanimar”



Apêndice Q – Tabela: Pontuação das estratégias de enfrentamento para o comportamento de assistir tv, segundo cada variável

Estratégias	Sexo		p-valor	Idade			p-valor	Experiência cirúrgica			Stress criança		Stress acompanhante			
	Menina (N=27)	Menino (N=31)		7-8 (22)	9-10 (12)	11-12 (24)		sem exp (N=34)	com exp (N=24)	p-valor	sem stress (N=39)	risco de stress (N=19)	p-valor	sem stress (N=13)	com stress (N=45)	p-valor
DIS	24	27	0,834	19	10	22	0,738	29	22	0,463	33	18	0,266	11	40	0,676
REM	8	7	0,54	5	5	5	0,369	8	7	0,629	10	5	0,956	2	13	0,327
RCO	0	1		0	0	1		1	0		1	0		0	1	
SPR	0	0		0	0	0		0	0		0	0		0	0	
BUS	0	1		0	0	1		1	0		1	0		0	1	
BIN	0	1	0,534	1	0	0	0,439	1	0	0,396	1	0	0,481	0	1	0,587
RUM	0	1	0,534	0	0	1	0,486	1	0	0,396	0	1	0,148	0	1	0,587
DES	0	1		0	0	1		1	0		1	0		1	0	
ESQ	1	0		0	1	0		0	1		1	0		0	1	
ASO	0	0		0	0	0		0	0		0	0		0	0	
OPO	0	0		0	0	0		0	0		0	0		0	0	
NEG	0	0		0	0	0		0	0		0	0		0	0	
nenhuma	0	1	0,534	1	0	0	0,434	1	0	0,396	1	0	0,481	0	1	0,587

Apêndice R – Tabela: Pontuação das estratégias de enfrentamento para o comportamento de rezar, segundo cada variável

Estratégias	Sexo		p-valor	Idade			p-valor	Experiência cirúrgica			Stress criança		p-valor	Stress acompanhante		p-valor
	Menina (N=27)	Menino (N=31)		7-8 (22)	9-10 (12)	11-12 (24)		sem exp (N=34)	com exp (N=24)	sem stress (N=39)	risco de stress (N=19)	sem stress (N=13)		com stress (N=45)		
DIS	1	0		0	1	0		0	1		1	0		1	0	
REM	6	4	0,348	4	3	3	0,638	5	5	0,542	6	4	0,591	1	9	0,3
RCO	0	1		1	0	0		0	1		0	1		0	1	
SPR	5	2	0,159	1	1	5	0,215	6	1	0,12	3	4	0,142	1	6	0,582
BUS	23	26	0,89	18	11	20	0,735	28	21	0,593	33	16	0,968	10	39	0,392
BIN	0	0		0	0	0		0	0		0	0		0	0	
RUM	1	1		1	0	1		2	0		1	1		0	2	
DES	1	0		0	0	1		1	0		1	0		0	1	
ESQ	0	0		0	0	0		0	0		0	0		0	0	
ASO	0	0		0	0	0		0	0		0	0		0	0	
OPO	0	0		0	0	0		0	0		0	0		0	0	
NEG	0	0		0	0	0		0	0		0	0		0	0	
nenhuma	3	4	0,834	3	1	3	0,899	4	3	0,932	5	2	0,801	3	4	0,166

Apêndice S – Tabela: Pontuação das estratégias de enfrentamento para o comportamento de fazer chantagem, segundo cada variável

Estratégias	Sexo			Idade				Experiência cirúrgica			Stress criança			Stress acompanhante		
	Menina (N=27)	Menino (N=31)	p-valor	7-8 (22)	9-10 (12)	11-12 (24)	p-valor	sem exp (N=34)	com exp (N=24)	p-valor	sem stress (N=39)	risco de stress (N=19)	p-valor	sem stress (N=13)	com stress (N=45)	p-valor
DIS	0	0		0	0	0		0	0		0	0		0	0	
REM	0	0		0	0	0		0	0		0	0		0	0	
RCO	1	1	0,92	0	1	1	0,431	1	1	0,801	1	1	0,597	1	1	0,341
SPR	0	0		0	0	0		0	0		0	0		0	0	
BUS	0	0		0	0	0		0	0		0	0		0	0	
BIN	0	0		0	0	0		0	0		0	0		0	0	
RUM	2	0	0,123	0	1	1	0,431	2	0	0,226	0	2	0,103 ¹	0	2	0,439
DES	0	0		0	0	0		0	0		0	0		0	0	
ESQ	0	1		1	0	0		1	0		0	1		0	1	
ASO	0	0		0	0	0		0	0		0	0		0	0	
OPO	0	0		0	0	0		0	0		0	0		0	0	
NEG	9	8	0,529	6	4	7	0,933	12	5	0,233	9	8	0,135	3	14	0,575
nenhuma	16	21	0,502	16	7	14	0,542	19	18	0,135	28	9	0,069	9	28	0,643

p≤0,05(teste chi-quadrado, ¹ teste de Fisher)

Apêndice T – Tabela: Pontuação das estratégias de enfrentamento para o comportamento de fazer chantagem, segundo cada variável

	N	%
Resultado final de <i>stress</i>		
sem <i>stress</i>	40	63,49
possibilidade de <i>stress</i>	15	23,81
com <i>stress</i>	8	12,70
		100
Reações de <i>stress</i>		
reação física	480	23,54
reação psicológica	674	33,06
reação psicológica com componente depressivo	372	18,24
reação psicofisiológica	513	25,16
	2039	100

Anexo A – Aprovação pelo comitê de ética de Bauru

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Bauru



O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Universidade Estadual Paulista – UNESP, em sua 44ª Reunião Ordinária realizada no dia 20 de agosto de 2008, no Prédio do STI da Faculdade de Ciências da UNESP, Campus de Bauru, às 09h00, após análise do parecer emitido pelo relator **APROVA** o projeto "Nível de stress e estratégias de enfrentamento (coping) de crianças hospitalizadas em situação pré-cirúrgica", Processo nº 1596/46/01/08, sob responsabilidade da Professora Doutora Olga Maria Piazzentim Rolim Rodrigues.

Bauru (SP), 20 de agosto de 2008



PROF. DR. PAULO NORONHA LISBOA FILHO
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Av. Engº Luiz Edmundo Carrijo Coube, 14-01 - Vargem Limpa - Bauru-SP - CEP: 17.033-360
Fone: (14) 3103-6187 - email: celiar@fc.unesp.br

Anexo B – Aprovação pelo comitê de ética de Botucatu

Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu



Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu – S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br
e-mail coordenação: tsarden@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde em 30 de abril de 1997

Botucatu, 01 de setembro de 2008

Of. 350/08-CEP

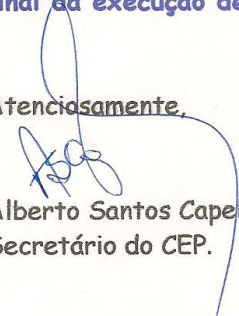
Ilustríssima Senhora
Prof^a Dr^a Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues
Departamento de Psicologia - UNESP Bauru
Bauru- São Paulo.

Prezada Dr^a Olga,

De ordem do Senhor Coordenador deste CEP, informo que o Projeto de Pesquisa "Níveis de stress e estratégias de enfrentamento (coping) de crianças hospitalizadas em situação pré-cirúrgica", a ser conduzido por Luciana Esgalha Carnier, orientada por Vossa Senhoria, Co-orientada pela Prof^a Dr^a Gimol Benzaquen Perosa recebeu do relator **parecer favorável**, aprovado em reunião de 01/09/2008.

Situação do Projeto: **APROVADO**. **Apresentar Relatório Final de Atividades ao final da execução deste projeto.**

Atenciosamente,


Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP.

Anexo C – Escala de Stress Infantil (ESI)

Escala de Stress Infantil — ESI

CADERNO DE APLICAÇÃO

Marilda E. Novaes Lipp / Maria Diva Monteiro Lucarelli



© 1998, Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda.

Nome:
Sexo: Idade: Escolaridade:
Escola:

INSTRUÇÕES: Você encontrará nas questões abaixo coisas que as crianças podem ter ou sentir. Você deverá mostrar o quanto acontece com você o que está descrito em cada questão, pintando os desenhos assim:

— Se NUNCA acontece, deixe em branco ⊕
 — Se acontece UM POUCO, pinte UMA PARTE ⊕
 — Se acontece ÀS VEZES, pinte DUAS PARTES ⊕
 — Se acontece QUASE SEMPRE, pinte TRÊS PARTES ⊕
 — Se SEMPRE acontece, pinte TODAS AS PARTES ⊕

1. Estou o tempo todo me mexendo e fazendo coisas diferentes. ⊕
2. Demoro para conseguir usar o banheiro. ⊕
3. Tenho dificuldade de prestar atenção. ⊕
4. Eu me sinto assustado na hora de dormir. ⊕
5. Fico preocupado com coisas ruins que podem acontecer. ⊕

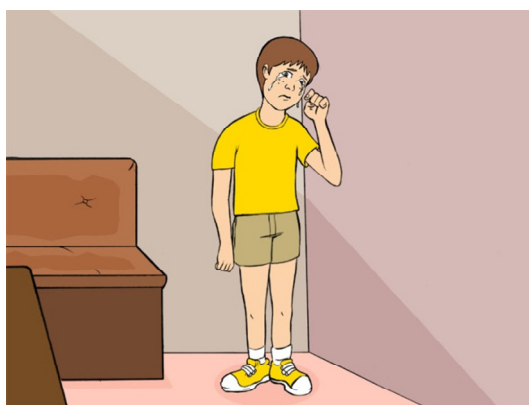
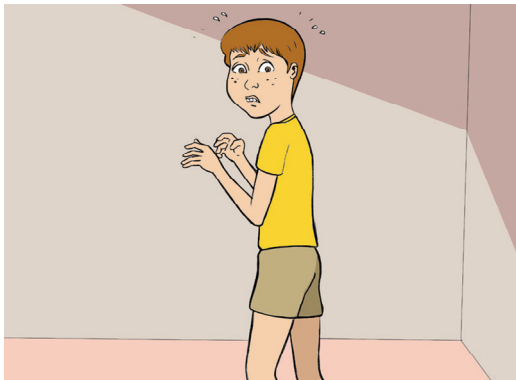
© 1998, Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda.

É proibida a reprodução total ou parcial desta obra para qualquer finalidade. Todos os direitos reservados à

Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda.
Rua Mourato Coelho, 1509 — Vila Madalena
CEP 05417-011 — São Paulo — SP
Tel.: (11) 3034.3600
e-mail: casadopsicologo@casadopsicologo.com.br
http://www.casadopsicologo.com.br

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Anexo D – Instrumento de Avaliação das Estratégias de Enfrentamento da Hospitalização (AEH)



Anexo E – Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)

INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE STRESS

Marilda Novaes Lipp

QUADRO 1

A) Marque com F1 os sintomas que tem experimentado nas últimas 24 horas:

- 1. Mãos (pés) frios
- 2. Boca seca
- 3. Nó no estômago
- 4. Aumento de sudorese
- 5. Tensão muscular
- 6. Aperto da mandíbula/ranger os dentes
- 7. Diarréia passageira
- 8. Insônia
- 9. Taquicardia
- 10. Hipertensão
- 11. Hipertensão arterial súbita e passageira
- 12. Mudança de apetite

Some um ponto para cada F1 que assinalou.....() F1

B) Marque com P1 os sintomas que tem experimentado nas últimas 24 horas:

- 13. Aumento súbito de motivação
- 14. Entusiasmo súbito
- 15. Vontade súbita de iniciar novos projetos

Some um ponto para cada P1 que assinalou.....() P1

QUADRO 2

A) Marque com F2 os sintomas que tem experimentado na última semana:

- 1. Problemas com a memória
- 2. Mal estar generalizado, sem causa específica
- 3. Formigamento nas extremidades
- 4. Sensação de desgaste físico constante
- 5. Mudança de apetite
- 6. Aparecimento de problemas dermatológicos
- 7. Hipertensão arterial
- 8. Cansaço constante
- 9. Aparecimento de úlcera
- 10. Tontura sensação de estar flutuando

Some um ponto para cada F2 que assinalou.....() F2