

Estresse, Autorregulação e Risco Psicossocial em Crianças Hospitalizadas

Stress, Self Regulation and Psychosocial Risk in Hospitalized Children



<http://dx.doi.org/10.18316/sdh.v6i1.4132>

Cálita Medeiros Machado de Oliveira^{1*}, Juliana Caroline de Amorim¹, Isabela de Almeida Alves¹, Tatiane Lebre Dias², Kelly Ambrozio Silveira³, Sônia Regina Fiorim Enumo⁴

RESUMO

A hospitalização infantil acarreta privações e restrições, proporcionando experiências adversas e sofrimento psíquico. A hospitalização influi na conjuntura familiar, podendo agravar os efeitos dos eventos estressores. Este estudo teve como objetivo analisar as relações entre as variáveis risco psicossocial, temperamento e estresse. Participaram 31 crianças com idades entre cinco e sete anos ($M= 5,83$; $DP= 0,82$), internadas em hospital público de Cuiabá-MT. Foram aplicados individualmente, nos cuidadores, o Questionário de Comportamento da Criança – *Children's Behavior Questionnaire – Very Short Form* e a avaliação psicossocial – *Psychosocial Assessment Tool*.

¹ Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, Brasil.

² Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, Brasil.

³ Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Brasil.

⁴ Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, Brasil.

*Endereço de correspondência: Rua Bahia, 91. Bairro Jardim Paulista, Cuiabá-MT. Brasil. CEP. 78065-335.

Email: calitamedeiros@gmail.com

Submetido em: 27/09/2017

Aceito em: 18/11/2017

Os resultados indicaram: a) mais famílias com risco psicossocial moderado; b) temperamento infantil facilitador, porém, mais “desconforto” para as meninas ($p= 0,033$; $U= 65,50$); c) as crianças com baixo risco psicossocial apresentaram escores menores para a subescala raiva/frustração, escores maiores para as subescalas focalização de atenção e controle inibitório; d) as crianças com maior risco familiar indicaram relação positiva com a subescala raiva/frustração e relação negativa com reatividade crescente/capacidade de se acalmar e controle inibitório. As dificuldades de autorregulação das crianças de famílias com maior risco psicossocial podem evidenciar o impacto de estressores, demandando atenção e cuidado dos profissionais de saúde. Tais resultados podem subsidiar intervenções dirigidas ao perfil familiar.

Palavras-chave: Estresse psicológico; Temperamento; Hospitalização

ABSTRACT

The child hospitalization results in deprivations and restrictions, providing adverse experiences and psychic suffering. Hospitalization affects the family environment, which may exacerbate the effects of stressful events. These study aimed to analyze the relationships between the variables psychosocial risk, temperament and stress. The study included 31 children aged between 5 and 7 years ($M= 5.83$, $SD= 0.82$), hospitalized in a public hospital in Cuiaba-MT. The form ‘Children’s Behavior Questionnaire - Very Short Form’ was individually administered to caregivers along with the psychosocial evaluation – ‘Psychosocial Assessment Tool’. The results indicated: a) more families with moderate psychosocial risk; b) infant facilitator

temperament, however, more “discomfort” for girls ($p= 0.033$, $U= 65.50$); c) children with low psychosocial risk presented lower scores for an anger/frustration subscale, higher scores for attention and inhibitory control subscales; d) children with higher familial risk indicated a positive relation with a subscale of anger/frustration and negative relation with increasing reactivity/capacity to calm and inhibitory control. The difficulties of self-regulation of children from families with higher psychosocial risk can show the impact to hospitalization stressors, requiring attention and care from health professionals. Such results can support interventions aimed at the family profile.

Keywords: Psychological stress; Temperament; Hospitalization

INTRODUÇÃO

A infância é uma fase importante para a aprendizagem e o desenvolvimento do indivíduo. É nesse período que ele inicia a construção de sua relação com o próprio corpo e com o mundo externo, por meio de vivências pessoais, familiares e sociais, apropriando-se, dessa forma, da cultura humana. Porém, em caso de hospitalização, as privações e restrições impostas às crianças podem provocar novas experiências, reações adversas e grande sofrimento psíquico¹.

Buscando a humanização no atendimento hospitalar, os Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados foram publicados em 17 de outubro de 1995 pelo Ministério da Justiça e pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, que aprovaram, na íntegra, o texto oriundo da Sociedade Brasileira de Pediatria. Dentre eles, estão o direito à proteção, à vida e à saúde, com absoluta prioridade e sem qualquer forma de discriminação; direito a ser hospitalizado quando for necessário ao seu tratamento, sem distinção de classe social, condição econômica, raça ou crença religiosa; direito de não ser ou permanecer hospitalizado desnecessariamente por qualquer razão alheia ao melhor tratamento de sua enfermidade; direito a ser acompanhado por sua mãe, pai ou responsável, durante todo o período de sua hospitalização, bem como receber visitas, o que é garantido em lei pelo artigo 12 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), re-

gulamentado pela Lei nº 8.069/1990; direito de ter conhecimento adequado de sua enfermidade, dos cuidados terapêuticos e diagnósticos a serem utilizados, do prognóstico, respeitando sua fase cognitiva, além de receber amparo psicológico quando se fizer necessário; direito de desfrutar de alguma forma de recreação, o que é reforçado pela Lei nº 11.104/2005, a qual dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação, programas de educação para a saúde e acompanhamento do currículo escolar durante sua permanência hospitalar; direito de não ser objeto de ensaio clínico, provas diagnósticas e terapêuticas, sem o consentimento informado de seus pais ou responsáveis e o seu próprio, quando tiver discernimento para tal; direito a receber todos os recursos terapêuticos disponíveis para sua cura, reabilitação e/ou prevenção secundária e terciária; direito à proteção contra qualquer forma de discriminação, negligência ou maus tratos, direito ao respeito à sua integridade física, psíquica e moral, entre outros direitos garantidos em lei que buscam oferecer dignidade às crianças e adolescentes internados.

Mesmo com as evoluções antes citadas, a hospitalização sujeita a criança a restrições e privações, tais como a permanência no leito, no ambiente hospitalar, adaptação à rotina hospitalar, diminuição e/ou proibição do brincar, diferença e controle da alimentação, sentimentos negativos perante a hospitalização, como mal-estar, desconforto, ansiedade, medo e insegurança, assim como prejuízo no desenvolvimento escolar^{2,3,4}. Assim, na inserção da criança ao contexto hospitalar, fazem-se presentes⁵ comportamentos e estratégias resultantes da dificultosa convivência com o corpo adoecido, como, por exemplo, reclamar da dor, mal-estar, desconforto, protestos contra as restrições (alimentar, corporal, etc.), esquivar-se de interações, rejeição aos procedimentos hospitalares, não expressar o que sente, indiferença, constante estado de alertas, entre outros.

A internação de uma criança influencia na vida da família e no convívio de seus membros, já que a doença surge de forma inesperada, sem que a família ou a criança estejam preparadas para lidar com essa situação⁶. A negação da doença e da necessidade de internação pode indicar problemas na família diante da alteração nas vivências e nos papéis a serem desempenhados. Tal situação

intensifica desavenças conjugais e um desequilíbrio econômico, em caso de perda do emprego de um ou de ambos os cônjuges⁷.

A ansiedade e o sofrimento que acompanham a internação hospitalar da criança dependem, em grande parte, das condições inerentes à própria doença e aos procedimentos realizados para o seu tratamento. Desse modo, condições que estão envolvidas na experiência da hospitalização vão influenciar nas atitudes da família, da equipe médica e da própria criança⁸.

No entanto, mesmo com as variadas condições adversas da hospitalização, pode ser um período de aprendizagem e desenvolvimento para a criança, permitindo a ela, aprender uma série de estratégias para lidar com as condições adversas, como a dor, a ansiedade e o medo (7).

Uma das variáveis associadas à hospitalização é o estresse. Numa perspectiva psicológica, o estresse é compreendido como força estressora interna e externa, responsável pela produção de uma resposta no receptor, gerando efeitos transitórios ou permanentes sobre o indivíduo. Nessa mesma perspectiva teórica, o estímulo estressor influencia de modo diverso o organismo humano, com base principalmente na percepção que a pessoa possui sobre o estressor, de modo que o evento opera como estressor à medida que sobrecarrega ou excede os recursos adaptativos da pessoa (9).

As pesquisas que buscam a compreensão do contínuo saúde-doença em crianças portadoras de doença crônica reconhecem que o estresse pode ser percebido como um potencializador de experiências negativas, e que resulta num conjunto de respostas psicológicas, fisiológicas e avaliações cognitivas por parte do indivíduo (9)(10). A maneira como o indivíduo lida com experiências e eventos estressores determinarão a vulnerabilidade de seu organismo à ocorrência de doenças físicas e psicológicas (11).

Dentre as decorrências da hospitalização, o risco psicossocial se apresenta como variável presente na dimensão familiar em que a criança está inserida, isto é, o contexto familiar desempenha um significativo papel socializador, mediador entre o indivíduo e a sociedade, dando suporte à criança, atenuando cotidianamente os eventos estressores, condições adversas e impactos sociais na vida delas. Estudos que abordam as proprieda-

des e características do suporte familiar afirmam que o devido e apropriado suporte social e familiar pode ter efeito favorável quando os indivíduos se encontram expostos a situações estressantes (12)(13)(14).

Outra variável é o temperamento, definido como diferenças individuais, com base constitucional na reatividade e autorregulação, observadas nos domínios de emocionalidade, atividade motora e atenção, sendo influenciadas ao longo do tempo pela hereditariedade, maturação e experiência. Assim, a reatividade é definida como característica da responsividade individual a mudanças de estimulação apresentadas em diversos níveis (comportamental, autonômico, neuroendócrino) e por meio de parâmetros de latência, tempo de aumento, de recuperação da reação e intensidade máxima. Segundo a mesma perspectiva teórica, a autorregulação consiste em processos que modulam essa reatividade, incluindo aproximação/retraimento comportamental, controle inibitório e de atenção. Desse modo, com o curso do desenvolvimento da criança, sistemas inicialmente mais reativos tornam-se crescentemente regulados, na medida em que os de inibição ao medo e de controle de atenção se desenvolvem (15).

O temperamento da criança é uma variável que influencia o desenvolvimento e se relaciona a desfechos adaptativos ou desadaptativos. Ele ainda desempenha um relevante papel na formação da personalidade do indivíduo e nas suas relações com diferentes contextos ambientais (16).

Com base no exposto, nota-se que, na literatura, as temáticas relacionadas à hospitalização envolvem diferentes variáveis, como estresse, risco psicossocial e temperamento, sendo elas investigadas, levando-se em consideração os ciclos de desenvolvimento humano e os desfechos em saúde. Assim, o presente estudo avaliou as variáveis risco psicossocial, temperamento e o estresse em crianças no contexto da hospitalização e a relação entre elas.

MATERIAIS E MÉTODOS

Participaram do estudo 31 (trinta e uma) crianças em etapa pré-escolar e escolar (14 meninas e 17 meninos) internadas em um Hospital Público da cidade de Cuiabá-MT, por condição crônica (n= 10) e aguda (n= 21), com idade entre

cinco a sete anos ($M= 5,83$, $DP= 0,82$). Foi estimada a participação de 30 (trinta) crianças, com base no livro de registro de internação da Enfermaria Pediátrica. Os critérios de inclusão foram: ser portador de doença crônica ou aguda, sem considerar a presença ou não de alterações emocionais prévias; hospitalização de no mínimo três dias; ter idade entre cinco a sete anos; e autorização dos pais e da criança para participação na pesquisa. O total de internações realizadas entre o mês de janeiro/2015 a março/2015 foi de 111 (cento e onze). Desse total, mais de 60% ($n=68$) foi de crianças na faixa etária de recém-nascidos a dois anos. Desse modo, é baixo o número de internações de crianças entre a idade de três e oito anos ($19,8\% = 22$) e acima de nove anos ($18,9\% = 21$). O critério para definição da idade foi considerado em razão da literatura da área, que relata que crianças em idade pré-escolar e escolar apresentam condições em termos de desenvolvimento de expressar aspectos cognitivo e sociocognitivo a respeito de como percebem a doença e a hospitalização (17).

O local de coleta foi nas dependências da brinquedoteca localizada na enfermaria pediátrica do Hospital. A enfermaria pediátrica possui a seguinte estrutura: leitos ($n=14$), leitos de isolamento ($n=2$), leito para procedimento ($n=1$), sala para prescrição ($n=1$), sala para enfermagem ($n=1$), posto de enfermagem ($n=1$), repouso ($n=1$) e banheiros ($n=8$). Atende a uma população que compreende desde bebês recém-nascidos até adultos de 18 anos.

Os instrumentos utilizados são a seguir relacionados.

A Ferramenta de Avaliação Psicossocial, versão em português do *Psychosocial Assessment Tool* (PAT 2.0), é um instrumento de autorrelato respondido pelo responsável pela criança e contém sete subescalas, sendo elas: estrutura da família; recursos da família; problemas do paciente; problemas com os irmãos; problemas com cuidadores; reação ao estresse; e crenças familiares. Elas são formadas por até 15 itens e sua pontuação varia de 0 a 7. A pontuação final permite a classificação do risco psicossocial da família em três categorias: Universal (leve), com escore até 1,0; Alvo (moderado), com escore de 1,0 a 2,0; e Clínico (elevado), com pontuação maior que 2,0 (18)(19).

A Escala de Stress Infantil (ESI), respondida pelas crianças, é composta por 35 itens e tem por objetivo avaliar o estresse infantil, tendo como grupo amostral crianças entre 06 e 14 anos de idade, de ambos os sexos. Essa escala permite identificar as fases do estresse (alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão). Usando a ESI (20) (21), estudos observaram presença de estresse em crianças com idade a partir de cinco anos.

O Questionário de Comportamento da Criança (*Children's Behavior Questionnaire*) [CBQ] (22) é uma versão compacta composta por 94 itens que mensuram 15 dimensões (nível de atividade, prazer de alta intensidade, impulsividade, timidez, raiva/frustração, desconforto, medo, tristeza, reatividade decrescente, focalização de atenção, sensibilidade perceptual, controle inibitório, prazer de baixa intensidade, aproximação/antecipação e sorriso/riso) do temperamento da criança, a partir de informações dos pais.

A partir dos resultados obtidos nos instrumentos, foram realizadas análises de abordagem quantitativa e qualitativa. Os procedimentos estatísticos foram feitos com auxílio do software estatístico SPSS® 18.0. A análise dos dados foi realizada por meio de análise estatística descritiva e correlacional, utilizando os testes de Kruskal Wallis, Mann Whitney e de correlação não paramétrica de Spearman.

Procedimentos éticos

Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os instrumentos foram aplicados individualmente nos cuidadores e crianças. Os testes foram utilizados na pesquisa mediante a autorização de seus respectivos autores. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa HJUM/UFMT (Parecer N° 1.083.963).

RESULTADOS

Em relação ao risco psicossocial, do total das famílias, 17 (54,83%) apresentaram risco "Alvo", ou seja, são famílias que apresentaram indicadores de estresse agudo e fatores de risco, sendo necessárias intervenções específicas e suporte direcionado. As idades das crianças com maior risco

de estresse agudo foram cinco anos (nove crianças apresentaram risco Alvo) e seis anos (cinco crianças apresentaram risco Alvo). O total de oito famílias (25,8%), quatro crianças na faixa etária de seis anos, duas com cinco anos e duas com sete anos, encontravam-se no risco “Universal”, com baixo nível de risco psicossocial e recursos de apoio intrafamiliar. As idades com maior risco foram seis anos (quatro crianças), cinco e sete anos (duas crianças de cada idade). Apenas cinco famílias (16,1%) apresentaram risco “Clínico”, (três crianças com sete anos, uma com seis anos e duas com cinco anos) indicando presença de estresse persistente ou intermitente na família, com necessidade de acompanhamento.

Conforme a correção padronizada, as crianças foram classificadas de acordo com a presença ou não de sintomas de estresse. Quanto à frequência, cinco crianças da amostra total (n=31) apresentaram sintomatologia de estresse; sendo quatro meninas (80%), duas com sete anos, uma com cinco anos e uma com seis anos, e um menino (20%), com cinco anos.

Quanto às reações características ao estresse da amostra total, evidenciou-se uma frequência maior de reações psicológicas aos eventos estressantes (média de 11,7), tais como queixas emocionais e afetivas, dentre as quais se destacaram a preocupação excessiva com coisas ruins que podem acontecer, ansiedade, terror noturno, vontade de chorar, medo e falta de apetite. Os resultados revelaram também alta frequência em reações psicofisiológicas (média 10,67), seguida de reações físicas (média 10,60), destacando-se, dentre as primeiras, dificuldade em prestar atenção, timidez, agitação e realização de atividades em excesso, e, dentre as outras, prisão de ventre, diarreia, dor de barriga, dor de cabeça e sonolência.

Relacionando esse indicador de estresse com o risco psicossocial familiar, verificou-se que quatro crianças pertenciam a famílias com risco Alvo e uma criança à família com risco Universal.

Os domínios de risco psicossocial familiar de crianças hospitalizadas e os dados obtidos na pesquisa podem ser visualizados na tabela 1.

Tabela 1. Domínios de risco psicossocial familiar de crianças hospitalizadas (N = 31)

Subescalas	Média	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Escore Total	1.263	1,23	0,658	0,28	2,64
Estrutura e Recursos da Família	0,295	0,29	0,177	0	0,71
Problemas do paciente	0,32	0,33	0,157	0,06	0,61
Problemas com cuidadores	0,168	0,2	0,114	0	0,4
Crenças da família	0,197	0,17	0,197	0	0,58

Fonte: Dados da pesquisa

As subescalas não apresentaram média que indicasse a presença de risco psicossocial moderado ou elevado. No entanto, quanto ao resultado final, do total de famílias (N=31), 17 delas (54,8%) foram classificadas como Alvo.

Na avaliação do temperamento pelo CBQ, verificou-se que as variáveis mais preponderantes do temperamento das crianças foram aproximação/antecipação positiva, prazer de baixa intensidade, sensibilidade perceptiva e sorriso/riso. Em contrapartida, os que menos apareceram foram medo e timidez. Houve diferença entre os sexos

apenas na variável desconforto, na qual as meninas apresentaram maior média, conforme a tabela 2.

Tabela 2. Variáveis preponderantes do temperamento no CBQ e comparação entre sexos. Dados apresentados em média \pm desvio padrão.

Escalas CBQ	Masculino (n = 17) Média (DP)	Feminino (n = 14) Média (DP)	Total (n = 31) Média (DP)	P
Aproximação/Antecipação positiva	5.7 (\pm 1.1)	5.8 (\pm 0.8)	5.7 (\pm 1.0)	0,891
Desconforto	4.3 (\pm 1.2)	5.0 (\pm 1.2)	4.6 (\pm 1.3)	0,032
Medo	4.2 (\pm 1.0)	4.1 (\pm 2.1)	4.2 (\pm 1.6)	0,922
Prazer de Baixa Intensidade	5.9 (\pm 0.8)	6.0 (\pm 0.6)	5.9 (\pm 0.7)	0,493
Sensibilidade Perceptiva	5.9 (\pm 1.3)	5.8 (\pm 0.9)	5.8 (\pm 1.1)	0,468
Timidez	3.0 (\pm 1.4)	3.4 (\pm 1.7)	3.1 (\pm 1.5)	0,399
Sorrisos e Riso	5.4 (\pm 1.1)	5.5 (\pm 0.7)	5.4 (\pm 1.0)	0,891

* $p \leq 0,05$ (Teste Mann Whitney)

Analisando a relação entre os grupos de risco, de acordo com o PAT e as variáveis do temperamento, medidas pelo CBQ, observou-se uma diferença nas características raiva/frustração, focalização de atenção e controle inibitório. As crianças com baixo risco, integrantes do grupo

universal, apresentaram escores menores para a subescala raiva/frustração. Em contrapartida, apresentaram escores maiores para as subescalas focalização de atenção e controle inibitório, quando comparadas às crianças integrantes dos grupos Alvo e Clínico, como retratado na Tabela 3.

Tabela 3. Resultados (rank médio) entre os grupos de risco no PAT e as variáveis do temperamento no CBQ que apresentaram significância

Escalas CBQ	Universal	Alvo	Clínico	P
Raiva/Frustração	9,69	19,06	15,75	0,054
Focalização de atenção	23	14	12,33	0,037*
Controle Inibitório	24	14,26	10,25	0,010*

* $p \leq 0,05$ (Teste Kruskal Wallis).

Na análise de correlação entre os dados apresentados na tabela 4, pode-se observar que o escore total do PAT apresentou relação positiva com a subescala de raiva/frustração, ou seja, quanto maior o risco mais raiva, e vice e versa. Apresentou também relação negativa com a reatividade crescente/capacidade de se acalmar, assim como na subescala de controle inibitório, isto é, quanto menor o risco maior a capacidade de se acalmar e maior controle inibitório, e assim mutuamente.

Tabela 4. Correlação entre indicadores de temperamento e de risco psicossocial (subescalas do CBQ e PAT, n = 31).

CBQ	Escore Total PAT	Estrutura e Recursos da Família	Problemas do Paciente	Problemas com cuidadores	Crenças da família
Nível de Atividade	0,517	0,867	0,815	0,233	0,607
Raiva /Frustração	0,012*	0,467	0*	0,07	0,273
Aproxim./Antecip. Positiva	0,082	0,601	0,196	0,111	0,325
Focalização de atenção	0,077	0,146	0,008*	0,041*	0,512
Desconforto	0,754	0,284	0,046*	0,454	0,948
Reatividade decrescente	0,008*	0,264	0,062	0,052	0,346
Medo	0,648	0,104	0,042*	0,48	0,522
Impulsividade	0,863	0,477	0,595	0,869	0,367
Prazer de alta intensidade	0,227	0,009*	0,29	0,272	0,902
Controle Inibido	0,002*	0,029*	0,061	0,021*	0,024*
Prazer de Baixa Intensidade	0,799	0,951	0,509	0,757	0,977
Sensibilidade Perceptiva	0,756	0,137	0,286	0,275	0,318
Tristeza	0,773	0,59	0,4	0,703	0,063
Timidez	0,288	0,308	0,004*	0,525	0,772
Sorrisos e Riso	0,544	0,124	0,838	0,44	0,393

Fonte: Dados da pesquisa. * $p \leq 0,05$ indica correlação significativa a partir do teste Spearman.

Os resultados sugerem que, havendo menor risco psicossocial, a probabilidade de a criança apresentar raiva e frustração é menor; dessa forma, a probabilidade de a criança conseguir focalizar a atenção e se controlar é maior.

DISCUSSÃO

As famílias podem ser um fator protetivo para as crianças durante o seu desenvolvimento e principalmente em ocasiões consideradas estressoras, como é a hospitalização, já que assumem cuidados contínuos com as crianças. No entanto, se esse agrupamento estiver em uma condição desfavorável, em uma situação de vulnerabilidade, a possibilidade de exercer essa função de proteção diminui (12)(23).

O perfil das famílias atendidas pelo hospital

público pesquisado assemelha-se ao encontrado em estudos com crianças hospitalizadas em instituições do mesmo caráter (24)(25)(26). Isto é, família com perfil de vulnerabilidade, seja por estar em uma condição econômica desfavorável ou por apresentar risco psicossocial.

O resultado de apenas oito famílias (25,8% da amostra de 31) ter apontado estar em uma situação que não precisaria de intervenção diverge de estudos realizados fora do Brasil com o mesmo instrumento. Entretanto, é preciso levar em consideração as diferenças culturais e econômicas entre os países (26)(27)(28).

Na análise dos temas do PAT, não foi encontrado um principal fator de risco, o que pode sugerir que a problemática não está em um aspecto específico da família, mas na soma dos diversos elementos que nela se encontram. Novamente, esse

fato pode estar relacionado com a baixa renda, já que os aspectos socioeconômicos influenciam na qualidade de vida dos pacientes (23)(29)(30).

O ato de cuidar demanda atenção e empenho e, nos casos de hospitalização, uma adaptação a situações diversas, o que pode sobrecarregar o cuidador. Considerando os fatores socioeconômicos, verificou-se uma redução da probabilidade de as famílias, nesse contexto, exercerem o papel protetivo em sua totalidade. Mesmo que não seja possível fazer uma relação entre o risco psicossocial e os indicadores de estresse em crianças hospitalizadas, devido ao baixo número de infantes que apresentaram estresse, ainda é preciso levar em consideração a condição das famílias, pois, pertencendo ao grupo de risco psicossocial Alvo, é necessária uma intervenção (24).

Um atendimento diferenciado a esse público, possivelmente, colaboraria para que os acompanhantes das crianças auxiliassem a equipe durante o tratamento, tendo em vista que os resultados indicaram que os infantes provenientes dessas famílias apresentam mais raiva e dificuldade para se controlar e acalmar, o que pode dificultar no momento em que são realizados os procedimentos.

No entanto, a predominância das variáveis temperamentais aproximação/antecipação positiva a estímulos novos, baixa intensidade de prazer, sensibilidade perceptiva e sorrisos e riso indicam um perfil de temperamento infantil facilitador, caracterizado por regularidade nas funções biológicas, respostas de aproximação positiva a estímulos novos. Os traços de medo e timidez apareceram em menor quantidade, indicando uma adaptação das crianças, com mais facilidade, ao contexto da hospitalização, o que pode ter contribuído para o baixo número de crianças com indicativo de estresse. É, portanto, possível levantar a hipótese de que o hospital não esteja sendo percebido como um local aversivo, ou que a equipe de saúde esteja conseguindo amenizar a situação.

Diante desses aspectos, cabe ressaltar que o presente estudo tratou de uma avaliação de indicadores psicossociais de crianças em início de hospitalização. Desse modo, observou-se a necessidade de outros estudos, considerando a relação entre criança e família com a equipe de saúde, assim como outras variáveis, como o desenvolvimento de atividades lúdicas, classe hospitalar e aspectos psicológicos do cuidador.

CONCLUSÃO

Retomando o objetivo inicial deste trabalho, observaram-se indicadores de risco psicossocial familiar, de estresse e de alguns fatores do temperamento em crianças hospitalizadas. Do mesmo modo, foram verificadas correlações significativas entre as variáveis avaliadas.

Devido às dificuldades de autorregulação das crianças com maior risco psicossocial, as variáveis estressoras envolvidas na hospitalização podem ter seu efeito acentuado, demandando, assim, maiores esforços dos profissionais de saúde. Dessa forma, se fazem necessárias intervenções que tenham como foco o grupo familiar, para que eles possam auxiliar durante o processo de hospitalização.

Esclarecimentos, orientações e contribuições aos acompanhantes são imprescindíveis e podem colaborar para a adaptação deles à situação. Esse auxílio pode ser feito de diversas maneiras, seja individualmente ou por meio de grupos de pais (30). As intervenções dirigidas à família podem diminuir o impacto da hospitalização, no entanto, é preciso levar em consideração os aspectos externos ao hospital.

Em contextos onde outra variável está associada ao risco psicossocial, nesse caso o temperamento, é necessário analisar as condições em que essas famílias, que podem ser consideradas vulneráveis, se encontram, contudo, foi verificada uma falta de apoio na rede que deveria acolher essas pessoas (31)(32).

Diante do que foi apresentado, estudos que acompanhassem essas famílias após a hospitalização poderiam trazer informações que colaborassem para o desenvolvimento de programas mais efetivos para essa população. Por fim, a presente pesquisa dá subsídios para a realização de intervenções a esse perfil familiar, de modo a amenizar os impactos da hospitalização.

AGRADECIMENTOS

Projeto Realizado com apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Mato Grosso (FAPEMAT).

REFERÊNCIAS

1. Cruz DSM, Costa SFG, Nóbrega, MML. Assistência humanizada à criança hospitalizada. Rev RENE Fortaleza. 2006; 7(3): 98-104. Disponível em: [<http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/5447/3962>].
2. Farias DD, Gabatz RIB, Terra AP, Couto GR, Milbrath VM, Schwartz E. A hospitalização na perspectiva da criança: uma revisão integrativa. Rev. enferm UFPE online. 2017; 11(2): 703-711. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/313458902_A_hospitalizacao_na_perspectiva_da_crianca_uma_revisao_integrativa.
3. Viero V, Beck CLC, Freitas PH, Coelho AP, Lima SBS, Machado BP. Enfrentamentos da Criança com Câncer frente ao Afastamento Escolar Devido Internação Hospitalar. Rev. enferm UFSM [Internet]. 2014; 42:368-77. Disponível em: <http://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/10956/pdf>.
4. Nascimento LC, Rocha SMM, Hayes VH, Lima RAG. Crianças com câncer e suas famílias. RevEscEnferm USP. 2005 Jun; 39(4):469-74. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000400014&lng=pt.
5. Dias JJ, Silva APC, Freire RLS, Andrade ASA. A experiência de crianças com câncer no processo de hospitalização e no brincar. Rev Min Enferm. 2013;17(3):608-613. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/676>. Acesso em: 05 abril 2017.
6. Oliveira BRG de, Collet N. Criança hospitalizada: percepção das mães sobre o vínculo afetivo criança-família. Rev latino-am enfermagem. 1999; 7(5): 95-102. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/242121914_Crianca_hospitalizada_percepcao_das_maes_sobre_o_vinculo_afetivo_crianca-familia].
7. Crepaldi. MA. Família de crianças hospitalizadas: os efeitos da doença e da internação. Rev Ciência e Saúde. 1998; 17(1): 82-92.
8. Barros L. As consequências psicológicas da hospitalização infantil: prevenção e controle. Rev Análise Psicológica. 1998; 1(16): 11-28. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/262669864_As_consequencias_psicologicas_da_hospitalizacao_infantil_Prevencao_e_controle.
9. Linhares MBM. Estresse precoce no desenvolvimento: impactos na saúde e mecanismos de proteção. Estudos de Psicologia - Campinas. 2016; 33(4): 587-599. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&
10. Shonkoff JP, Boyce WT, Mcewen BS. Neuroscience, molecular, biology, and the childhood roots of health disparities building a new framework for health promotion and the disease prevention. Journal of the American Medical Association, Chicago, 2009; 301(21): 2252-2259.
11. Nodari NL, Flor SRA, Ribeiro AS, Carvalho GJR. Estresse, conceitos, manifestações e avaliação em saúde: revisão de literatura. Revista Saúde e Desenvolvimento Humano 2014 Maio 30; 2(1): 61-74. Disponível em: http://www.revistas.unilasalle.edu.br/index.php/saude_desenvolvimento/article/view/1543/1100
12. Monica AM, Costa JB da, Marcon SS, Moura CB. Estrutura e suporte familiar como fatores de risco de stress infantil. Estudos de Psicologia – Campinas 2011 Jul/Set; 28(3): 327-335. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2011000300004.
13. Schultz LF. A família vivenciando a doença e a hospitalização da criança: Protegendo o filho do mundo e não o mundo do filho. Guarulhos. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] CEPPE - Universidade Guarulhos; 2007. Disponível em: <http://tede.ung.br/bitstream/123456789/211/1/Lidiane+Ferreira+Schultz.pdf>.
14. Silva FM, Correa I. Doença crônica na infância: vivência do familiar na hospitalização da criança. REME – Rev Mineira Enferm. 2006 Jan/Mar; 10(1):18-23. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/379>.
15. Rothbart MK. Commentary: Differentiated Measures of Temperament and Multiple Pathways to Childhood Disorders. Journal of Clinical Child and Adolescence Psychology 2004; 33(1): 82-87.
16. Correia LL. Queixas de dor, temperamento e problemas de comportamento em crianças com queixa de dor de cabeça. Ribeirão Preto. Tese [Doutorado em Medicina] - Universidade de São Paulo; 2009.
17. Barros, L. Psicologia Pediátrica. Perspectiva Desenvolvimentalista (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores. 2003.
18. Santos SS. Adaptação transcultural e validação do “Psychosocial assessment tool (pat 2.0)”: instrumento de avaliação psicossocial de famílias de pacientes pediátricos recém- diagnosticados com câncer [dissertação]. São Paulo: Fundação

Antônio Prudente; 2012.

19. Pai ALH, Patiño-Fernandéz AM, McSherry M, Beele D, Alderfer MA, Reilly AT, Hwang W, Kazak AE. The psychosocial assessment tool (PAT.2.0): psychometric properties of a screener for psychosocial distress in families of children newly diagnosed with cancer. *Journal of Pediatric Psychology*. 2008; 33(1): 50-62.
20. Crepaldi, ET, Correia-Zanini, MRG, Marturano, E. M. No Limiar do Ensino Fundamental: Estresse, Competência e Ajustamento em Alunos do 1º Ano. *Temas em Psicologia*, 2017, 25(2): 503-515.
21. Lena, MS. Estudo sobre a saúde de crianças usuárias de um serviço de saúde mental: a história de chapeuzinho amarelo. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade de Santa Maria, 2012.
22. Klein VC, Putnam SP, Linhares MBM. Avaliação do temperamento da criança: tradução de instrumentos para a Língua Portuguesa (Brasil). *Revista Interamericana de Psicologia*, Porto Alegre, 2009; 38(3):442-447.
23. Papalia DE, Feldman RD. *Desenvolvimento Humano*. 12ª edição. Porto Alegre: Artmed. 2013.
24. Santos JFM, Torquato SCR, Frota KMG, Nascimento LC, Freire JAP. Perfil nutricional e socioeconômico de crianças hospitalizadas em instituição pública de Picos - Piauí. *Revista Interdisciplinar*. 2014 Out/Nov; 7(4): 106-114. Disponível em: http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/446/pdf_164.
25. Araujo DM, Segava NB, Paula FG, Vidal LC, Moraes JC, Almeida JM, et al. Perfil dos pacientes pediátricos avaliados pela residência multiprofissional em um hospital universitário. *REFACS [periódicos na Internet]* 2015; 3(3): 221-227. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletro-nica/index.php/refacs/article/view/1241/1117>.
26. McCarthy MC, Clarke NE, Vance A, Ashley DM, Heath JA, Anderson VA. Measuring Psychosocial Risk in Families Caring for a Child with Cancer: The Psychosocial Assessment Tool (PAT 2.0). *Pediatric Blood Cancer [periódicos na Internet]* 2009; 53: 78-83. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/wol1/doi/10.1002/pbc.22007/full><http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pbc.22007/full>.
27. Cynthia WK, Stacey LH, Maria S, Melissa AF, T. David E, Gail M. Examination of Risk and Resiliency in a Pediatric Sickle Cell Disease Population Using the Psychosocial Assessment Tool 2.0. *J Pediatric Psychol* 2012; 37(9): 1031-1040. Disponível em: <https://academic.oup.com/jpepsy/article/37/9/1031/892121/Examination-of-Risk-and-Resiliency-in-a-Pediatric>.
28. Alderfer MA, Mougianis I, Barakat LP, et al. Family psychosocial risk, distress and service utilization in pediatric cancer: Predictive validity of the Psychosocial Assessment Tool (PAT). *Cancer* 2009; 115: 4339–4349. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.24587/full>.
29. Felix AA, Souza HM, Ribeiro SB. Epidemiologic and social aspects of sickle cell disease. *Rev Bras Hematol Hemoter* 2010; 32: 203-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v32n3/aop72010>.
30. Mülle JD, Hillig MG, Hoffmann VRK, Schenkel SS. “Grupo de pais” como recurso facilitador no trabalho com as famílias de crianças crônicas hospitalizadas. *Ciência, cuidado e saúde*. 2008; 7. Disponível em: <http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/20635/pdf>.
31. Araújo YB, Reichert APS, Vasconcelos MGL, Collet N. Fragilidade da rede social de famílias de crianças com doença crônica. *Rev. Brasileira de Enfermagem*. 2013; 66(5): 675-681. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n5/06.pdf>.
32. Pedroso MLR, Motta MGC. Criança e família convivendo com a doença crônica: mesossistema em ligação com a vulnerabilidade programática. *Texto contexto-Enfermagem*. 2013; 22(2): 493-499. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a27.pdf>.