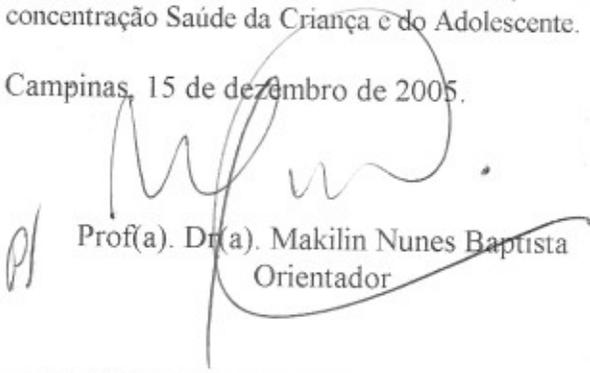


ROSANA RIGHETTO DIAS

**MÃES DE CRIANÇAS HOSPITALIZADAS EM UTI:
percepção de suporte familiar e saúde mental**

Este exemplar corresponde à versão final do exemplar da Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do título de Doutor em Saúde da Criança e do Adolescente, área de concentração Saúde da Criança e do Adolescente.

Campinas, 15 de dezembro de 2005.


Prof(a). Dr(a). Makilin Nunes Baptista
Orientador

2005



ROSANA RIGHETTO DIAS

MÃES DE CRIANÇAS HOSPITALIZADAS EM UTI:
percepção de suporte familiar e saúde mental

*Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas para obtenção do título de
Doutor em Saúde da Criança e do Adolescente, Área
de concentração em Pediatria.*

ORIENTADOR: PROFESSOR DR. MAKILIM NUNES BAPTISTA

CAMPINAS

2005

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

D543m Dias, Rosana Righetto
Mães de crianças hospitalizadas em uti: percepção de suporte familiar e saúde mental / . Rosana Righetto Dias. Campinas, SP : [s.n.], 2005.

Orientador : Makilim Nunes Baptista
Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica. 2. Saúde Mental. 3. Relações Mãe-Filho. 4. Mães Acompanhando Filho no Hospital. I. Baptista, Makilim Nunes. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

Título em inglês: *Mothers of hospitalized children in pediatric intensive unity: familiar support perception and mental health*

Keywords: • Intensive Care Units, Pediatric

- Mental Health**
- Mother-Child Relations**
- Mother with Child in Hospital**

Área de concentração : Pediatria

Titulação: Doutorado

Banca examinadora: Prof Dr Makilim Nunes Baptista

Prof. Dr. Antonio Barros de Azevedo Filho

Profa. Dra. Eliana de Melo Barison

Profa. Dra. Evelyn Kuczynski

Prof. Dr. Francisco Baptista Assumpção Filho

Data da defesa:15/12/2005

Banca Examinadora da Tese de Doutorado

. Dr. Maklin Nunes Baptista

Membros:

1. Prof. Dr. Makilin Nunes Baptista

2. Profa. Dra. Antonio de Azevedo Barros Filho

3. Prof. Dr. Eliana de Mello Barison

4. Prof. Dr. Evelyn Kuczynski

5. Prof. Dr. Francisco Baptista Assumpção Junior

Curso de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 2006

DEDICATÓRIA

Em razão do suporte familiar recebido... No apoio, enfrentamento e felicidade desse sonho concluído, dedico este importante trabalho àqueles que amo...

A você, **Makilim** que antes mesmo de compartilhar de seus conhecimentos e ensinamentos, pude dividir minhas alegrias, tristezas e o essencial, contar com sua amizade! *Você meu amigo de fé, meu irmão camarada... amigo de tantos caminhos, de tantas jornadas...*

Indiscutivelmente, **Gabriel**, filho lindo e adorado... Por minhas ausências, mas acima de tudo por acreditar em seu apoio... E ver refletido no brilho dos seus olhos, a luz que você traz para minha vida... *Que é bonita, é bonita e é bonita. Viver...*

Aos meus pais, **Roberto** e **Luzia**, pessoas generosas e iluminadas que, com encorajamento, me ensinaram a trilhar por caminhos próprios... *Amor verdadeiro, de pessoas verdadeiras é precioso...*

E finalmente, aos demais que não menos íntimos, queridos e amados, minha família... **Irmãos, sobrinhos, cunhados, amigos...** *Que são meu bem maior!*

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Faz-se importante mencionar que a ordem de agradecimentos não se aplica pela prioridade nas manifestações de gratidão a todos que direta ou indiretamente colaboraram para a execução desse trabalho. Acredito que trilhar um sonho não se faz sem parcerias, portanto, os poucos que cito agora representam os muitos que estão ou passaram pela minha vida com muito amor.

Apesar de dedicar este trabalho ao meu orientador Dr. Makilim Nunes Baptista, não poderia deixar de agradecer por tudo o que aprendi com você e espero poder aprender ainda mais. A sua coragem em assumir este trabalho... Este desafio prova antes de tudo a sua competência e integridade pessoal e profissional.

A você, Dra. Diana Tosello Laloni, agradeço por junto a mim possibilitar a conquista de minha maturidade, minhas aprendizagens cotidianas, meus caminhos profissionais e particularmente por ter me proporcionado a descoberta da minha paixão profissional: Psicologia na Saúde.

Aos meus amigos, escudeiros e parceiros profissionais, Dra. Cristina Coutinho de Marques e Pinho, Mestre Pedro Bordini Faleiros, pela alegria de tê-los como companheiros e especialmente a você, Cris, pela revisão ortográfica deste trabalho.

Queridas Dra. Adriana Said Daher e Mestre Marina Stahl Merlin, amigas de longa data e profissionais de gabarito e com quem tenho o prazer de ensinar e praticar a Psicologia na Saúde.

Aos meus alunos, meninas e meninos... queridos, que me permitem praticar com carinho, o que acredito.

E pensar que você... Juliana Furlan Vargas, foi minha aluna e recentemente trabalhou como psicóloga e assistente nesta pesquisa... Você cresceu! Agradeço por todo seu empenho na realização deste estudo.

AGRADECIMENTOS

À equipe de saúde da UTI Pediátrica do Hospital das Clínicas da Unicamp, representada pelo Dr. Carlos Lopes, por além de autorizar a coleta de dados neste local, se interessarem em conhecer o projeto e poder contribuir em sua elaboração, pelo acolhimento e espírito de pesquisa compartilhado.

Ao Departamento da Saúde da Criança e do Adolescente, para quem escolho por representá-lo, Prof. Dr. Antonio Barros de Azevedo Filho, pelo meu desenvolvimento como pesquisadora e pela acolhida em um momento de grande crise para mim.

À estimada, prestimosa, responsável e doce... secretária do Departamento de Pós-Graduação, CIPED, Simone Cristina Ferreira, por toda atenção e prontidão na contribuição de todos os tramites administrativos para que essa pesquisa se realizasse.

Ao Centro Universitário Hermínio Ometto - Uniararas, em especial à sua Reitoria, representada pela Dra. Miriam de Magalhães de Oliveira Levada e Pró Reitorias pelo apoio e confiança em minha capacidade e responsabilidade profissional.

Aos profissionais que de forma singela e brilhante contribuíram com suas sugestões e críticas na avaliação deste trabalho: Dr. Antonio Barros de Azevedo Filho, Dra. Eliana de Melo Barison, Dra. Evelyn Kucyznski e Dr. Francisco Baptista Assumpção Junior.

A todas **Mães**, em especial as que contribuíram como participantes deste estudo, para que mais uma pesquisa científica pudesse ser concretizada.

	PÁG.
RESUMO	<i>xxxi</i>
ABSTRACT	<i>xxxv</i>
INTRODUÇÃO	39
REVISÃO DA LITERATURA	43
Família / Suporte Familiar.....	45
Crise / Estresse.....	61
Hospitalização Infantil.....	71
UTI / Pesquisas em UTI Pediátrica.....	76
Saúde Mental – Cuidadores.....	90
OBJETIVOS	99
MÉTODO	103
Delineamento do Estudo.....	105
Local.....	105
Caracterização da Amostra.....	105
Matéria.....	107
Recursos Humanos.....	111
Procedimento.....	111
Comprometimentos Éticos.....	112

RESULTADOS	115
Método de Análise Estatística.....	117
Análise Descritiva dos Dados.....	119
Caracterização da Amostra.....	119
Dados sobre o quadro Clínico.....	122
Transtornos mentais e/ou Comportamentais.....	126
Análise Inferencial dos Dados.....	133
DISCUSSÃO	143
CONCLUSÃO	163
REFERÊNCIAS	167
ANEXOS	181

LISTA DE ABREVIATURAS

<i>IPSF</i>	Inventário de Percepção do Suporte Familiar
<i>QSG</i>	Questionário de Saúde Geral de Goldberg
<i>UTI</i>	Unidade de Terapia Intensiva
<i>UTIP</i>	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

	PÁG.
Tabela 1- Faixa Etária do Paciente.....	121
Tabela 2- Motivo da internação/ Hipótese Diagnóstica.....	122
Tabela 3- Expectativas das Participantes frente à doença e ao tratamento.....	123
Tabela 4- Estado Clínico do paciente – Gravidade do Quadro Clínico.....	124
Tabela 5- Eventos de Vida Estressantes.....	126
Tabela 6- Frequência de visitas das Participantes aos profissionais para saúde geral e saúde mental – último ano.....	128
Tabela 7- Frequência de visitas das Participantes ao profissional na área da saúde - últimos dois meses.....	129
Tabela 8- Intensidade do Estresse no momento.....	130
Tabela 9- Motivo do estresse.....	130
Tabela 10- Percepção da intensidade do estresse relacionado à família.....	131
Tabela 11- Motivo de estresse em relação à família.....	131
Tabela 12- Sintomatologia referida pelas participantes no último ano.....	132
Tabela 13- Teste U de Mann-Whitney para as medidas: IPSF (média geral), QSG (média geral) e Idade da Participante.....	133
Tabela 14- Teste U de Mann-Whitney para as medidas: IPSF (média geral), QSG (média geral) e Estado Civil.....	134
Tabela 15- Teste U de Mann-Whitney para as medidas: IPSF (total das quatro dimensões) e Estado Civil.....	134

Tabela 16-	Teste U de Mann-Whitney para as medidas: IPSF (média geral), QSG (média geral) e Escolaridade da Participante.....	135
Tabela 17-	Teste U de Mann-Whitney em, IPSF (média geral), QSG (média geral) e Renda Familiar.....	136
Tabela 18-	Teste U de Mann-Whitney para as medidas: IPSF (média geral), QSG (média geral) e Número de Moradores com as Participantes..	136
Tabela 19-	Análise de Variância de Friedman (χ^2_r) para IPSF em seus domínios nos quatro momentos de coleta de dados e no total de seus escores.....	137
Tabela 20-	Análise de Variância de Friedman (χ^2_r) para QSG Geral nos quatro momentos de coleta de dados e por dimensões de avaliação.....	137
Tabela 21-	Análise Correlação de Spearman – IPSF e QSG da Participante e Exame Clínico Total da Criança – primeiro momento.....	138
Tabela 22-	Análise de Correlação de Spearman – QSG Fator geral por momentos e Eventos de Vida estressores - para cada um dos quatro momentos (escores totais).....	139
Tabela 23-	Análise de Correlação de Spearman para IPSF, QSG e Eventos de Vida Estressores para Média Total – quatro momentos.....	139
Tabela 24-	Análise Correlação de Spearman para IPSF (média quatro momentos), QSG (média quatro momentos) e Intensidade do Estresse (primeiro momento).....	140
Tabela 25-	Análise Correlação de Spearman – IPSF, QSG, Eventos de Vida Estressantes, Intensidade de Estresse para o primeiro momento.....	140
Tabela 26-	Análise Correlação de Spearman IPSF (total) e QSG (total) para os quatros momentos.....	141

Tabela 27-	IPSF - Inadaptação Familiar – Primeiro Momento.....	204
Tabela 28-	IPSF - Inadaptação Familiar – Segundo Momento.....	204
Tabela 29-	IPSF - Inadaptação Familiar – Terceiro Momento.....	205
Tabela 30-	IPSF - Inadaptação Familiar – Quarto Momento.....	205
Tabela 31-	IPSF - Afetividade Familiar – Primeiro Momento.....	206
Tabela 32-	IPSF - Afetividade Familiar – Segundo Momento.....	206
Tabela 33-	IPSF - Afetividade Familiar – Terceiro Momento.....	207
Tabela 34-	IPSF - Afetividade Familiar – Quarto Momento.....	207
Tabela 35-	IPSF - Consistência Familiar – Primeiro Momento.....	208
Tabela 36-	IPSF - Consistência Familiar – Segundo Momento.....	208
Tabela 37-	IPSF - Consistência Familiar – Terceiro Momento.....	209
Tabela 38-	IPSF - Consistência Familiar – Quarto Momento.....	209
Tabela 39-	IPSF - Autonomia Familiar – Primeiro Momento.....	210
Tabela 40-	IPSF - Autonomia Familiar – Segundo Momento.....	210
Tabela 41-	IPSF - Autonomia Familiar – Terceiro Momento.....	210
Tabela 42-	IPSF - Autonomia Familiar – Quarto Momento.....	211
Tabela 43-	QSG – Estresse Psíquico – Primeiro Momento.....	211
Tabela 44-	QSG – Estresse Psíquico – Segundo Momento.....	212
Tabela 45-	QSG – Estresse Psíquico – Terceiro Momento.....	212
Tabela 46-	QSG – Estresse Psíquico – Quarto Momento.....	213
Tabela 47-	QSG – Desejo de Morte – Primeiro Momento.....	213
Tabela 48-	QSG – Desejo de Morte – Segundo Momento.....	213
Tabela 49-	QSG – Desejo de Morte – Terceiro Momento.....	214

Tabela 50-	QSG – Desejo de Morte – Quarto Momento.....	214
Tabela 51-	QSG – Falta de Confiança e Desempenho – Primeiro Momento.....	214
Tabela 52-	QSG – Falta de Confiança e Desempenho – Segundo Momento.....	215
Tabela 53-	QSG – Falta de Confiança e Desempenho – Terceiro Momento.....	215
Tabela 54-	QSG – Falta de Confiança e Desempenho – Quarto Momento.....	215
Tabela 55-	QSG – Distúrbios do Sono – Primeiro Momento.....	216
Tabela 56-	QSG – Distúrbios do Sono – Segundo Momento.....	216
Tabela 57-	QSG – Distúrbios do Sono – Terceiro Momento.....	216
Tabela 58-	QSG – Distúrbios do Sono – Quarto Momento.....	217
Tabela 59-	QSG – Distúrbios Psicossomáticos – Primeiro Momento.....	217
Tabela 60-	QSG – Distúrbios Psicossomáticos – Primeiro Momento.....	217
Tabela 61-	QSG – Distúrbios Psicossomáticos – Primeiro Momento.....	218
Tabela 62-	QSG – Distúrbios Psicossomáticos – Primeiro Momento.....	218

LISTA DE FIGURAS

	<i>PÁG.</i>
Figura 1- Estresse e Percepção Familiar.....	68

LISTA DE ANEXOS

	<i>PÁG.</i>
Anexo 1- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	183
Anexo 2- Ficha de Caracterização.....	184
Anexo 3- Entrevista para Rastreamento de Transtornos Mentais e/ou Comportamentais.....	187
Anexo 4- Inventário de Percepção de Suporte Familiar.....	191
Anexo 5- Questionário de Saúde Geral de Goldberg.....	193
Anexo 6- Tabelas de Conferência.....	204

RESUMO



DIAS, R. R. Mães de Crianças Hospitalizadas em UTI: Percepção de Suporte Familiar e Saúde Mental. Tese de Doutorado. Campinas-SP: Faculdade de Ciências Médicas/Universidade Estadual de Campinas-UNICAMP, 157p.

Este estudo propôs o exame da percepção do suporte familiar e da saúde mental de mães de crianças hospitalizadas em UTI Pediátrica, por meio de duas medidas na internação, uma após alta do setor e uma medida após a alta hospitalar, referentes às possíveis modificações e associações destas variáveis nestes momentos. A percepção do suporte familiar foi avaliada pelo Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) em quatro dimensões caracterizadas como inadaptação, afetividade, consistência e autonomia familiar e a saúde mental, pelo Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG) em cinco dimensões: estresse psíquico, desejo de morte, falta de confiança e desempenho, distúrbios do sono e distúrbios psicossomáticos. Os resultados foram apreciados inicialmente pela análise descritiva da amostra de 14 mães participantes, obtida durante seis meses de coleta de dados, objetivando seus dados de caracterização, além de suas crianças e do rastreamento de transtornos mentais e/ou comportamentais das participantes, anterior ao momento de internação de seus filhos. As análises inferenciais estatísticas abordaram as medidas do IPSF e do QSG e os dados resultantes sugeriram uma variação significativa para a saúde mental das mães entre os momentos de avaliação, observando-se a diminuição dos escores do QSG e a indicação da presença de saúde mental, ao término do estudo. Em relação ao IPSF, variação significativa alguma foi encontrada, para os momentos avaliados. Entende-se que a limitação deste estudo seja compreendida ao reduzido número amostral e sugere-se que pesquisas na área sejam realizadas, objetivando um tempo superior a seis meses para a coleta de dados. Notou-se ainda uma variação significativa para a dimensão de inadaptação familiar na comparação do grupo de participantes solteiras e casadas no IPSF, observando-se uma tendência de melhor percepção do suporte familiar para este último grupo. Não se constatou correlação entre a ocorrência de eventos estressantes com a percepção do suporte familiar e a saúde mental apresentadas pelas participantes. No entanto, verificou-se que esta correlação aconteceu significativamente na comparação entre o QSG e a intensidade do estresse percebida pelas mães na hospitalização e sugeriu-se esta

observação ao fato das participantes referirem como maior estressor, o evento das crianças estarem internadas em UTI. Mostrou-se da mesma forma, significativa correlação entre o QSG e os sintomas psiquiátricos relacionados pelas participantes no primeiro momento, recomendando-se que possivelmente as que apresentaram maior comprometimento para a saúde mental já apresentavam esta sintomatologia. Correlação alguma foi encontrada na tentativa de associação entre a saúde mental e a percepção do suporte familiar das participantes e deve-se, essa ocorrência, ao evento do IPSF não ter variado durante os quatro momentos de coleta de dados. Conclui-se pelo apoio à hipótese pelo aumento da saúde mental das mães após os momentos de crise da hospitalização e que a não variação do IPSF esteja relacionada para uma melhor percepção de suporte familiar deste grupo amostral.

Palavras-chave: UTI Pediátrica, suporte familiar, saúde mental, mães.

ABSTRACT



DIAS, R. R. Mothers of hospitalized children in Pediatric Intensive Unity: Familiar Support Perception and Mental Health. Doctor's Degree Dissertation. Campinas-SP: Faculdade de Ciências Médicas/Universidade Estadual de Campinas-UNICAMP, 157p.

This study had the proposal to examine the perception of the family support and the mental health of child keepers of hospitalized children in Pediatric Intensive Unity, at two different moments, after being discharged and after hospital discharged. The perception of familiar support was evaluated in four dimensions - inadaptation, affectivity, familiar consistency and autonomy, and mental health. Those dimensions were examined through five factors includes in Questionnaire of General Health of Goldberg (QSG): psychic stress, death desire, absence of reliability and performance, sleep and psychosomatic disturbs. This research was composed by descriptive analysis of 14 child keepers that had been submitted to a script of characterization interview (gathering child keepers and child data) and an interview for mental and/or behavior disturbed. The results indicated that there is a significant variation for the child keepers' mental health between the moments of assessment, by decrease of QSG scores and indication of mental health presence at the final of the study. No significant variation was found related to the IPSF. It's possible to affirm that the limitation of this study is the reduced amostral number of cases and is suggested that research in the area will be done, with a superior time (more than six months for the gathering data). The results indicated too for a significant variation for the dimension of familiar inadaptation in the comparison of the group of single and married child keepers, with a trend of better perception of the familiar support for this last group. There was no correlation between the occurrence of stress events and the perception of the familiar support and mental health of the participants. However, it was verified that this association occur significantly in the comparison between the QSG and the intensity of stress that was perceived for the child keepers. It suggested that this refer to the more stress event was the hospitalized child in Pediatric Intensive Unity. It had been significant also the correlation between the QSG and the psychiatric symptoms presented in participants at the first moment, indicating that possibly those woman that had presented more mental health damage already had the symptoms. No correlation was found in association between mental

health and the perception of the familiar support of the child keepers, probably because the IPSF had not varied during the four moments of application. The conclusions were: there is necessary to increase the mental health of the mothers at the moment of hospitalization's crisis and that the variation of the IPSF is not related for one better perception of familiar support of this amostral group.

Key-words: Pediatric Intensive Unity, family support, mental health, mothers.

INTRODUÇÃO



A escolha do tema pela autora deveu-se às vivências práticas e teóricas na área da Psicologia na Saúde enquanto profissional do campo hospitalar, especialmente no espaço da pediatria, no decorrer de sua pós-graduação e em sua atividade acadêmica como professora-supervisora universitária nesta área. A experiência em enfermagem de pediatria remeteu a autora ao processo de avaliação das contingências que permeiam os usuários e profissionais da saúde na área, principalmente às reações comportamentais de cuidadores e familiares frente ao processo de hospitalização/doença dos pacientes e mudanças em suas rotinas de vida diária.

Tais fatos remeteram a autora às questões quanto aos fatores que podem comprometer o funcionamento familiar e até contingenciar problemas frequentes de saúde mental aos membros familiares e em particular aos cuidados à criança durante e após o estresse sofrido na hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP). Compreende-se que, com a análise da funcionalidade e associação destas variáveis de interferências, podem-se abarcar situações possíveis as quais familiares e, em especial, cuidadoras de crianças hospitalizadas estão sujeitas, além de poder discutir e planejar estratégias de enfrentamento da equipe de saúde para atendimento eficaz desta população.

Entende-se que este trabalho, por não ser caracterizado como uma ação de intervenção, mas sim de avaliação, tenha também repercussão para a discriminação dos fatores associados à prática pediátrica. Faz-se necessário ainda esclarecer que a literatura brasileira, de acordo com a busca bibliográfica realizada pelo banco de dados - BIREME, não aponta dado algum que se refira à proposta deste estudo. Quanto à literatura internacional, em relação aos levantamentos bibliográficos alcançados, por meio dos bancos de dados MEDLINE, PsycINFO e EBSCO HOST, da mesma forma não foram localizados estudos relacionados à proposta do presente trabalho.

Ressalta-se como importância científica e social deste trabalho, a possibilidade da realização de um estudo de delineamento longitudinal, abrangendo necessidades de uma população e serviços ainda pouco pesquisados no Brasil. Acredita-se que a importância maior refere-se à associação do conceito de suporte familiar ao momento de crise durante a após a hospitalização em UTIP por cuidadores de crianças e sua relação com a saúde mental destes, levando-se em consideração o papel destas famílias no tratamento de crianças, além da proposição da originalidade deste estudo.

REVISÃO DA LITERATURA

Família / Suporte Familiar

Para VARGAS e HECKLER (1999) existem inúmeras maneiras para se conceituar a família, devido às mudanças ocorridas ao longo dos séculos, além do fato de que uma concepção de família traz consigo, o que é ser uma família saudável. Desta maneira, o Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na área da Família (GAFEPAM) discorre sobre o tema família saudável relatando que esta possui auto-estima positiva, sendo uma unidade, na qual seus integrantes convivem e têm percepção de pertencimento de família. Esta família possui uma estruturação e organização flexível sendo unida por laços de afetividade e marcada pela liberdade de expressão, aceitação da individualidade, podendo assim enfrentar crises e conflitos recebendo apoio de seus pares. Além disso, trata-se de uma família que tem consciência de sua atuação e interação ambiental, podendo transformar e ser transformada.

Segundo COELHO (2000), a definição de família não depende somente do ponto de vista teórico utilizado, mas também deve refletir mudanças sociais e históricas que compreendem as relações familiares de produção e funcionamento das afinidades interpessoais. De acordo com a abordagem sistêmica familiar, a funcionalidade do grupo familiar abarca regras de relações que o mantém e o modificam, em função das experiências vividas pelos seus componentes na rede de relações sociais.

Com este intuito, HERSEY e BLANCHARD (1986) preconizavam há duas décadas, que cuidar e educar filhos refere-se a uma forma de liderança que também pode corresponder ao processo de controle nas relações interpessoais, sendo que este procedimento consiste no jogo familiar constante de influências sobre os comportamentos dos componentes deste grupo. Para tanto, deve-se atentar ao enfoque situacional quanto aos cuidados das crianças, além de como estes podem afetar os cuidadores, nestes casos, os pais, levando-se em conta as necessidades específicas de cada um, ao ambiente característico em que vivem, períodos e processos que situam a família. Afirmam ainda que para existir a liderança situacional devam estar presentes três áreas de conhecimentos e habilidades: compreensão dos comportamentos passados, previsão de comportamentos futuros e capacidade para dirigir, mudar e controlar comportamentos para a interação entre os membros familiares.

Com base nesta proposta, DESSEN e BRAZ (2000) relatam que na atualidade a compreensão de família é vista como um sistema complexo, sendo este entendimento complementado por DESSEN e SILVA NETO (2000 p.v) que acordam quanto às pesquisas de famílias realizadas e que abarcam seu contexto histórico, social e econômico para a compreensão de seu funcionamento e “(...) sobretudo, ao estudo das interações e relações desenvolvidas entre os diferentes subsistemas familiares”.

De acordo com as implicações anteriormente apresentadas, pressupõe-se que se deve atentar entre outros fatores, ao espaço familiar. Para PAPALIA e OLDS (2000), este espaço é composto por dois importantes elementos: a estrutura familiar - se os dois pais, ou apenas um dos dois ou outra pessoa está responsável pelo cuidado e criação da criança e - a atmosfera familiar, compreendendo fatores econômicos, psicológicos e sociais (como os efeitos e divisão dos trabalhos dos pais, pobreza, ambiente estressante, conflitos nas relações etc.). Quanto ao aspecto estrutural, o grupo familiar é caracterizado como tradicional ou intacto (constituição pelos pais biológicos ou que adotaram a criança quando bebê) e pelo não tradicional (famílias com apenas um dos pais, famílias de homossexuais ou o resultado de um segundo casamento). Concluem os autores, que as mudanças na vida familiar têm sido afetadas por ambos os elementos, com implicações na qualidade das relações familiares.

Indicam HILL et al (2003), que a qualidade das relações familiares está associada ao ajustamento emocional e comportamental entre crianças e adultos, ou mesmo entre adultos somente. Referem que os contextos de interação e relacionamento correspondem aos processos de relações interpessoais familiares, considerando-se o ambiente em que vivem, cercam a família e das modificações, especialmente as sociais que este grupo passa. Estes teóricos enfatizam, ainda, que os mecanismos de funcionamento das famílias refletem atualmente à conceituação da perspectiva sistêmica. Este ponto de vista se divide em prática (clareza da comunicação, proximidade *versus* distanciamento entre os membros e organização do grupo em contextos específicos) e representação familiar (ligação afetiva, papéis familiares e crenças comportamentais sobre a representação destes papéis).

Familiares como agentes e objetos das mudanças sociais têm-se apresentado, ao longo do tempo, como um dos interesses do estudo e aplicação de cientistas sociais, no âmbito do funcionamento familiar. Pesquisas sobre sentimentos, atitudes e comportamentos diversos; características demográficas da população; experiências de profissionais que trabalham com famílias e noções sobre o que parece certo ou errado concernente à vida familiar, caracterizam-se atualmente como os seus objetos de estudos. Estas questões por sua vez, evidenciam por meio dos métodos de investigação utilizados que as mudanças ocorridas com o grupo familiar não decorrem apenas e tão somente de um único fator, pois envolvem considerações a respeito de normas e valores quanto às intervenções realizadas na vida familiar e pelos profissionais da área. Várias mudanças familiares em termos sociais devem ser estudadas e discutidas por terapeutas, educadores ou pesquisadores, entre outros profissionais. MANCINI e TORTHNER (2001) sugerem que as pesquisas devem ser a respeito da educação e cuidados das crianças, regras no casamento ou na separação de casais - por exemplo, que refletem no modo de agir dos familiares - e sobretudo, acerca das mudanças sociais sofridas pela família, no relacionamento entre seus membros e com a sociedade, por intermédio de instituições variadas, de suas histórias e expectativas.

Faz-se fundamental, dessa forma, a partir das explicações precedentes, definir o conceito de suporte social, que para CARLSON e PERREWÉ (1999) é compreendido como um importante recurso que envolve transações interpessoais relacionadas à conjuntura emocional, ao auxílio instrumental, às informações ou estimativas para a aplicação de mecanismos de enfrentamento na redução dos efeitos estressores negativos, durante situações de conflitos diversas. PROCIDANO e HELLER (1983), já indicavam que dentre a variabilidade de suportes sociais oferecidos dispõem-se da oferta de suporte de amigos e familiares, no tocante às informações, conforto emocional, auxílio material etc.; sendo que os mesmos são associados às conexões sociais advindas do ambiente de relação de quem os recebe, assim como as que são proporcionadas por profissionais da área social.

Evidencia-se então, a partir destes propósitos, que a qualidade de vida de indivíduos está associada à saúde e à importância da relação entre o suporte social e os processos psicológicos envolvidos dos indivíduos que dele participam. UCHINO et al (1999) referem que os relacionamentos sociais têm funções fundamentais para as pessoas,

em suas vidas diárias, pois estas relações podem implicar em significativas proteções dos indivíduos sobre as inúmeras variáveis que implicam na mortalidade, por problemas de saúde diversos, por exemplo. Indicam que este processo de intervenção pode influenciar a mortalidade por meio de estratégias para mudanças de comportamentos de risco, quanto ao aumento da proteção em relação ao cuidado dos enfermos, consigo mesmo, e neste sentido, estas interferências associam-se aos seus processos psicológicos envolvidos nesta relação.

RODA e MORENO (2001), ao se utilizarem de uma revisão da literatura, identificaram que o suporte social é entendido como um apoio e utensílio emocional, das mais diferentes necessidades, que são provindas da comunidade, das redes sociais e das amizades. Sendo assim, a aplicação deste conceito apresenta-se tanto, como ajuda instrumental aos indivíduos, referentes às questões financeiras, divisão de responsabilidades e informações prestadas, quanto para o âmbito do apoio emocional no qual se incluem afeição, simpatia, preocupação, aprovação, pertencer a determinado grupo, dentre outros fatores. Adicionam que o suporte social pode derivar de vários meios, para a promoção da melhoria na qualidade de vida, manutenção da saúde mental frente às situações de estresse negativo, além de ser de grande relevância à adequação dos comportamentos entre mães-filhos.

Nota-se pelo meio dos escritos anteriores, sobre o auxílio que o suporte social pode proporcionar à família e à comunidade em geral, sendo proeminente a exposição de estudos que apresentem esta aplicação. A pesquisa de JACCARD e RAMEY (2001), na realização de um estudo de levantamento descritivo avaliou a relação entre suporte social com a demonstração de satisfação com a vida, como uma função da estrutura do grupo familiar. O suporte social foi especificado em quatro tipos: suporte emocional – experiências em sentir-se aceito; suporte de informações – ajuda na definição, compreensão e enfrentamento do problema; suporte de companhia – na distração dos problemas, facilitar a expressão de sentimentos positivos e suporte tangível – como recursos materiais, financeiros etc. Objetivou-se com esta pesquisa a validação, de acordo com o que discriminava a literatura estudada, de quatro tipos de suporte social relacionados ao grau de satisfação de vida em três tipos de grupos familiares: 176 mães casadas, 172 pais casados e 164 mães solteiras. Os resultados indicaram pela necessidade de distinção de quem provê o

suporte social, sendo, contudo, que alguns indivíduos têm uma tendência maior para receber mais suporte do que outros. A hipótese inicial sobre a influência da estrutura familiar, na relação entre suporte social e o impacto positivo da satisfação de vida, especialmente no grupo de mulheres casadas, com maior possibilidade de ajuda de outros familiares, foi confirmada. No entanto, por serem estes últimos dados, compreendidos por meio de análise correlacional, os autores alertam para possíveis inferências ou interpretações, a propósito da força de influência do suporte social sobre a satisfação de vida.

MILLER e DARLINGTON (2002) ao realizarem um estudo australiano sobre as fontes e os tipos de suporte utilizados por pais no cuidado de crianças mais jovens, ou seja, especificamente entre as relações familiares, concluíram pela sugestão de que devem existir princípios para a compreensão da eficácia do suporte familiar, empregado como um construto multidimensional. Os autores entendem que o suporte familiar deve ser compreendido em situações diversas, que envolvam aspectos quantitativos e qualitativos das interações sociais. As variáveis psicológicas de ajustamento envolvidas no funcionamento familiar, como maus-tratos às crianças e situações de saúde física que incluam estes jovens são também consideradas, como aspectos do suporte familiar. Para tanto, utilizaram um questionário semi-estruturado com o objetivo de identificar os tipos de suporte recebidos, de acordo com as categorias descritas a seguir.

A primeira delas refere-se ao - suporte material que avalia: o recebimento de assistência financeira constante (excluindo-se pagamentos empregatícios); assistência financeira ocasional; grandes presentes (por exemplo, mobílias, carros, excluindo-se ocasiões especiais como natal, aniversário etc.) e pequenos presentes (como roupas, brinquedos, comida, livros etc). Suporte prático - enquadra-se na segunda categoria, como quem cuida da criança (situações que os pais, por exemplo, estão trabalhando ou fazendo algo que não possam estar junto às crianças); ajuda com transportes; assistência na limpeza e manutenção da casa e de quem ajuda no cuidado junto a um familiar doente. A terceira classe de suporte cita a - informação para quem recorrer em casos de diversas necessidades e em relação às precisões específicas da família, como aspectos nutricionais. A última categoria de avaliação faz menção ao - suporte emocional (quem encoraja, escuta,

compreende, respeita etc.), ao processo de socialização (com que passa algumas horas para distração) e se existe *feedback* entre os membros familiares quanto aos papéis desempenhados (MILLER e DARLINGTON, 2002). Pode-se compreender diante desta exposição que o suporte familiar está abarcado, desse modo, pelo suporte social, categoria ampla de cuidados que pode implicar além da família, toda a comunidade envolvida no âmbito de relações de quem necessita de suporte.

No campo do desenvolvimento humano, SIU e PHILLIPS (2002), ao estudarem a possibilidade de existência de um diferencial entre o suporte familiar e o apoio de amigos para pessoas idosas em Hong Kong, tomaram como hipótese de que existem dois canais para apoio psicológico. Entendem que estes dois caminhos fundamentam e diferenciam os relacionamentos envolvidos entre medidas objetivas (contatos com a família e com amigos) e subjetivas (qualidade da família, amigos e importância da família e amigos). Seus interesses estavam associados com o aumento de suporte, considerado como informal recebido por pessoas idosas, relacionando-o à proposta de que existem duas vias de suporte que podem ser entendidas como afetos positivos (sentir-se feliz, competente e satisfeita com a vida) e negativos (estresse negativo, ansiedade e depressão). Realizaram um estudo de levantamento descritivo por meio de um questionário estruturado com 60 idosas, com faixa etária compreendida entre 60 e 85 anos. Concluíram que o modelo, quanto aos dois canais de suporte avaliados, é válido para esta amostra especificamente em relação à qualidade das relações familiares e à percepção da importância dos amigos, como os mais importantes preditores de afetos positivos. Entendeu-se, ainda, que estes achados podem ser úteis quanto ao direcionamento de políticas, de como o suporte familiar e de amigos podem contribuir para a saúde mental de idosos em sociedades também do ocidente, além do oriente especialmente. Considera-se igualmente importante a aplicação deste modo de construto, para a avaliação do suporte familiar.

Ao realizar um estudo longitudinal com 71 famílias com desvantagens econômicas e sociais cadastradas em centros comunitários urbanos da Escócia, KIRK (2003) explorou como estes núcleos podem contribuir para o suporte destes grupos familiares. Com este objetivo, foram consideradas fontes e funções das ações de suporte: prover ajuda emocional, material ou social por meio de conselhos ou *feedback* positivo aos

comportamentos dos familiares, sendo que foi observada ao final do estudo uma redução do estresse das famílias, bem como um aumento em suas habilidades para enfrentar problemas diversos. Quando se trata da questão de suporte familiar, a ênfase maior desta pesquisa refere-se ao fato de que não existe um único fator decisivo para a sua atribuição. Mas, sobretudo, que uma rede de relacionamentos fora do contexto familiar íntimo deve ser levada em consideração, como as conjunturas sociais, econômicas, políticas e culturais que envolvem a comunidade, da qual o grupo familiar faz parte e na qual estão envolvidos: o suporte informal (de parentes e amigos) e formal (profissionais especializados, como por exemplo, a assistência social no acompanhamento das famílias).

Ainda referente ao campo da saúde, BAIDER et al (2003) estudaram, no decurso de um delineamento correlacional, uma amostra de familiares de pacientes diagnosticados entre seis meses a quatro anos, com câncer. Estudaram a identificação das variáveis que caracterizavam 287 casais participantes (118 casais referentes aos pacientes com câncer de próstata e 169 casais, concernentes às pacientes com câncer de mama). Estas variáveis diziam respeito, a experiência de uma forte aflição psicológica, especificamente no caso de um dos parceiros estarem enfermos e como ambos ou um dos companheiros vivenciavam esta situação, quando comparados entre si. A hipótese do estudo consistiu na existência de um alto grau de angústia psicológica relatado pelos participantes, associada para um baixo nível da percepção do suporte familiar. Para a avaliação das medidas foram utilizados os questionários *Brief Symptom Inventory* (BSI) - para os sintomas de angústia psicológica e o *Perceived Family Support* (PSF) - na percepção de cada participante quanto ao suporte familiar recebido, em relação aos aspectos emocionais e morais. Confirmou-se a hipótese do estudo para a amostra participante e a conclusão dos achados sugere que a percepção do suporte familiar está associada ao sentimento de angústia, para os pacientes e seus parceiros maritais.

Na continuidade da exposição de estudos na área, KACZMARECK et al (2004) tomaram como base de seu trabalho, a análise da aplicação de um modelo centrado na família para suporte familiar, referente aos programas na área da educação em pré-escolas, durante cinco anos. Afirmam que ocorrem benefícios para o manejo de crianças com incapacidades ou necessidades especiais e acrescentam ainda a possibilidade do pronto

atendimento destas famílias em situações de crises diversas. No início do programa foram incluídos encontros mensais com os pais que se interessaram em participar ou aqueles indicados pela direção da escola para a escuta de suas necessidades. Posteriormente, pais voluntários foram treinados para avaliar o suporte de outras famílias chamadas para participarem do programa e que eram visitadas periodicamente, além de comparecerem às reuniões sistemáticas. O modelo adotado e compreendido pelos autores, para o processo desenvolvido de suporte familiar envolveu os seguintes pontos e necessidades dos familiares: informação sobre o programa, de sua proposta e da indicação da participação de alguns pais no processo; informações sobre os recursos da comunidade para prover as necessidades específicas destas famílias (como questões de saúde, alimentação, financeira, por exemplo); assistência nas atividades escolares das crianças a serem desenvolvidas em casa e estreitar o contato com os professores; funções dos pais junto às crianças em atividades de lazer (como viagens, festas etc.); e por último o estabelecimento de atividades junto à direção da escola (como *workshops*, discussões etc.). As famílias eram convidadas para, juntamente ao programa, desenvolver um currículo sobre sua história, papéis e responsabilidades; suas habilidades em comunicação (ouvir, falar em público, grau cultural, colaboração em resolução de conflitos etc.); orientações regulares em encontros de pais; com os professores e a direção da escola, sobre a comunidade em geral e ajuda da literatura como manuais, por exemplo.

Em contrapartida, FORDE et al (2004) apontam que um crescente número de pesquisas tem mostrado que pais de crianças ou adultos, com quadros clínicos dependentes de cuidados especiais, apresentam um persistente grau de estresse e reconhecem que as estratégias de enfrentamento destes devem ser incluídas para fornecer o suporte na prática de cuidados em casa. Em seu estudo, exploraram o serviço de suporte nos domicílios de uma amostra de 16 famílias usuárias na Irlanda, com os objetivos de avaliar a assistência recebida e identificar quais destas famílias deveriam continuar no programa; medir o estresse (aplicação do instrumento – *Parenting Stress Index* - PSI) experimentado pelos pais antes e depois de receberem o serviço e investigar o benefício do programa sobre a vida dos usuários. O estudo desta pesquisa foi desenhado para acompanhar a evolução do programa durante doze meses, com o comprometimento de utilizar o serviço para obter oportunidades sociais e entrar em contato com outros lugares, atividades e pessoas além de

seus familiares. O programa de suporte foi elaborado a partir das necessidades individuais das famílias, sendo incluídos trabalhadores treinados especialmente para estas condições na realização de três sessões semanais, na casa dos familiares, a fim de colocar em prática estas atividades. Observou-se, por intermédio das medidas, uma diminuição do estresse negativo apresentado no início do programa, assim como da angústia vivida por estes pais na espera da melhora da interação funcional de seus dependentes com atividades em geral, concluindo-se pela aprovação do serviço de suporte familiar.

Em complementação, à observação dos autores anteriormente citados, McCURDY e DARO (2001), na apresentação de um artigo sobre o envolvimento de pais em programas de suporte familiar, já atestavam a respeito da ausência de teorias particulares para especificar o campo do suporte familiar. Referiram também que além do amplo espectro que envolve a aplicação deste conceito, existe a implicação de se estar atento às características e necessidades do cuidador familiar.

Com esta finalidade, MILLER e DARLINGTON (2002) salientam para a importância da identificação de quem presta suporte ao cuidador, caracterizando diversas relações dentre elas: parentais (pais, filhos); outros familiares (tios, avós etc.); amigos, vizinhos ou outros membros da comunidade e serviços formais de cuidado à criança. Ressalta-se ainda, segundo HIL et al (2003), que os estudos atuais sobre a coerência familiar devem evidenciar a relação entre a interação ou o funcionamento deste grupo e as reações emocionais de seus membros. Para tanto, a avaliação do ambiente que cerca a família e a qualidade das ligações afetivas devem ser efetuadas para a compreensão das conseqüências comportamentais que afetam os membros do grupo familiar em diversas situações consideradas como estressantes ou de conflito.

Para tanto, membros familiares e amigos que cuidam de pessoas doentes e incapacitadas para certas atividades, ou seja, os cuidadores, de acordo com DOBROF e EBENSTEIN (2004) sofrem experiências diversas como recompensas, castigos e sofrimentos no gerenciamento de suas atividades e responsabilidades. Os autores observam, em um artigo de revisão, diversas categorias para a definição de cuidador, tais como: envolvimento em muito mais atividades de ajuda para com outros, com acréscimo de responsabilidades; ajudas ocasionais e expectativas de obrigação no cuidado de um

membro familiar, particularmente em situações que demandem atenções especiais e a realização de mudanças destas (como no caso de doenças), entre outras. Alertam sobre a relevância de se prestar atenção às diferenças no reconhecimento dos fatores que interferem na relação entre cuidadores, como situações de cuidado, gênero e grupo cultural. Salienta-se ser de suma necessidade a realização de programas e avaliação dos tipos de suporte oferecidos para os mesmos, mais especificamente, para os familiares.

Para a avaliação das situações já mencionadas, faz-se importante a aplicação de instrumentos e alguns estudos relacionados a este assunto que e a partir de então serão apresentados. ROBERTS e FEETTHAN (1982) já chamavam à atenção do interesse na área da saúde sobre o estudo e conceito de funcionamento familiar. Segundo os autores, este conceito está baseado no processo básico das funções familiares compreendidas em uma vasta extensão dos comportamentos que implicam nas inter-relações entre os indivíduos e a família e entre os indivíduos e o ambiente que os cercam. A validação do instrumento, denominado *Feethan Family Functioning Survey* (FFFS) objetivou e fundamentou que o funcionamento familiar ocorre por meio de áreas de relacionamento entre a família (como grupo, com as suas unidades sociais, incluindo a comunidade); os aspectos econômicos e os subsistemas que envolvem o grupo familiar (como as divisões de tarefas, os trabalhos realizados em casa e entre os membros familiares, tendo como principal enfoque os relacionamentos dos casais e entre pais e filhos).

Em outro estudo da satisfação do grupo familiar sobre sentimentos, atitudes de interesses e habilidades entre os seus componentes, utilizou-se a escala *Family Satisfaction Scale* (CARVER e JONES, 1992). Trata-se de um instrumento de 20 itens que avalia a satisfação familiar de acordo com quatro domínios: satisfação geral com a vida familiar e membros familiares; aceitação e afeto entre os componentes do grupo familiar; consistência e previsão de condutas entre os componentes e o compromisso e a confiança para com a família. Após a validação deste instrumento concluiu-se que estas dimensões relacionam-se com os mecanismos de como os membros interagem e funcionam entre si. No entanto, esta escala não é capaz de avaliar comportamentos específicos que estejam associados com problemas ou disfunções familiares, como em relação ao seu funcionamento, por exemplo. Quanto ao funcionamento familiar na área da saúde, alguns estudos serão apresentados a

seguir, pois segundo ROSS e MIROWSKY (2002), o suporte familiar também está diretamente relacionado com o aumento do senso de segurança sobre a sobrevivência em indivíduos, com constantes crises de saúde.

Com o objetivo de avaliar como familiares vivenciam e participam do tratamento, além dos sentimentos apresentados em relação a um membro familiar hospitalizado em unidade neurológica, ÁSTEDT-KURKI et al (1999) realizaram uma pesquisa de levantamento descritivo, com a aplicação de um questionário estruturado com questões abertas e fechadas em 50 familiares. Os resultados apontaram sentimentos negativos (como medo, preocupação, angústia, ansiedade, vazio, pena, tristeza e choque), neutros (como aceitação) e positivos (como alívio e convicção em poder ajudar). Mudanças nas atividades de vida diária também foram observadas, tais como: aumento do trabalho de casa; visitas ao hospital - consumindo tempo necessário para outras tarefas, conseqüenciando o distanciamento do relacionamento com outros familiares - e a manifestação de sentimentos como preocupação, ansiedade na colocação do paciente em primeiro plano em sua vida, diminuições em atividades (como hobbies, férias etc.) e na frequência de relacionamentos sociais.

Quanto à avaliação da percepção, autonomia de suporte e as perspectivas de pacientes cardíacos e seus membros familiares, CLARK e DUNBAR (2003) realizaram uma pesquisa para validar o *Family Care Climate Questionnaire* (FCCQ). Mencionam que a autonomia de suporte refere-se ao aumento de sentimentos individuais de competência na situação de mudanças de estilos de vida. Os dados coletados demonstraram que quando comparado a outros instrumentos, o relacionamento entre familiares e seu funcionamento foram semelhantes. No entanto, a magnitude da correlação entre a percepção do paciente e autonomia de suporte pelo familiar foi baixa, apesar do relacionamento entre ambos ter apresentado resultado estatisticamente positivo. Ou seja, compreendeu-se que a percepção do paciente é de que necessita de maior suporte, mais do que o familiar pode disponibilizar.

Já no estudo sobre o modelo de comportamentos positivos de suporte por indivíduos com autismo e seus familiares, BECKER-COTTRILL et al (2003) pesquisaram os tipos de suporte familiar utilizados nas mudanças comportamentais adotadas, para aumentar a qualidade de vida destes indivíduos. De acordo com a análise funcional das

variáveis envolvidas na manutenção e mudanças de comportamentos, quanto ao programa de educação que os participantes receberam, os autores formularam hipóteses de que a construção de novos repertórios de adaptação estava relacionada às pessoas, locais e situações envolvidos neste contexto. Para tal processo, os pesquisadores pontuaram que se faz necessário conhecer as necessidades das crianças e seus familiares. O plano de suporte comportamental para repertórios positivos consiste na análise e instrução de pessoas que são significativas e regulares na vida da criança, para comportamentos e estratégias alternativas quanto ao desenvolvimento de habilidades e padrões que, ao longo do tempo, consigam sucesso quanto aos objetivos propostos em situações específicas. A avaliação do cuidador é de suma importância para o estabelecimento do treinamento, de acordo com os seguintes itens: história familiar, pessoas importantes na vida familiar, lugares na comunidade que a família frequenta, saúde dos membros familiares, medos familiares, escolhas, estressores pessoais e estratégias adotadas ou não para combater os estressores negativos.

BARONET (2003), ao examinar o suporte familiar e as dificuldades de relacionamento entre cuidadores de pacientes esquizofrênicos ou desordem bipolar, com a satisfação dos mesmos em relação à avaliação de atividades de cuidado que desempenhavam, apresentou as hipóteses: que o baixo nível de suporte familiar está associado ao alto grau de dificuldades entre os cuidadores, além do ambiente de cuidados, com uma alta avaliação de sobrecarga quanto à satisfação em relação às atividades desempenhadas. Os resultados deste estudo não associaram o suporte familiar à sobrecarga de atividades e satisfação quanto às atividades desenvolvidas; concluíram que, pelo fato destes cuidadores receberem suporte de serviços sociais e recursos externos, é possível que não tenham percebido a necessidade do envolvimento de outros membros familiares, além de outras limitações apresentadas pelo estudo.

Passando-se a partir deste momento a enfatizar o assunto na área da saúde, mas designadamente aos cuidados da saúde de crianças, segundo CREPALDI e VARELLA (2000) e ANDRAUS et al (2004), o acompanhamento de crianças hospitalizadas por seus familiares já era considerado de grande interesse desde a década de 60 do século passado. Estudos desenvolvidos na época, davam importância sobre os efeitos da privação de

crianças enfermas permanecerem junto a seus pais, como um caráter patogênico para o desenvolvimento e para a saúde mental da criança. No Brasil, até meados de 1970 não era permitido que a criança hospitalizada pudesse ser acompanhada por um membro familiar, o que gerava cenas sofridas de separação entre mães e filhos, tanto no ato da internação, como no horário das visitas hospitalares. Somente em 1990, com o Estatuto da Criança e do Adolescente, principalmente em seu artigo 12, foi legalizado que a instituição hospitalar tem o dever de aceitar acompanhantes junto às crianças e adolescentes, devido aos prejuízos da separação mãe-filho. Com isso, no século XX buscou-se fazer da hospitalização da criança uma experiência o menos traumatizante possível, para que fossem realizadas vivências mais positivas para todos os envolvidos.

Do mesmo modo, o Comitê de Adoção e Cuidados da Infância dos Estados Unidos da América (COMMITTEE ON EARLY CHILDHOOD, ADOPTION AND DEPENDENT CARE, 1995), ao publicar os trabalhos dos pediatras nos programas de suporte familiar, enfatiza que a saúde e o bem-estar das crianças dependem das habilidades das famílias, com ajuda de outros ou não para prover suas necessidades. Enfocou-se que, para tanto, os pediatras precisam ser capazes de discriminar situações de dificuldades do grupo familiar e aplicar ou acionar algum tipo de suporte.

Dentre as várias mudanças que os grupos familiares vêm sofrendo e que podem propiciar a necessidade de suporte, desde o último quarto do século passado são citadas: aumento de nascimento de filhos de mulheres sem companheiros, por serem solteiras ou estarem divorciadas; aumento de recasamentos, separações e de mulheres que precisam trabalhar fora de casa para manutenção do lar; e finalmente migrações internas entre as famílias que acabam por interferir no sistema de suporte natural entre as mesmas. Estas mudanças sociais têm diminuído a habilidade do grupo familiar para prover as necessidades das crianças e as próprias, como proteção e atenção, bem como provocado o aumento da pobreza, do estresse e do comprometimento da saúde em geral dos membros deste grupo (COMMITTEE ON EARLY CHILDHOOD, ADOPTION AND DEPENDENT CARE, 1995).

O estudo de TOMLINSON e MITCHELL (1992) já assinalava como proposta à necessidade de explorar a natureza do suporte familiar social durante momentos de tratamentos de crises de saúde da criança. Deste modo, entrevistaram-se dez famílias com

crianças de dois a doze anos de idade, por amostra de conveniência de duas UTIP, de hospitais-escola americanos. A análise qualitativa das respostas foi realizada de acordo com o método fenomenológico, sendo que os dados foram coletados, em média, seis dias após a admissão na UTIP. Os resultados apontaram para quatro categorias de temas: negativa percepção e reciprocidade em relação ao suporte, considerando-o como inapropriado quanto ao zelo pelos cuidados oferecidos; rede de trabalho da equipe de saúde ineficiente, no decurso da mobilização de suporte, acuidade em servir e estresse conflituoso pré-existente; diferenças de gêneros quanto à especialização do papel prestado, habilidade expressa e necessidade de cuidados (mulheres) e, sentimentos diversos, como promoção de coesão na doença, esforço ou mesmo isolamento e culpabilidade. Concluíram que existia durante a situação de crise (durante a hospitalização) uma visão de suporte inapropriado frente às necessidades emocionais de cuidados em relação à oferta de suporte social que foi realizada pela equipe de saúde em geral.

KASAK (1997) refere que pesquisas com famílias em contextos pediátricos são publicadas com atraso sobre a prática clínica ou avaliação psicológica e raramente têm apresentado direções para a aplicação de seus achados. Contudo, estudos na área continuam ser de vasto interesse, especialmente em edições do *Jornal de Pediatria e Psicologia*, sobre *Sistemas Familiares*. Pesquisas recomendadas referem-se aos seguintes temas: ajustamento e interação entre crianças e pais; composição dos subsistemas familiares (inter-relações com a criança, que envolvam além da díade pais-filhos, todos que diariamente convivem e contribuem para o funcionamento familiar); avaliação de comportamentos de enfrentamento e competência (*coping*) de crianças e familiares, incluindo experiências e crenças sobre saúde e doença; avaliação de suportes externos que a família dispõe que incluem vínculos entre os membros familiares, sistemas de suporte social que auxiliam sobre a compreensão da mãe frente ao diagnóstico, da situação médica da criança e na investigação sobre as representações mentais de seus relacionamentos; intervenções e mudanças nos sistemas familiares neste contexto, como graus de adaptação do funcionamento familiar, com possíveis implicações na flutuação dos níveis de humor e estresse que acabam por comprometer a criança em condições de doença e hospitalização.

Destaca-se que dentre as várias fontes de dados bibliográficos pesquisados para este trabalho, estudo algum na área da saúde, especificamente no campo da UTIP, em relação aos objetivos da pesquisa em questão foi encontrado. Levando-se em conta os apontamentos literários apresentados até o presente momento; entendendo-se pela multidimensionalidade do construto de suporte familiar; de sua indissociabilidade em relação ao contexto histórico, social e econômico do grupo familiar, para a compreensão de seu funcionamento, passa-se a apresentar o modelo teórico que reflete o instrumento de percepção de suporte familiar adotado para coleta de dados por este trabalho.

Baseado em OLSON et al (1983) que, a partir da teoria sistêmica familiar, apresentam um modelo complexo e circular de influências multidirecionais da interação familiar, propõe-se que o modelo teórico de suporte familiar é baseado em três principais dimensões para a sua compreensão, a saber: coesão, adaptabilidade e comunicação entre a família. A coesão familiar é definida como uma variação entre separação e conexão entre os membros da família ou o vínculo emocional que os integrantes da família possuem uns com os outros, sendo composto pelas coalizões internas entre os membros, os vínculos ou ligações, amizades, interesses em comum e recreação na família. A adaptabilidade se refere à capacidade da família ser flexível a mudanças, por meio de variação na estrutura de poder e regras de relacionamento, em detrimento de novos obstáculos ou eventos estressantes negativos que ocorrem na família, sendo composto por assertividade, controle, disciplina, além de negociação de estilos e regras. Por último, a comunicação familiar seria composta pela empatia, escuta reflexiva, comentários de suporte e na capacidade dos membros dividirem seus sentimentos uns com os outros, do contrário, a comunicação negativa seria baseada em altos graus de criticismo, além de mensagens dúbias entre os membros familiares. Como informam ZABRISKIE e McCORMICK (2001), este modelo vem sendo aplicado com muito sucesso nas ciências sociais e psicológicas até os dias atuais, apesar do surgimento e a apresentação da discussão de diversos modelos familiares.

BAPTISTA (2005) considera o construto suporte familiar como de difícil operacionalização, composto por diversas dimensões, visto que a literatura a respeito do conceito não oferece um padrão para a sua definição, mas sim a constituição das dimensões deste construto. Diante de tal afirmação, mostra-se fundamental a apresentação das

dimensões que constituem o Inventário de Suporte Familiar (IPSF) utilizado neste trabalho, para que se tenha a compreensão das dimensões do construto de suporte familiar avaliadas nesta pesquisa.

(...) coesão familiar, definida como o vínculo emocional que os membros da família possuem uns com os outros, também composta por limites, coalizões, disponibilidade de tempo em conjunto, tomada de decisões, interesses e recreações, é espessa na dimensão de Afetividade Familiar do IPSF. A segunda dimensão do modelo circumplexo define adaptabilidade familiar como a capacidade do sistema familiar em sofrer modificações e mudar regras em resposta a situações de estresse, incluindo a assertividade, disciplina e negociação de estilos de regras, expressa na dimensão denominada Consistência Familiar do IPSF. A terceira dimensão (...) se refere à comunicação como função crítica de auxiliar as famílias para as mudanças exigidas nas duas dimensões anteriormente citadas, expressa nas dimensões de Afetividade e Consistência Familiar do IPSF. A quarta dimensão (...), denominada de Autonomia, pode ser entendida como parte dos modelos derivados de coesão do modelo circumplexo (...), que considera a adaptabilidade familiar ou a flexibilidade uma dimensão central e importante no desenvolvimento familiar (BAPTISTA, 2005, p.17).

BERESTEIN (1988), na época da publicação de seus escritos, referia que o grupo familiar pode experimentar, de acordo com a sua cultura, inúmeras desorganizações após eventos inesperados ou que exijam novos repertórios para enfrentamento diante de uma dada situação, como mortes, separações, entre outros. Estas situações, denominadas de crise, podem propiciar mudanças na estrutura da família (aumento ou modificação no tamanho do grupo) e na forma desta se relacionar. Vale neste contexto ressaltar que dentre as situações novas ou inesperadas pode ser incluído o processo de adoecimento e/ou hospitalização de um membro familiar, fator este gerador de momentos perturbações e momentos de incertezas, como será apresentado a seguir, dos conceitos de crise e estresse.

Faz-se ainda extremamente importante e relevante salientar que de acordo com as literaturas levantadas, assim como os postulados teóricos sobre a compreensão e a citação do conceito como o de suporte familiar - brevemente já realizado, crise e estresse –

a seguir apresentados; a concepção destes últimos relaciona-se aos modelos cognitivos da ciência psicológica, denominados inicialmente pela Terapia Racional Emotiva e nos dias atuais pela teoria Comportamental Cognitiva. A sucinta apreciação desta proposição teórica pode ser observada a partir da exposição e discussão dos próximos conceitos, para os quais a ênfase na interpretação negativa dos acontecimentos cotidianos pode relacionar-se às respostas desadaptadas ou comportamentos disfuncionais em situações de conflitos, particularmente relacionados à área da saúde mental (HAWTON et al, 1997).

Crise / Estresse¹

De acordo com NEDERHOF e ZWIER (1983), o termo grego ‘*crisis*’ significa decisão, e o conceito é muitas vezes definido também pelo inglês contemporâneo como uma condição de instabilidade, para induzir mudanças decisivas. Entendem que o contexto socioeconômico, no qual o comportamento de crise acontece, é de suma importância e deve ser tomado com apreço na avaliação desta resposta.

Nesta conjectura, GOMEZ (1982) já preconizava que a palavra crise é representada por duas questões: uma que simboliza perigo e outra que se refere à oportunidade, em termos das situações a serem aprendidas. Relata que um estado de crise pode ser resultado de diversos fatores, tais como: maturação do sistema nervoso central, do desenvolvimento da personalidade, de catástrofes ambientais ou mesmo de reações aos momentos inusitados na vida do indivíduo. Para GOLDENBERG² (1983), considerando-se a ocasião de uma crise, a pessoa pode se relacionar com vivências que ameaçam o lar, a estabilidade familiar, na forma de uma “(...) mudança radical no relacionamento consigo mesma ou com uma pessoa significativa (...)”. Para tanto, deve-se compreender esta

¹ O sentido de estresse utilizado não deve ser compreendido em sua globalidade como falta de saúde mental, pois se refere a uma possível sintomatologia ou um conjunto destas que dependendo de seu agravamento ou para o seguimento da exaustão do organismo, pode chegar desse modo, à evoluir para um transtorno. Vide página 25, segundo parágrafo.

² GOLDENBERG, H. Contemporary clinical psychology. Pacific Grove, CA: Brooks Cole, 1983, *apud* FREEMAN, A. e DATTILIO, F. M. Introdução. In: DATTILIO, F. M.; FREEMAN, A. (org.), **Estratégias cognitivo-comportamentais de intervenção em situações de crise**. Porto Alegre: ArtMed, 2004, p.19.

circunstância como uma crise psicológica, que pode ainda envolver uma perda, ou iminência de perda nestes períodos.

Em toda crise deve-se levar em consideração a família, enquanto organização e estrutura dos mecanismos de regulação do equilíbrio do sistema familiar, sendo que, notadamente, para se solucionar uma crise, necessita-se muitas vezes da renegociação dos padrões de conduta frente às situações psicossociais perturbantes (GOMES, 1982).

SLAIKU (1990)³ complementa, afirmando que o conceito de crise compreende um estado de desorganização do indivíduo e desequilíbrio do organismo temporário, com a apresentação de uma sobrecarga ou falta de competência para enfrentar uma dada situação. Conseqüentemente, como respostas para estas ocasiões podem surgir rebaixamento da auto-estima, da estima pelos outros e da auto-imagem, dependendo do contexto cultural no qual o indivíduo está inserido. Em concordância com estes apontamentos, SPRANGERS et al (2002), ao realizarem um estudo de correlação da qualidade de vida com a capacidade de enfrentamento com pacientes oncológicos em situações de crise, concluem que estes não capazes de utilizar recursos e estratégias de enfrentamentos mais efetivos. Observaram esta ocorrência especialmente quando relacionadas à sua baixa auto-estima para a promoção da qualidade em suas vidas diárias.

Complementam BECKINGHAM e BAUMANN (1990) que uma crise pode ser definida como uma repentina incapacidade para prever ou planejar ações necessárias e imediatas, na resolução de um problema decorrente de um evento. Para os autores, a família geralmente é envolvida nestas ocorrências e consideram como definição para este termo – família - como um grupo de pessoas que freqüentemente, mas não necessariamente, relatam parentesco ou são casadas, com o comprometimento de viver juntas e cuidar um dos outros. Recomendam que as intervenções para situações de crises com famílias envolvam a avaliação dos conceitos compreendidos para sua estrutura, de seu funcionamento e de suas condições nos processos de tomadas de decisões como condição na provisão de circunstâncias dinâmicas e individuais de cada grupo familiar. Recomendam ainda que este

³ SLAIKU, K.A. Crisis Intervention (2a. ed.). Boston: Allyn & Bacon, 1990 *apud* FREEMAN, A.; DATTILIO, F. M. Introdução. In: DATTILIO, F. M.; FREEMAN, A. (org.), **Estratégias cognitivo-comportamentais para intervenção em crises: tratamentos de problemas clínicos**. São Paulo: Editorial Psy II, 1995, vol. I, p. 22.

processo de avaliação deva contemplar variáveis, como as socioculturais, psicológicas, psicofisiológicas, do ciclo de desenvolvimento humano e espiritual, na identificação de fatores familiares (entre, intra e extra de relações); potencial estressor atual envolvido e dos problemas familiares.

Por volta de 1970, de acordo com AGUILERA (1994), a palavra crise não poderia ser encontrada em um dicionário de Psicologia, mas atualmente vem sendo associada para alguma tensão ou evento de vida estressante, de caráter conflituoso como se pode notar nos escritos anteriores. Crise psicológica, de acordo com a autora, refere-se a uma inabilidade do indivíduo para resolver um determinado problema, diante de uma situação diferente ou de mudança em sua vida e da rotina na qual está habituado. Uma pessoa em crise sente-se impossibilitada para utilizar mecanismos de enfrentamento que já possui em seu repertório, apresentando-se tensa, com aumento do grau de ansiedade e incapaz para encontrar uma solução.

A palavra crise, de acordo com FREEMAN e DATTILIO (1995), geralmente está relacionada aos acontecimentos negativos do cotidiano, podendo abarcar situações reais de ameaça à vida humana, além de também ser unificada às ocorrências e experiências que ameaçam ao lar, a família e até mesmo a propriedade e integridade do indivíduo. Referem ainda que o desencadeamento de uma crise pode não se referir somente para uma situação particular ou um conjunto destas, mas afirmam que a percepção que o indivíduo tem desta circunstância e de sua capacidade ou não para enfrentá-la, são os fatores predominantes.

A respeito das reflexões que POINDEXTER (1997) fez na revisão da literatura realizada sobre o tema crise, pondera-se que este termo é definido ao longo dos tempos, como um estado temporário de desequilíbrio, no qual uma pessoa tem o potencial para intensificar sua maturidade e crescer ou, então, caminhar para uma deterioração e maior vulnerabilidade para um futuro estresse contínuo. Geralmente as crises caracterizam episódios que perpassam as pessoas em situações de suas vidas e são influenciadas por eventos específicos como incidentes externos ou internos para o indivíduo, dependendo do significado atribuído ou da percepção destas pessoas e, costumeiramente, resultantes de um insucesso no enfrentamento de uma dada ocorrência, com a apresentação de respostas

emocionais de ansiedade e incertezas. Estas respostas dependem das características da estrutura de personalidade, eventos acumulativos vivenciados e do suporte social disponibilizado. Enfatiza que a crise pode ser classificada como: um desfecho (experiências ao longo das mudanças no ciclo de vida); uma situação (acontecimentos que interrompem o desenvolvimento natural das pessoas em seu ciclo de vida, assim como as expectativas de um indivíduo ou de uma família); um processo social (referem-se aos eventos de uma sociedade, cultura ou respostas de discriminação ou opressão e seus efeitos particulares para o indivíduo ou para a família), podendo ainda ser uma mistura complexa de todos, envolvendo geralmente perdas. Intervenções em crises são costumeiramente utilizadas para assistir pessoas vítimas de assalto, de desastres, famílias em conflitos, como em situações de emergências hospitalares, entre outros.

CRAFT et al (1993) referem que a hospitalização de pacientes criticamente enfermos torna-se estressante para os familiares que por sua vez respondem a este evento, apresentando uma crise, com aspecto de uma variedade de respostas comportamentais e mecanismos de enfrentamento. Sugere-se, pelo entendimento da compreensão destes autores, que em locais de hospitalizações críticas, como a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), os familiares necessitam de suporte para o enfrentamento do estresse negativo que afetam possíveis mudanças comportamentais, como dormir menos, comer menos, entre outros.

Levando-se em conta, a participação e o envolvimento do grupo familiar em crises, DATTILIO (2004, p.264) refere que:

Uma das situações mais intensas e explosivas encontradas nas intervenções em situações de crise envolve a crise familiar. Em nenhuma outra área a interação de uma unidade é mais complexa – e, muitas vezes instável – do que na dinâmica familiar.

Quando uma pessoa atravessa uma situação de crise é possível que abarque quatro fases, nas quais poderá ganhar mais repertórios de enfrentamento ou caminhar para o desequilíbrio total, sendo que esta segunda possibilidade poderá mantê-la em crise.

FREITAS et al (2002) ao estudarem a sexualidade do indivíduo portador do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e de seus momentos de crise, adaptaram um dos modelos de teoria da crise para a análise de seus dados que compreendia as quatro fases mencionadas. Na primeira fase o indivíduo na tentativa de resolver seu problema, mostra-se tenso, colocando em risco a satisfação de suas necessidades e conforme o aumento da intensidade de tensão, sentimentos de mal-estar podem surgir. Dependendo da natureza da situação podem surgir sentimentos de ansiedade, medo, vergonha, culpa que conseqüenciam, por sua vez, uma sensação de impotência frente ao problema, correspondendo à segunda fase. Na terceira fase, a pessoa perturbada mostra-se menos efetiva em suas tentativas de resolução e descarregar a tensão. Na última etapa pode ocorrer uma ruptura tanto física, quanto psicológica, com o aumento elevado da tensão e flutuação da mesma em picos sucessivos.

A resposta do indivíduo em situações de crise, ou seja, a perturbação apresentada neste momento pode envolver também, segundo FREEMAN e DATTILIO (2004), respostas ou sintomas de ansiedade e depressão, ou seja, o comprometimento de saúde mental, além da física. Em reações consideradas como mais graves, pode ocorrer uma desorganização generalizada em termos de capacidade reduzida para solucionar problemas, como a confusão cognitiva (pensamentos distorcidos), comportamental (ação de modo aleatório e não habitual) ou emocional (labilidade).

Por meio dos apontamentos anteriores em relação à consideração cognitiva do indivíduo em momentos de crise, entende-se, desse modo, que se faz necessário o destaque pela importância da apresentação de dois modelos de teorias de crise que abarquem esta compreensão. Para ELLIS (1989), a Terapia Racional Emotiva (RET) pode ser utilizada em intervenções nas ocasiões de crise porque este modelo teórico propaga que o indivíduo, nesta situação, é quem atribui significado para sua experiência e que esta compreensão não é, em hipótese alguma, determinada por estímulos ou ocorrências do ambiente externo; mas pela interpretação cognitiva que se atribui para esta circunstância. Refere que técnicas de encorajamento (como aceitação do estado de perturbação ou confusão, no qual o indivíduo se encontra); o de compartilhar suas incertezas; a não apresentação de respostas de recusa

(na tentativa de intimidade de quem está crise) e a exposição de informações e/ou orientações pelo terapeuta, podem ser de grande valia e resolução da situação.

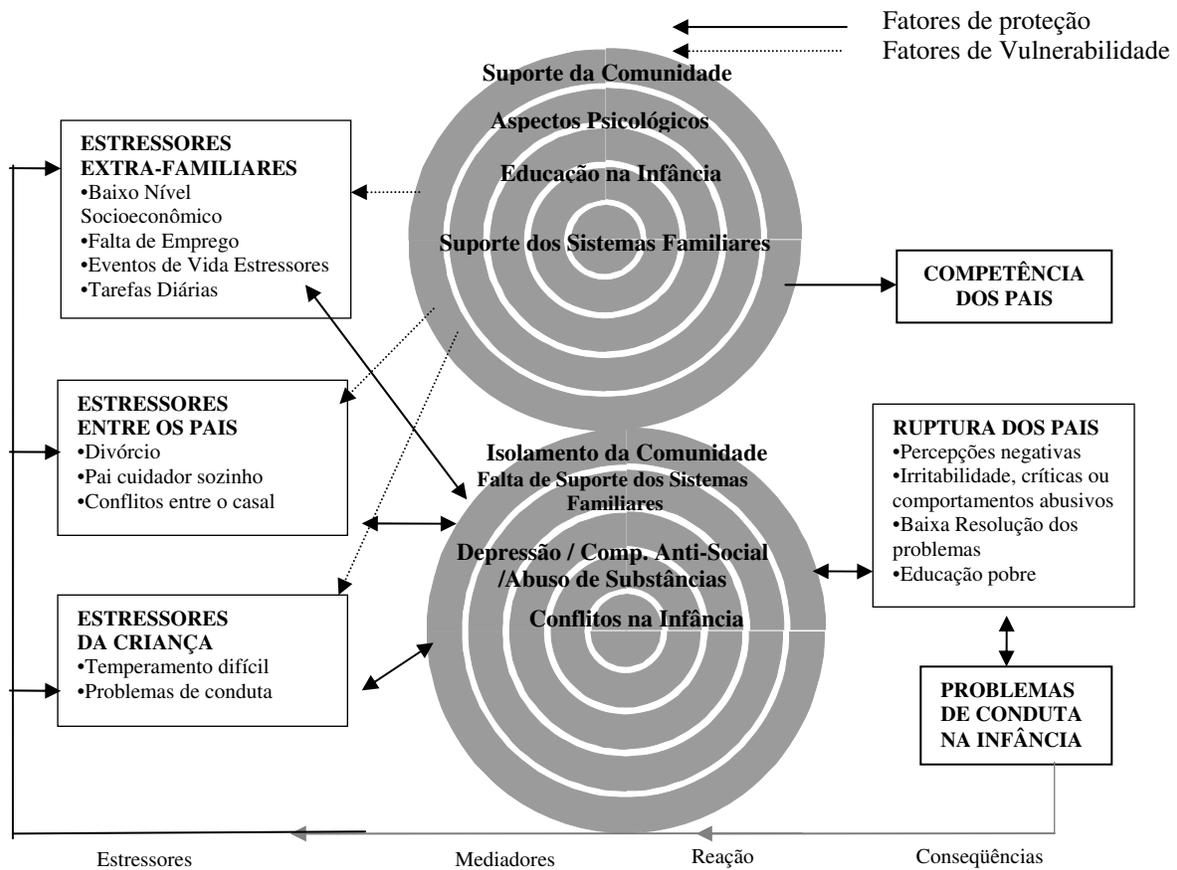
Em contrapartida, CALVERT e PALMER (2003), na apresentação da aplicação do modelo da terapia cognitiva em crises, referem que as estratégias desta proposta podem e devem ser justapostas em outros contextos, que não apenas no *setting* terapêutico, como em contextos de saúde, por exemplo, na prática de assistência de enfermagem. Afirmam que a base fundamental da terapia comportamental cognitiva enfoca a relação entre pensamento, sentimento e comportamento e que seu princípio envolve a proposta da RET (proposta de Ellis, anteriormente apresentada), quanto à responsabilidade de pensamentos e sentimentos sobre as respostas ou comportamentos emitidos pelos indivíduos. Sobretudo, para os dias atuais, concepções sobre este paradigma confirmam que o comportamento é dependente dos processos de pensamento baseados nas experiências pessoais dos sujeitos, para os quais cognições distorcidas ou disfuncionais podem influenciar o humor e o comportamento para distúrbios psicológicos associados em situações específicas. Para estes autores, a intervenção nas circunstâncias de crises envolve indivíduos em ocasiões de angústia, sofrimento psicológico ou mesmo na apresentação de sinais de comprometimentos de saúde mental. Consideram ainda o momento de crise como um disparador de pensamentos negativos tendenciosos e que se deve buscar atingir, com informações fornecidas, o controle e a mudança destas cognições.

Asseguram por sua vez, FREEMAN e DATTILIO (2004), terapeutas cognitivos, que estas reações diversas resultantes da interpretação das situações de crise podem comprometer a capacidade de enfrentamento do indivíduo, aumentando por sua vez sua vulnerabilidade e possível perda de saúde, sendo que estas situações de fragilidade estão integradas aos agentes estressores.

Neste sentido, observa-se na literatura que o estresse está associado ao enfrentamento utilizado pelos cuidadores e este paradigma vem sendo utilizado no campo da assistência social e da psicologia (BURACK-WEISS, 1995). Por estresse, LIPP e MALAGRIS (1998) compreendem uma reação do organismo (aspectos físicos e psicológicos), pelas modificações psicofisiológicas quando um indivíduo se confronta com uma circunstância que provoque respostas processuais de medo, excitação, confusão ou até

mesmo, situações que o façam feliz. Este processo, dependendo da vulnerabilidade da pessoa, de sua habilidade para administrá-lo, intensidade e tempo de duração do estressor, pode conduzir a uma deterioração geral do organismo, sendo considerado nesta situação como um estresse negativo. Este esclarecimento faz-se importante, visto que a reação do organismo para o estresse em termos de lutar ou fugir, frente uma circunstância para a qual não está habituado, pode contribuir positivamente para o enfrentamento de inúmeras ocasiões, fortalecendo seu repertório comportamental sem, no entanto, levar o organismo ao desgaste excessivo. Quanto às causas do estresse, quaisquer ocorrências que geram um estado emocional forte, induzindo ao rompimento da homeostase do organismo e determine algum ajustamento, deve ser denominado de estressor. Uma forma de classificar os estressores refere-se aos fatores externos (eventos e situações de vida que independem do padrão de comportamento de quem passa pelos mesmos) e internos que são determinados pela própria pessoa, de acordo com uma visão cognitivo-comportamental. Estes últimos se referem à maneira de ser do indivíduo, seus valores para interpretar as situações do dia-a-dia, dificuldade para expressar pensamentos e sentimentos etc. (LIPP e MALAGRIS, 2001).

Ao discutir estudos que apontam a relação entre vários estressores relacionados à percepção de pais e as interações familiares, WEBSTER-STRATTON (1990) realizou a revisão de algumas pesquisas na década de 80 e organizou um modelo conceitual assumindo que os estressores estão também relacionados com os fatores extra-familiares e fatores interpessoais entre os componentes da família, em situações que vão demandar habilidades de enfrentamento como mostra a Figura 1. Estresse e Percepção Familiar.



Fonte: WEBSTER-STRATTON (1990, p.303).

Figura 1- Estresse e Percepção Familiar.

De acordo com a proposição da figura anterior, o conceito de estresse serve como um “guarda-chuva”, termo este que identifica um extenso corpo de pesquisas que podem ser integradas, especialmente na referência de famílias e os seus problemas encontrados com crianças. Alguns fatores quando apresentados acabam por influenciar as percepções dos pais e de seus comportamentos como: eventos de vida negativos, discórdia conjugal, isolamento, ansiedade, depressão, álcool, abuso de drogas em geral, desemprego, doença etc. Todos estes fatores têm em comum o estresse e frente a estes, estão relacionadas às seguintes peculiaridades: as características psicológicas dos pais, a existência de suporte social ou a segregação desta família e o sexo destes pais (WEBSTER-STRATTON, 1990).

Com este propósito, BURAK-WEISS (1995) afirma que a maioria dos cuidadores, entre estes, os pais podem apresentar estresse em contextos variados. Este estresse em diversos ambientes pode ocorrer sob a influência de diferenças existentes entre gêneros, faixa etária, etnia, qualidade de relacionamentos que dispõem ao tipo de doença, sendo que o familiar e paciente podem também estar expostos para modo de enfrentamento do grupo familiar nesta situação.

Para PATTERSON (1995), o balanço entre a mudança e a estabilidade do funcionamento da saúde familiar vai depender da forma como esta enfrenta o estresse. O ajustamento, assim como a adaptação das respostas dos membros familiares frente às situações estressantes, consiste em três domínios: fontes, mediadores e conseqüências do estresse. As fontes equivalem à demanda que pode proceder de um membro familiar, da unidade familiar ou da comunidade. Os mediadores são chamados de capacidades ou respostas de enfrentamento para conhecer as demandas que sofrem e os significados que a família atribui para ambas as situações (demandas e capacidades) que, por sua vez, referem-se aos fatores críticos para o desajustamento ou adaptação como conseqüência ao estresse.

Em situações de crises familiares devem-se levar em conta quatro modos dos membros familiares apresentarem para interagir e evoluir, de acordo com os apanhados teóricos postulados por DATILIO (2004, p.267):

1. As cognições, comportamentos e emoções do indivíduo referentes à interação familiar (por exemplo, a pessoa que se percebe afastando-se da família).
2. As ações de cada membro da família em relação ao indivíduo.
3. As reações combinadas (e nem sempre consistentes) que vários membros têm em relação ao indivíduo.
4. As características dos relacionamentos de outros membros da família (por exemplo, perceber que dois outros membros da família geralmente apóiam as opiniões um do outro).

Observa-se que quando um membro familiar adoece, as repercussões para a família são notáveis, uma vez que, segundo ASTED-KURKI et al (1999), a situação de doença afeta o funcionamento entre os membros familiares, causando mudanças na vida de toda a família, pois um dos membros quando fica enfermo, pode chocar todos os demais, acarretando vários tipos de sintomas físicos e psicológicos nestes.

No caso de hospitalizações, os familiares, na maioria das vezes, querem participar dos cuidados oferecidos ao paciente, porém, em algumas vezes, de forma contraditória, à medida que se defrontam com estímulos estressantes presentes nesta situação, podem apresentar reações emocionais de medo e preocupação. As experiências constantes vivenciadas com a hospitalização pelos familiares podem afetar diretamente a família enquanto grupo e em especial a saúde de seus integrantes. Muitas vezes, os familiares passam a ser vistos como extensão pela equipe devido aos cuidados prestados ao paciente, deixando de serem observados e atendidos em suas necessidades, ou seja, a família além de auxiliar no cuidado durante a hospitalização também deve ser cuidada para que possa ajudar positivamente na recuperação do paciente (GOMES e FILHO, 2000).

Apesar da equipe de saúde possuir muitas habilidades, frequentemente possuem uma percepção diferenciada das necessidades emocionais do paciente e de sua família, algumas vezes entendidas até como incômodo. Além disso, podem existir discordâncias a respeito das percepções e dos significados entre o familiar e o que a equipe relata ser como melhor alternativa (GRUDTNER, 1994; SHIOTSU e TAKAHASHI, 2000). Observa-se ainda que para ANDRAUS et al (2004) existe um grande desafio para que a relação entre equipe de saúde e família passe a ser mais harmoniosa. Para isso se faz necessária uma reestruturação das unidades hospitalares e da capacitação dos profissionais, para que possam oferecer assistência integral ao binômio, mãe-filho ou paciente-família, podendo tornar-se este impasse, um combate ao estresse negativo.

Em momentos de cuidados críticos na hospitalização, JOHNSON et al (1995) já indicavam que a família sofre eventos estressores que culminam em mudanças de papéis (*status* ou posição) e de necessidades macrofuncionais (como com a sociedade) e microfuncionais (que correspondem às interações entre os componentes do grupo familiar), sendo estes aspectos muito importantes de serem avaliados neste contexto. Estes dados

também são apontados por WASHINGTON (2001), que alega que um evento como a admissão de pacientes em UTI gera grande estresse, tanto no internado quanto em seus familiares, com a possibilidade de causar ou mesmo trazer à tona comportamentos disfuncionais, sendo que estas proposições serão apresentadas no tópico, pesquisas em UTIP.

Hospitalização Infantil

A infância, segundo DIAS et al (1988), é um período de grande importância para o ser humano, no qual seu potencial de crescimento e desenvolvimento está progredindo tanto nos aspectos biológicos, como psicossociais e cognitivos. Um episódio de doença pode significar um atraso ou mesmo uma interrupção no processo de crescimento e desenvolvimento desta criança.

Para ANDRADE (1993), os avanços do conhecimento médico e da difusão na educação sanitária, durante o último quarto do século passado, produziram mudanças na maneira como as crianças hospitalizadas são tratadas. Além desses melhoramentos do conhecimento, que permitiram mudanças nos métodos de lidar com a criança hospitalizada, grandes avanços ocorreram na compreensão da criança e de seus pais. O crescente interesse na psicologia infantil, após certo tempo, atingiu os campos da pediatria, saúde pública e estimulou o estudo intensivo do desenvolvimento humano, característica específica deste campo de atuação da medicina.

As mudanças até os dias atuais estão relacionadas aos avanços da tecnologia da medicina (como controle de infecções, equipamentos de monitoramento e ajuda nas funções do organismo, por exemplo) e ao maior envolvimento e participação das crianças e seus pais no processo de hospitalização. LIMA et al (1999) postularam ainda que transformações significativas, quanto à assistência da criança hospitalizada, vêm acontecendo. A partir do século XIX, a atenção passou a ser focada ao modo de incremento da assistência médica e à importância e ao significado que a coletividade dá à criança. A partir de um estudo descritivo e qualitativo que realizaram, as autoras chamam a atenção

para a construção de conceitos de cooperação e parceria, compartilhamento entre saberes e espaços entre pais e profissionais, na tentativa de construir uma maior adesão ao tratamento e restabelecimento da saúde da criança.

Para WONG (1999), a hospitalização representa uma modificação do estado usual de saúde e da rotina ambiental, pois as crianças possuem um número limitado de mecanismos de enfrentamento para resolver os eventos que produzem estresse. As reações das crianças à hospitalização são influenciadas por suas idades e períodos do desenvolvimento que remetem à sua capacidade cognitiva de avaliação e compreensão, experiência prévia com a doença ou hospitalização, habilidade de enfrentamento inatas e adquiridas, a gravidade do diagnóstico e o sistema de suporte disponível.

De acordo com GOMES e LUNARDI FILHO (2000), a internação hospitalar de crianças caracteriza-se como um possível fator de risco para a manifestação de estresse e desestruturação familiar. Entendem-se as famílias de crianças hospitalizadas como clientes, que também necessitam de cuidados, especialmente quanto às suas percepções frente ao processo de hospitalização e da doença como um fator desorganizador, com possibilidades de ruptura no processo de cuidados às crianças e surgimento de transtornos comportamentais, tanto para os infantes, quanto seus cuidadores. Complementam DAMIÃO e ANGELO (2001) afirmando que a desestruturação familiar pode ocorrer devido à falta de controle percebida diante de uma situação desconhecida. Embora, durante a hospitalização, a família possa buscar novas estratégias de enfrentamento para se adaptar à doença e à internação, retomando o controle da situação de doença na qual se encontra seu filho, sabendo também lidar com suas necessidades e desafios durante este processo.

A hospitalização é uma experiência que não passa despercebida para o paciente que permanece internado e muito menos para seus familiares e/ou acompanhantes. E quando o assunto é internação de crianças, a reflexão deve ser redobrada, uma vez que a doença e o processo de hospitalização podem comprometer sua integridade física e seu desenvolvimento mental (MONDARDO, 1997, p.37).

Compartilham destas afirmações HALLSTRÖN et al (2002), acrescentando que a participação dos pais e seus papéis no processo de hospitalização de seus filhos sofreram mudanças fundamentais nas últimas décadas, como a participação da família na hospitalização. Em contrapartida, asseguram ser a hospitalização, uma experiência estressante para a criança e seus pais, sendo suas reações - como medo, ansiedade e culpa - influenciadas por fatores relacionados à criança, como um indivíduo peculiar e, por sua vez, os pais, com suas características de enfrentamento, além da atenção recebida pela equipe de saúde.

DIAS et al (2003) compreendem que, com a prática da assistência psicológica prestada em contextos de pediatria, nos quais crianças com doenças diversas quando ultrapassam o tempo de cinco dias de internação, juntamente com seus familiares, pode-se prever a tendência destes indivíduos para desenvolver transtornos comportamentais e/ou psicológicos. Atentam também para a relevância de detectar imediatamente após a hospitalização, alterações psicológicas na criança e sua família que possam aumentar a probabilidade do desenvolvimento de distúrbios e, conseqüentemente, afetar a boa evolução do quadro clínico.

O início de estudos sobre a inserção da família no atendimento à criança hospitalizada tem seu fundamento nos trabalhos sobre os efeitos dos cuidados de crianças em instituições de saúde. Desse modo, a família foi colocada no hospital sob uma perspectiva restrita, quanto aos fatores adversos da separação mãe-criança e, com esse novo espectro, houve uma contribuição para alterações do ambiente de cuidados da criança neste local. No entanto, chama-se a atenção para novas pesquisas e reflexões que tenham como objetivo, a integração da família no sistema de saúde e nos cuidados para com os transtornos gerados por esta nova relação (ZANNON, 1994).

A permanência da mãe ou de um familiar junto da criança na hospitalização pode oferecer oportunidades únicas para educar a família no manejo dos pacientes, especialmente os portadores de doença crônica, a fim de diminuir os efeitos psicológicos adversos provocados pela separação do ambiente familiar e melhorar a atenção hospitalar das crianças enfermas. Contudo, a incorporação da mãe na atenção de seu filho

hospitalizado depende de programas estruturados que trabalhem e auxiliem no enfrentamento de suas reações a hospitalização (BARRERA et al, 1993).

Deve-se salientar e assinalar, de acordo com HARTMAN E GASQUEZ (1998), a seriedade da participação de um terceiro componente na relação entre o médico e o paciente, representado pelos pais. Sugerem que a partir do referencial do cuidador é possível avaliar e identificar a repercussão da estrutura institucional nas modificações das relações interpessoais durante a hospitalização, além das conseqüências da mesma para a adaptação da criança, sua família e a evolução do quadro clínico.

Ao pesquisarem sobre a percepção que a mãe tem de seu filho hospitalizado e sobre a sua permanência durante o período de internação, com ênfase na manutenção do vínculo afetivo criança-família, OLIVEIRA e COLLET (1999) realizaram um estudo descritivo destas variáveis. Os resultados apresentados apontaram que as mães discriminam a importância de permanecerem junto aos seus filhos, durante o estresse da hospitalização, aspecto este também, ressaltado por QUEIRÓZ E BARROSO (1999). No entanto, fatores classificados como externos (mudanças nas rotinas de vida diária, como trabalho, cuidados para com outros filhos e alterações das relações familiares) impedem-nas de ficar junto dos mesmos, além de interferirem na qualidade dos cuidados prestados.

HALLSTRÖN et al (2002), ao objetivarem investigar as necessidades de pais durante o período de hospitalização de suas crianças, no departamento de pediatria de um hospital na Suécia, foram identificados e analisados nove temas. Durante nove semanas aproximadamente, 35 pais de 24 crianças (com idade entre cinco meses a 18 anos) hospitalizadas em unidades diversas do departamento foram observados em relação as suas necessidades. A escala de observação foi aplicada em diferentes momentos em um mesmo dia e os observadores não tinham envolvimento pessoal com os pais ou com os cuidados prestados. Notas sobre eventos relatados nos momentos das observações, comportamentos, palavras ou sentenças dos pais também foram coletados. Os resultados indicaram os seguintes temas: segurança (competência dos profissionais de saúde); mediar, interceder pela segurança da criança; comunicação (garantia de informações da equipe de saúde e confirmação de seu conhecimento a respeito do que se passa com a criança); controle (ter controle sobre as decisões em relação à criança); competência (mostrar-se competente

frente às demandas da criança, de outros familiares e da própria equipe de saúde); ajustar-se (adaptar-se às reações frente ao estresse da hospitalização); família (manter contato e cuidar de outros familiares); conforto (auxílio da equipe de saúde em relação aos seus sentimentos e cuidados para com a criança) e contato com outros pais nas mesmas condições de hospitalização (dividir com outros pais angústias e atividades, como comer, por exemplo). Concluíram que os pais, na maioria das vezes, são dependentes dos profissionais de saúde, que devem mostrar-se capazes para satisfazer às necessidades de crianças e seus familiares. Tais necessidades devem ser evidenciadas por intermédio das rotinas e manuais de atendimentos, além da atenção às necessidades individuais de cuidados.

Por sua vez, VESSEY (2003) atesta que se faz igualmente importante, analisar e intervir nas respostas psicológicas das crianças no momento da hospitalização e como as mesmas são construídas. Aponta que é necessário avaliar três focos que envolvem as crianças: variáveis maturacionais e cognitivas (nível de desenvolvimento, experiências anteriores e estilos de enfrentamento); variáveis ecológicas (interação entre família e o hospital) e as variáveis biológicas (fatores patofisiológicos). Conclui que novos estudos de intervenção devem considerar as diferenças individuais de crianças e seus cuidadores para ajudá-los no enfrentamento dos estressores da hospitalização, para que sejam discriminadas suas resiliências na promoção da maturação emocional, na circunstância de hospitalização.

Torna-se um desafio para o psicólogo, desse modo, segundo DIAS et al (2003), avaliar e trabalhar em contextos da área de pediatria, com contingências que envolvam os familiares como: dúvidas quanto aos aspectos legais e burocráticos da estrutura hospitalar (normas e rotinas, constituição da equipe, seus direitos e deveres); compreensão do processo de saúde-doença de suas crianças (adoecer, diagnóstico, procedimentos, tratamento, prognóstico); comportamentos de ansiedade, medo, tristeza, raiva, culpa, insegurança (frente à doença, à hospitalização, à equipe, aos procedimentos e tratamento); relações interpessoais com médicos e equipe multiprofissional; atitudes quanto a críticas recebidas (positivas e negativas); limitações físicas ou pessoais (estresse, nervosismo, cansaço), sociais (família, rede de apoio e emprego) e ambientais (adaptação ao contexto hospitalar).

Para MORGON e GUIRARDELLO (2004), a hospitalização por motivo de doença grave e inesperada pode acarretar um desequilíbrio na estrutura familiar, sendo que a família exerce um papel importante na recuperação do paciente. Muitas vezes suas necessidades são desconhecidas pelo enfermeiro ou equipe de saúde, o que pode acarretar na pouca ênfase dada, por vezes, ao atendimento de forma integrada às questões psicológicas dos pacientes e seus familiares.

Diante destes apontamentos em relação à hospitalização infantil e especificidades em relação ao diferencial de uma enfermagem de pediatria, nota-se que este campo da medicina cuida da criança em desenvolvimento em termos globais, incluindo a participação dos pais nestes cuidados. Frente à UTIP, estas características também são observadas e relevantes, acrescidas de outras especificidades deste local que serão relacionados no próximo tópico.

UTI / Pesquisas em UTI Pediátrica

Segundo SEBASTIANI (1995), a UTI refere-se a um recurso hospitalar destinado ao tratamento de graves enfermidades, sendo que o paciente crítico torna-se especial pelas suas condições e por toda a demanda de cuidados que lhe são propostos ou impostos diante da urgência e criticidade dos atendimentos, procedimentos e quadros clínicos, como os denominados cuidados intensivos.

Para SANTOS et al (1994), na UTI, o objetivo da assistência praticada refere-se à recuperação do paciente em tempo hábil, dentro de um ambiente com características físicas e psicológicas adequadas, no qual a equipe de saúde além de procurar manter um bom relacionamento entre seus membros, deve prestar atenção, prioritariamente, à eficácia das técnicas empregadas. Com isto, a finalidade deste local refere-se à contenção das complicações em pacientes críticos que requerem um tratamento de cuidados veementes, restabelecendo o funcionamento de um ou vários sistemas orgânicos, gravemente alterados, até que a doença que motivou a internação seja compensada ou que a normalidade seja atingida.

De acordo com NOVAES et al (1996), a UTI pode ser caracterizada como um local destinado ao atendimento de pacientes em estado crítico, visando receber supervisão contínua de sua condição, podendo, desta forma, controlá-los com maior eficácia do que nas outras áreas hospitalares. Trata-se de um recurso hospitalar destinado ao tratamento de graves enfermidades, sendo que o paciente crítico é especial pelo grau de seu comprometimento físico e orgânico, diante dos cuidados intensivos que recebe.

Caracterizada como a área hospitalar que concentra recursos humanos e materiais especializados visando à recuperação do paciente grave e de alto risco, a UTI reúne um conjunto de fatores que a caracterizam como o local mais tenso e traumatizante do hospital (MENEGATTI, 2001).

A propósito, ressalta-se que esta localidade apresenta uma rotina de 24 horas de assistência contínua e de atendimento praticamente individualizado, porém, cercada de constantes situações de urgências e emergências que podem trazer toda uma gama de situações ou contingências ambientais que podem atuar como desestabilizadoras para o equilíbrio psicológico. Cabe ainda ressaltar que ao ingressar em uma UTI, o indivíduo é totalmente deslocado de sua rotina, de seus hábitos diários e de sua privacidade, além disto, sua autonomia é restrita passando a maior parte do tempo no leito, sendo as suas solicitações avaliadas em alguns locais, pela triagem da equipe quanto à conveniência dos atendimentos destas, para a sua saúde.

Diante destes aspectos, há vários fatores que parecem contribuir para o significado cultural atribuído à UTI, como um local fechado, isolado, desconhecido, assustador e associado à morte, pois segundo DOMINGUES et al (1999) e LEMOS e ROSSI (2002), a entrada de pessoas, na maior parte das vezes, nesta área deve ser restrita e limitada. As informações que chegam aos que estão do lado de fora nem sempre refletem a realidade ou a compreensão, podendo alguns familiares desconhecer o que realmente acontece durante as rotinas aplicadas neste ambiente. Além do mais, existe também o imperativo de regras específicas para o horário de visitas nesta unidade, por considerar-se que o paciente encontra-se muitas vezes em estado grave, além da estrutura física do local imprópria para a circulação de muitas pessoas e a intensa atividade da equipe de saúde junto ao paciente.

A medicina intensiva distingue-se de outros campos da medicina, por dirigir-se aos pacientes com ampla variedade de doenças, tendo em comum a extrema gravidade destas ou o potencial para o desenvolvimento de rigorosas complicações da doença, envolvendo em certas ocasiões, risco de vida (GUIRADELLO et al, 1999). NOVAES et al (2000) afirmam ainda que o intensivismo corresponda a uma especialidade voltada completamente ao paciente crítico, que muitas vezes não está internado somente por um comprometimento específico, mas por um comprometimento em todo o seu organismo. Diante destes aspectos, a UTI pode caracterizar-se como:

(...) um local que abrange diagnósticos de diversas especialidades, como: politraumas, traumatismos cranianos de níveis leve, moderado e grave, insuficiência respiratória aguda; infarto do miocárdio; angina instável, insuficiência renal aguda; recuperação pós-cirúrgica; sepse (infecção localizada); septicemia (infecção generalizada), ferimentos por arma de fogo; acidente vascular hemorrágico ou não; parada cardiorespiratória, entre outras” (PREGNOLATTO e AGOSTINHO, 2003, p.93).

Em relação ao assunto das visitas aos pacientes, SANTOS et al (1999) afirmam que a presença de visitantes é de fundamental importância no restabelecimento do paciente, mas que deve realizar-se de forma a não comprometer o plano de tratamento e cuidado para com o paciente. Nos dias atuais, destaca-se a freqüente preocupação pela humanização da UTI, por parte dos profissionais que ali trabalham e compreendem este processo, como uma experiência que envolve todas as atividades dos profissionais junto ao atendimento do paciente em situações típicas em cada momento da internação hospitalar, valendo ressaltar também a participação da família neste contexto. Acrescenta-se a isto, o papel essencial da família no decorrer do processo de hospitalização do paciente, com o objetivo de investir em suas possibilidades de recuperação e da atenção da equipe de saúde - embora, a família ao vivenciar a internação do paciente em uma UTI possa experimentar sentimentos de ansiedade, medo e incertezas quanto ao futuro de seu familiar (CORRÊA et al 2002).

A hospitalização de um paciente criticamente enfermo é vista como uma situação de crise tanto para o paciente, quanto para a família. Entretanto, de acordo com ZAZPE et al (1997), o grupo de médicos e enfermagem centra seus esforços principalmente nos cuidados para com o paciente, para os quais foi treinada. Afirmam também que se deve

ponderar que estes cuidados relativos dispensados aos familiares raramente, os distancia da equipe de saúde. Ao realizarem um estudo descritivo com 85 parentes de pacientes e seus familiares (mesmo número) admitidos em UTI - Adulto de um hospital na Espanha, objetivaram conhecer suas necessidades e identificar aquelas que poderiam capacitar a modificação de certos aspectos de segurança, para a provisão de melhores cuidados. Os resultados apontaram para três grupos de necessidades, sendo o primeiro relacionado com a confiança quanto aos cuidados recebidos pelos pacientes por meio da equipe de saúde. Informações recebidas pela equipe, no tocante ao conforto proporcionado aos familiares em relação ao estado de saúde dos pacientes, corresponderam ao segundo grupo de necessidades. O terceiro grupo caracterizou oito itens relacionados às necessidades da família por suporte emocional, como receber apoio da família e dos amigos; poder visitar mais vezes; ter boa comida no hospital; ter alguém como referência na equipe, para saber do tratamento do paciente; receber visitas de religiosos; ter alguém por perto para receber suporte emocional; saber quem pode ajudar na solução de seus problemas e ter a companhia de outras pessoas, além dos parentes durante as visitas na UTI. Estes dados provocaram mudanças na sistemática do hospital, quanto à organização para atendimento das necessidades dos familiares.

Em relação a estes aspectos, podem-se perceber mudanças nos membros familiares quanto aos seus papéis e responsabilidades durante um período de doença crítica. Ao realizarem um estudo de desenho exploratório, JOHNSON et al (1995) objetivaram estudar os efeitos de cuidados críticos e intensivos durante a hospitalização, sobre os papéis de familiares adultos e como estes efeitos mudam com o tempo. Em uma amostra de conveniência de 52 familiares, de UTIs de pediatria, neonatologia, cirurgia e cardiovascular, serviram-se de um questionário, com questões abertas e fechadas, denominado *Iowa ICU Family Scale* (IIFS), elaborado pelos autores para a avaliação dos objetivos. Por meio do uso de técnicas qualitativas, sete temas foram identificados: fragmentação das famílias, acréscimo de dependência; diminuição da independência; aumento de responsabilidades; mudança na rotina e mudança nos sentimentos. Concluíram pela necessidade da implementação de programas que assistam, com processos de avaliação e intervenção, as famílias, durante momentos de crises, como as que são vivenciadas com a hospitalização crítica.

YOUNGBLUT e SHIAO (1993), ao avaliarem as reações da família de crianças criticamente enfermas, por um estudo de levantamento com duas medidas durante 24 horas após a admissão e após a alta da UTI (duas a quatro semanas), acabaram por concluir que a admissão da criança nesta unidade é estressante para pais, independente da gravidade da doença. Os participantes deste estudo compreenderam nove mães e pais de crianças de cinco anos de idade e os resultados apontaram que a percepção da mãe sobre sua família, como em relação ao funcionamento e a coesão entre os membros da mesma, podem ser negativamente afetados, sendo que estes efeitos podem também afetar e comprometer a criança. No entanto, as atenções às reações emocionais apresentadas por familiares, durante o estresse do período de hospitalização, não devem estar voltadas para a avaliação apenas deste momento. Cuidados quanto à saúde mental e física dos familiares após a hospitalização considerada como crítica às crianças, são igualmente necessárias.

Também com esta finalidade, BARTEL et al (2000) realizaram um estudo descritivo de metodologia qualitativa para descrever as percepções dos profissionais junto à assistência de familiares de crianças que sofrem condições repentinas e ameaçadoras de vida, de forma súbita e inesperada como a hospitalização em UTI, na tentativa de prover a melhoria dos cuidados prestados. Participaram deste estudo exploratório, 22 pediatras intensivistas, médicos clínicos incluindo os residentes e enfermeiros. Foram identificados quatro componentes para melhoria deste cuidado aos familiares: prover prontamente informações meticolosas sobre a criança; manter a privacidade e a confidencialidade sobre as discussões de casos e aflições apresentadas pelos familiares; fornecer adequado suporte emocional e conceder aos membros familiares o direito de segurar ou tocar as crianças em estado terminal.

Quanto à necessidade de suporte emocional aos familiares, observa-se o trabalho de TOMLINSON et al (1995) que objetivou estudar as mudanças na atenção prestada por mães de crianças internadas em UTIP. Avaliou-se a percepção destas mães sobre sua saúde, dor, alterações em seus modelos comportamentais de saúde mental, além de seu funcionamento social, investigando suas reações em dois momentos (de três a sete dias após a admissão hospitalar e, novamente, nove semanas após a hospitalização) frente a estas variáveis. Os resultados demonstraram um decréscimo no escore de saúde mental de

um momento para outro, porém 70% dos participantes relataram que surgiram novos problemas de saúde na família após a alta da hospitalização. Estes dados demandam maior atenção às necessidades de suporte emocional aos familiares no contexto da hospitalização em UTIP.

Estes achados também foram observados por YOUNGBLUT e LAUZON (1995), ao pesquisarem sobre o funcionamento familiar, no seguimento à hospitalização de seus filhos em UTIP. Por meio de um estudo de delineamento longitudinal, tiveram como propósito, a comparação de famílias (27 mães e 18 pais), cujos filhos (crianças de um a cinco anos) estavam internados em UTIP, com famílias (24 mães e 14 pais) de filhos (mesma faixa etária do outro grupo) hospitalizados em enfermaria de Pediatria, durante um período de três anos. A proposta de avaliação compreendeu duas medidas: a primeira, 24 horas após a admissão hospitalar (casos de primeira internação) e a segunda no período de duas a quatro semanas após a alta hospitalar. Os instrumentos de avaliação foram: *Feet-Ham Family Functioning Survey* (FFFS - percepção da unidade familiar, dos subsistemas e a extensão social); *FACES III* (percepção sobre a adaptabilidade e coesão familiar, pertinentes ao funcionamento familiar) e *Pediatric Risk of Mortality* (PRISM), que avalia a gravidade da doença da criança durante a hospitalização. Os achados sugeriram que a permanência na UTI tem pouco efeito ao longo do tempo sobre o funcionamento familiar, quando o grau de gravidade da doença da criança é baixo. Não houve diferenças significativas quanto a este apontamento, em ambos os grupos familiares após a alta hospitalar. Concluem com a hipótese de que a hospitalização em uma UTIP apenas não apresenta efeitos negativos sobre a família. Cabe ressaltar, entretanto, que os efeitos somatórios (como a alta gravidade na doença na admissão hospitalar), local no qual a criança é hospitalizada e por quanto tempo as crianças ficam no hospital parecem consequenciar negativamente sobre a família.

Dando seqüência aos estudos sobre a influência da gravidade da doença e os recursos familiares durante uma hospitalização sobre cuidados críticos na infância, TOMLINSON et al (1996) indicam que as reações psicológicas de pais durante esta situação, em função de suas incertezas, afetam o trabalho da enfermagem neste local. Portanto, objetivaram avaliar a percepção sobre as dúvidas advindas de uma amostra de

conveniência de 40 mães por intermédio do instrumento *Mishel's Uncertainty of Illness Scale: Parent Child Form*. Também foi estudada a coesão familiar utilizando a *Olson's Family Adaptability and Cohesion Evolution Scale* e o suporte social usando o *Norbeck's Social Support Questionnaire*. A gravidade da doença foi avaliada pela escala *Pediatric Risk of Mortality Scale (PRISM)* e a hipótese testada referiu-se à gravidade da doença estar associada positivamente com as incertezas de mães e demais familiares, além dos recursos sociais disponíveis. Notaram também que as incertezas das mães neste período poderiam estar negativamente associadas com os recursos sociais familiares e que a gravidade da doença poderia causar inúmeras variações nas incertezas maternas, do que em relação aos recursos familiares. Os dados sócio-demográficos, assim como a gravidade da doença, foram coletados no segundo dia de hospitalização e os demais instrumentos no terceiro dia. Os resultados apontaram para uma relação positiva entre a gravidade da doença e as incertezas maternas; no entanto, não foi encontrada relação alguma entre a gravidade da doença e o suporte social e tão pouco entre as incertezas maternas e os recursos familiares. Por meio de uma análise regressiva constatou-se que a coesão familiar mostrou-se como um forte preditor na proporção maior na variação de incertezas maternas, a gravidade da doença contribuiu em menor valor e o suporte social não se mostrou influente neste sentido.

Pode-se ressaltar com os registros anteriores que se deve entender a experiência materna, ou mesmo de ambos os pais durante a situação de crise na saúde em contextos pediátricos, como a construção de inúmeros significados para esta vivência. MU e TOMLINSON (1997), por meio do desenho do método fenomenológico (explicar por meio da interação simbólica, o significado de um fenômeno ou experiência humano), tiveram como objetivos avaliar por meio de entrevista, a essência da percepção do estresse familiar na experiência de pais (dez famílias), cujas crianças (idade de um a 14 anos) foram hospitalizadas em UTIP. As entrevistas foram realizadas, respectivamente, entre o segundo e sétimo dia de admissão (cinco entrevistas) e entre o décimo segundo e décimo quinto dia (as demais) em UTIP e os participantes não poderiam ter antes passado por esta vivência de internação. O mais importante resultado correspondeu à forte evidência de uma coletiva percepção de estresse com a vivência familiar neste momento de crise, sendo os temas envolvidos: início do limite da ambigüidade (como será o futuro desta criança e da família

após este episódio); recursos de enfrentamento dos pais (para com a criança, outros filhos e entre os próprios pais); recursos familiares (informações sobre o estado da criança e de relacionamento interpessoal com a equipe) e o funcionamento familiar (auto-regulação da interação entre os familiares), relacionados à condição clínica da criança. O processo desta experiência também é afetado pela duração da hospitalização e o sistema de cuidados oferecido aos pais, sendo que estas afirmações corresponderam à finalização do trabalho.

Pelo decurso da proposta de estudarem, identificarem e compararem a percepção do estresse e a experiência de enfrentamento entre pais de crianças hospitalizadas em UTIP e UTI Neonatal, SEIDMAN et al (1997) pesquisaram estes objetivos em um hospital de grande porte, terciário em Oklahoma (EUA). A amostra consistiu em 31 pais (19 mães e doze pais) da UTI Neonatal (17 meninos e 14 meninas, com média de idade em 1,67 anos) e 20 pais (15 mães e cinco pais) de crianças da UTIP (doze meninos e oito meninas), com média de idade em menos de três meses. O tempo médio de hospitalização na UTIP foi de 6,6 dias e na UTI Neonatal foi de três dias, sendo que os participantes do estudo responderam à coleta de dados, próximo da alta do setor ou três dias antes de serem transferidos para outro setor do hospital, como enfermarias. Os instrumentos aplicados, em ambas as unidades, foram: *Stressor Scale: Pediatric ICU* (PSS: PICU), *Parental Stressor Scale: NICO* (PSS: NICO) e *Parental Coping Scale: Pediatric ICU* (PCS: PICU). Para os dois grupos de participantes, o estresse avaliado foi menor do que a alteração comportamental sofrida pelos pais aos cuidados de suas crianças. Observou-se que os pais da UTIP eram assistidos de maneira mais próxima por seus familiares do que os pais da UTI Neonatal; no entanto, os pais desta receberam maior apoio emocional de seus familiares do que os participantes do outro grupo. A aparência e o comportamento das crianças hospitalizadas foram extremamente estressantes para todos os pais e sugere-se que a enfermagem possa ajudá-los nestas situações, quanto à compreensão do que está acontecendo.

Referente à ajuda de mães para enfrentarem a condição de seus filhos, quando eles estão em situação de cuidados críticos de saúde, deve-se tratar e discutir os processos de intervenções com esta finalidade. MELNYK et al (1997) realizaram uma pesquisa sobre a aplicação do programa de intervenções teoricamente dirigidas, denominado *Creating*

Opportunities for Parent Empowerment (COPE), no enfrentamento dos efeitos da hospitalização crítica para as crianças e suas mães. Tratou-se do acompanhamento de 30 mães de crianças com faixa etária compreendida entre um a seis anos, que participaram do programa com os objetivos de: promover maior suporte para as suas crianças durante a realização de procedimentos invasivos; promover maior suporte emocional para suas crianças; relatar menor estado de humor negativo e estresse para as emoções e comportamentos referidos ou apresentados por suas crianças; e apresentar com menor frequência sintomas de estresse pós-traumático e mudanças de papéis e funções da vida diária após quatro semanas de hospitalização. Tratou-se de um estudo de delineamento experimental, com uma amostra de conveniência de 16 mães para o grupo experimental e 14 mães para o grupo controle, com medidas de pré e pós-intervenção. Estas notas foram realizadas pelos instrumentos *Parent Support during Intra Procedures* (IPS), na ponderação sobre o suporte apresentado pelas mães aos seus filhos, durante procedimentos invasivos, por exemplo, sorrir para seu filho; e o *Index for Parent Participation/Hospitalized Child* (IPP), para a participação da mãe nos cuidados junto à criança, por exemplo, dar banho, alimentação.

O programa experimental de intervenções consistiu em duas fases: a primeira etapa ocorreu no momento da admissão hospitalar. Foi apresentado um áudio contendo informações, além também de um formulário sobre os possíveis comportamentos apresentados pela criança, em seu estado clínico crítico (por exemplo, retraimento, regressão e agressão) e sugestões, orientações às mães de como poderiam facilitar a adaptação de seus filhos na hospitalização, como trazer objetos familiares e oferecer suporte à criança, em momentos de procedimentos invasivos. A segunda etapa dava-se imediatamente após a entrada na UTIP, na qual informações eram fornecidas sobre os procedimentos gerais da unidade e dados adicionais sobre os comportamentos da criança naquele local. Além de ser fornecido um manual de atividades e jogos sobre situações de assistência da equipe de saúde, para as crianças e suas mães, desenvolvido para favorecer modelos de enfrentamentos nesta situação. Também eram apresentadas orientações quanto aos possíveis modelos de enfrentamento por um profissional devidamente treinado, para o grupo experimental. Os resultados demonstraram que não existiram diferenças significativas entre os dois grupos quanto as variáveis sócio-demográficas e para as medidas

iniciais de ansiedade e do estado de humor. Observou-se maior suporte emocional nos momentos dos procedimentos invasivos das mães do grupo experimental às crianças, menor rebaixamento do estado de humor e da ansiedade, quando comparadas as do grupo controle. Concluem pela necessidade de programas educacionais com esta proposta em ambientes de experiência estressante, como a UTIP (MELNYK, 1997).

Em concordância, TOMLINSON et al (1999) asseguram que se faz evidente a necessidade da promoção de programas interventivos para o processo de estresse experienciado por crianças e seus pais na conjuntura da UTIP e na solicitação do papel especialmente das mães, nos cuidados junto às crianças. Referem que atualmente é muito comum o esclarecimento para esta população sobre o estresse sofrido pelos pais na hospitalização de suas crianças. Com este intuito, realizaram um estudo de metodologia qualitativa e selecionaram 29 famílias em uma UTIP, no limite extremo de seus sentimentos ambíguos quanto ao ambiente de cuidados, frente à identificação de ações do corpo de enfermagem que pudessem impedir a assistência das famílias, na manutenção de seu ajustamento familiar. As famílias foram estudadas por intermédio do instrumento *Health-Related Family Boundary Ambiguity Scale*, com a avaliação de questões como afeto, proteção, autonomia, direitos, responsabilidades e manutenção dos pais do limite de sentimentos de ambigüidade, e também por uma entrevista semi-estruturada. Foram identificadas três possíveis áreas de intervenção no encorajamento da integridade familiar durante a assistência às crianças: favorecimento do padrão familiar habitual, respeito aos direitos da família e o fortalecimento da família nos momentos de limites de estresse, com a sugestão da acentuação de informações, promoção de maior relacionamento com a equipe de saúde, solidificação dos serviços oferecidos e encorajamento da participação dos pais nos cuidados à criança.

Segundo BALDINI et al (1998), na revisão da literatura que realizaram em relação às reações dos pais quanto à internação da criança em UTIP, foram observadas as seguintes fases e respostas comportamentais: primeira (aproximadamente doze horas após a admissão) - passam por período de choque, acompanhado pelo sentimento de falta de esperança, comportamentos de insônia etc.; segunda (continuidade da crise anterior), com repetição destes sintomas por vários dias, aumentando os sinais de ansiedade e

prejudicando o contato com o filho enfermo, e a terceira fase, denominada de expectativa, com duração de horas ou dias que correspondem ao período no qual a criança se encontra estável, porém sem apresentar uma melhora clínica significativa. Neste período podem ocorrer sentimentos de raiva, reações hostis contra a equipe de saúde em algumas famílias e passividade em outras, além da culpa e falta de esperança, experimentados na primeira fase. Concluem que reações como as de pais que se apresentam reativos, dependentes, discordantes, hostis, autoritários, exigentes, desconfiados e não colaboradores, acabam por afetar a comunicação entre os mesmos e a equipe médica, comprometendo ainda mais estas relações e reações.

Com o intento de realizarem uma crítica sobre estudos de estresse familiar, ajustamento e adaptação, alguns estudiosos (McCUBBIN e McCUBBIN⁴, 1993; BOARD e RYAN-WENGER, 2000) efetuaram uma revisão da literatura, utilizando-se de 38 periódicos encontrados em bancos de dados como *Medline, Cumulative Index to Nursing and Allied Health*, além de listas de referências. A crítica foi organizada de acordo com os resultados do processo de busca que vinham ao encontro às variáveis do modelo teórico de resiliência adotado. Os resultados apontaram para o foco nas variáveis envolvidas na fase de ajustamento, incluindo estressores, percepções dos estressores e seus efeitos sobre os familiares dos pacientes. Diferenças óbvias de conhecimento foram relatadas para a vulnerabilidade, para os tipos de problemas a serem resolvidos e para as estratégias de enfrentamento dos familiares, sendo que muitos destes estudos foram baseados sobre pessoas brancas e apenas mães. Chegaram à conclusão de que a promoção de pesquisas deve estar associada à garantia de: famílias de várias etnias; maior participação dos pais e dos outros familiares nestes estudos; existir comparação entre mães e pais; necessidade de maior replicação de pesquisas de intervenção em amostras diversas; pesquisas exploratórias de delineamento longitudinal e estudos com crianças em UTIP. Indicam que famílias possam ajustar-se e adaptar-se ao estresse de ter uma criança doente em estado crítico.

⁴ McCUBBIN, M.A., McCUBBIN, H.I. Families coping with illness: the resiliency model of family stress, adjustment and adaptation. In: Danielson C.B., Hamel-Bisset B., Winstead-Fry P, eds. Families, Health and Illness: Prospectives on Coping and Intervention. St. Louis, MO: Mosby; 1993: 21-63, *apud* BOARD, R.; RYAN-WENGER, N. State of the science on parental stress and family functioning in Pediatric Intensive Care Units. **American Journal of Critical Care**, 9(2): 106, 2000.

Em outra pesquisa realizada por POCHARD et al (2001), o objetivo correspondeu ao estudo de como a ansiedade e depressão podem impactar fortemente as habilidades de familiares em tomar decisões sobre pacientes internados em UTI. Este estudo multicêntrico foi realizado em 43 UTIs de um hospital francês, sendo 37 unidades de pacientes adultos e seis de pacientes pediátricos (amostra de 15 pacientes terminais, hospitalizados em cada setor) admitidos ao longo de dois anos. Concluíram que mais de dois terços dos membros familiares que visitaram os pacientes sofriam de sintomas de ansiedade e depressão, pois os resultados indicaram uma prevalência de que 69,1% e 35,4% de toda a amostra, respectivamente, para tais quadros, sendo que para a depressão foi constatada em 72,7% dos membros familiares e em 84% das(os) esposas(os) de pacientes adultos. A pesquisa serviu-se da escala *Hospital Anxiety and Depression Scale* e questões respondidas pelos pacientes, sobre a ausência de doença crônica; outras informadas pelos familiares (como vínculo com paciente, marido, pai, mãe etc.), gênero feminino, desejo de apoio psicológico e ajuda de médicos e os relatos dos cuidadores mais próximos do paciente, relacionados à ausência de regularidade de encontros com a equipe de saúde e falta de uma sala para conversas com os membros familiares. Fatores como a idade do paciente; relatos de familiares relacionados aos esposos(as), gênero feminino e não ser descendente francês; falta de uma sala de espera e percepções de contradições nas informações transmitidas estiveram associados aos sintomas de depressão. Concluíram que as dificuldades relatadas e associação com os sintomas de ansiedade e depressão merecem cuidadosas discussões para todas as situações e prioritariamente no caso de pacientes terminais.

Para BOARD e RYAN-WENGER (2002), as causas potenciais de estresse incluem os estímulos diversos do próprio ambiente da UTIP, relacionados às injeções, sons dos alarmes dos monitores disparem de repente e de outros equipamentos, observar as oscilações das sondas luminosas do monitor cardíaco, os filhos serem picados, muitas pessoas diferentes falando com o familiar e tubos na criança. BOARD e RYAN-WENGER (2003), em um outro estudo, garantem, além disso, que quanto maior o tempo de hospitalização, maiores serão os efeitos sobre as famílias, assim como o efeito sobre as mudanças comportamentais das crianças e a necessidade de modificação na forma dos pais lidarem com elas.

As autoras, ao pesquisarem sobre os efeitos da experiência de pais, em longas hospitalizações e sobre a adaptação da família em UTI, utilizaram-se de delineamento longitudinal e correlacional por três grupos amostrais de pais participantes (hospitalizados em UTIP, hospitalizados em enfermaria de pediatria e de crianças enfermas não hospitalizadas), em quatro momentos distintos: durante a hospitalização / visita familiar, entre uma a duas semanas após a alta do setor, de seis a oito semanas após a alta do setor e cinco a seis meses após a alta do setor . Este desenho de estudo foi utilizado para verificar se as percepções de pais são singulares durante a experiência de hospitalização em UTIP. A amostra compôs-se por conveniência e cada grupo teve a participação inicial de 31 famílias de crianças de cinco ou menor idade. Os instrumentos aplicados foram: PSS: PICU para os grupos hospitalizados; *Sympton Checklist-90 Revised* (SCL-90-R), para avaliar o grau de sintomas de estresse; *Family Assessment Measure III* (FAM III), para medir o funcionamento familiar e o instrumento *Family Inventory of Life Events and Changes* (FILE) para identificar os eventos de vida que as famílias haviam passado. O estudo apresentou limitações como perdas amostrais, ao longo da coleta de dados e pelo número reduzido dos pais participantes e, por este motivo, somente as mães foram consideradas na amostra. Os resultados recomendaram que os sintomas de estresse das mães de todos os grupos foram mais prevalentes do que uma amostra normativa (referência de estudo de comparação) e perceberam suas famílias como disfuncionais após a alta do hospital, sendo que não houve diferença significativa para estes aspectos nos três grupos de mães. Concluiu-se pela sugestão de que os pais ainda apresentam sintomas de estresse e dificuldades quanto ao funcionamento familiar após seis meses do evento de doença de suas crianças (BOARD e RYAN-WENGER, 2003).

No que concerne ainda sobre os efeitos de longo prazo da hospitalização em UTIP, o tempo de estadia prolongada e os conflitos conseqüentes neste local merecem também consideração, como já comentado em estudos anteriormente relacionados neste trabalho. Para STUDDERT et al (2003) determinar a freqüência, as fontes, os tipos e os preditores dos conflitos envolvidos nos cuidados de pacientes de UTIP, com estadia prolongada, referiram os objetivos do estudo realizado em um hospital terciário de Boston. Fizeram parte desta pesquisa de delineamento de caso-controle, por um período de onze meses, familiares de 110 pacientes que permaneceram hospitalizados em média de

19,5 dias (critério de estadia prolongada correspondeu à hospitalização acima de oito dias) e médicos, enfermeiros intensivistas responsáveis pelos cuidados de cada paciente no dia de plantão destes cuidados. Os dados foram coletados pelo meio de entrevistas estruturadas realizadas em dois momentos: imediatamente após o paciente ser identificado pelos critérios do estudo (aproximadamente no nono dia de hospitalização) e sete dias após a alta hospitalar ou morte do paciente.

A pesquisa apresentou a definição de conflito: uma situação de disputa, desentendimentos ou diferenças de opiniões relatadas ao membro da equipe de saúde responsável pelos cuidados ao paciente, envolvendo mais de um indivíduo e requerendo alguma decisão. Foram identificados 55 conflitos e praticamente metade de toda amostra apresentaram conflitos associados aos seus cuidados, sendo que 66% faziam referência entre a equipe de saúde e os familiares, apresentando preditores como comunicação ineficiente em termos da compreensão dos problemas e prognósticos envolvendo os pacientes; indisponibilidade dos pais; desacordos quanto ao plano de cuidados; enfrentamento de problemas de ansiedade, raiva dos familiares; fontes misturadas, disfunção familiar, tomadas de decisões e pais muito jovens. Em relação aos conflitos entre a própria equipe de saúde, 39% foram também coligados a problemas de comunicação; desacordos quanto ao plano de cuidados; falta de coordenação; indisponibilidade e falta de liderança. Nas questões de conflitos entre os familiares que equivaleram também a 39% da amostra e fizeram referência ao desacordo em relação ao tratamento das crianças. Os autores relatam que devem existir esforços para reduzir e gerenciar os conflitos quanto à sensibilidade e fatores de riscos envolvidos nos cuidados críticos que exigem uma criança hospitalizada neste setor, especialmente no caso de longas hospitalizações (STUDDERT et al, 2003).

Frente às advertências relacionadas e descritas até então, mostram-se necessários estudos que identifiquem tanto a natureza dos inúmeros conflitos decorrentes de ambientes de cuidados intensivos, assim como das reações de familiares nestes contextos frente ao impacto de sua saúde mental, para tanto, o próximo tópico discorrerá sobre este assunto.

Saúde Mental – Cuidadores de Pacientes Hospitalizados

O suporte social advindo de várias áreas pode auxiliar na promoção da melhoria na qualidade de vida, manutenção da saúde mental frente às situações de estresse, além de ter de grande importância à adequação dos comportamentos entre mães-filhos (RODA e MORENO, 2001). Além disso, o suporte familiar compreendido com uma extensão do suporte social vem sendo aplicado, segundo ZABRISKIE e McCORMICK (2001), nas ciências comportamentais e sociais, no tocante aos conflitos e situações de crises que demandam dos membros familiares e das mudanças sociais que sofrem.

No campo da saúde, notadamente observou-se, nos achados literários já relacionados neste trabalho, que situações de conflitos e reações emocionais e/ou comportamentais ocorrem prevalentemente em circunstâncias de cuidados críticos à saúde e podem acarretar transtornos de saúde mental.

Efeitos do estresse sobre a sintomatologia depressiva há muito foram estudados, bem como sua relação direta com o baixo nível de suporte social de quem experimenta esta conjuntura. ANESHENSEL e STONE (1982) pesquisaram três amostras da população em geral nos EUA, relacionando eventos de vida ao suporte social e estresse, tomando a depressão como variável dependente de ambos. Concluíram que o suporte neste paradigma é essencialmente um moderador do estresse, que esta estricção tem uma positiva associação com a sintomatologia depressiva e de que esta relação independe se o nível de suporte social é baixo ou alto. Estes comentários também são confirmados por HAWKINS et al (1999) que asseguram sobre a necessidade de intervenções psicossociais junto à sintomatologia depressiva e de que o suporte social provisiona condições sociais para a intervenção à depressão.

Respostas comportamentais de membros familiares (uma amostra de conveniência de 52 participantes) durante hospitalizações de pacientes com doenças críticas em UTI foram avaliadas pela escala *Iowa ICU Family Sacale* (IIFS), diariamente durante a primeira semana de internação (HALM et al, 1993). Este questionário mede atividades em geral (de sono, comer, papel familiar, comportamentos de suporte) e os locais analisados foram: UTI Neonatal, UTIP, UTI Adulto-Cirúrgica, UTI Adulto-Geral e UTI Cardíaca. Os

dados obtidos advertiram para uma diminuição dos comportamentos de comer, acréscimo de atividades não habituais e diminuição das habituais, surgimento de náusea e insônia, aumento do consumo de cigarros, bebidas alcoólicas e necessidades de medicamentos diversos, assim como passar a maior parte do tempo visitando o paciente ou esperando para vê-lo. Reações de estresse mantiveram-se altas desde o momento da admissão e atingiram seu pico no sexto dia. Concluem que a avaliação deve ser realizada para membros familiares brevemente, logo após a admissão em unidades de cuidados críticos, pelo alto risco no comprometimento de sua saúde mental.

Mudanças em cuidadoras quanto aos seus comportamentos de indicação de saúde e na saúde familiar, de crianças hospitalizadas em UTIP, de um centro terciário foram investigadas por TOMLINSON et al (1995). A amostra compreendeu 20 familiares que foram examinados em relação a relatos de mudanças físicas, saúde mental, papel e funcionamento social e alterações em comportamentos considerados saudáveis entre o terceiro e sétimo dia após a internação e nove semanas após a alta hospitalar, por meio do instrumento *Medical Outcomes Study Short-Form-General Health Survey* (MOS) para a medida de saúde geral, com sub-escalas para os aspectos anteriormente mencionados. Observou-se por meio das medidas um declínio nos escores da saúde mental das cuidadoras, embora nas duas medidas os resultados indicassem comprometimento significativo deste aspecto avaliado. Nas mudanças de *status* de saúde familiares, 70% dos participantes apresentaram condições de infecções, dores de cabeça, úlceras e problemas na pele, na segunda medida. Dentre as alterações nos comportamentos de saúde dos familiares estavam mudanças no sono e alimentação que apresentaram uma correlação positiva com as pontuações da saúde mental materna. Quanto ao funcionamento familiar e social não houve diferenças significativas e os resultados apontam também que as mudanças na saúde mental das mães também não foram significativas quando comparadas à saúde dos demais membros familiares, mas apenas quando associadas à cronicidade do quadro clínico das crianças. Sugere-se que o risco para a alteração de comportamentos desta amostra possa estar relacionado à vulnerabilidade para problemas de saúde em situações de cuidados críticos para com a saúde.

Considerando que cuidadores de pacientes hospitalizados em UTI observam, na maior parte das vezes, mudanças comportamentais nestes, no momento internação neste local e frente ao quadro clínico que apresentam, mostra-se interessante, desse modo, referenciar literaturas a respeito deste assunto, especialmente como os cuidadores são afetados nas ocasiões nas quais o familiar sob seus cuidados apresenta reação depressiva.

MUSCROFT e BOWL (2000) afirmam que o impacto da depressão em indivíduos deprimidos, sobre cuidadores e outros membros familiares, além dos profissionais da área, podem trazer implicações para o suporte oferecido para estas pessoas. Inspirados por contatos clínicos com clientes apresentando depressão, focaram entender como as pessoas nestas circunstâncias são afetadas. Levaram em consideração seguintes questões: como as famílias avaliam a depressão, como a vida familiar emocional é afetada nesta situação, como são as experiências de cuidadores com profissionais de saúde mental, quais os fatores que assistem estes familiares para a busca de ajuda e qual o seu papel para a orientação dos envolvidos. Neste estudo, um questionário foi utilizado para informar os cuidadores de pessoas depressivas e identificar possíveis participantes para uma entrevista estruturada pelos autores a respeito de: sua vida após a depressão, se era a primeira ocorrência da doença como experiência de cuidado, ajustamento, recidivas do quadro clínico do paciente/familiar sob seus cuidados, familiaridade com a situação, paciente e um resumo de sua experiência de cuidados neste caso. Havia 31 voluntários (apenas 60,7% dos questionários enviados, retornaram), mas participaram efetivamente apenas dez familiares. Os achados sobre a noção de suporte para pessoas depressivas indicam que estes cuidadores representam um grupo de risco, pelas oportunidades de suportes para as quais tinham acesso; pela solidão em não se sentir à vontade por dividir sua experiência com outros, por temer ser estigmatizado; pelo estresse vivenciado por toda a situação de cuidado e uma desestabilidade cognitiva; por se sentir a causa em algumas vezes da depressão do familiar de cuidado. No caso de familiares de crianças nestas condições, as reações na maioria das vezes apresentam-se como medo e sobre questionamentos a respeito do que podem fazer por seus filhos nestas condições, representando um estresse a mais para o cuidador.

Mostra-se indispensável, para BRANNAM e HEFLINGER (2001), que sejam distinguido o modelo de relações utilizadas por pais com suas crianças, da família entre si e das variáveis de cuidados envolvidas para a determinação da diferença entre a pressão que

os cuidadores sofrem e o sofrimento psicológico apresentado nas atividades de cuidados. Uma amostra 514 mães, com idade variando entre 20 e 62 anos, de crianças de um serviço de saúde mental dos EUA, participaram da pesquisa, sendo a maioria das crianças, do sexo masculino, 61% e com média de idade de treze anos. Um dos instrumentos utilizados referiu-se a um questionário, a respeito dos cuidadores pelas pressões recebidas frente aos cuidados ministrados, sintomas das crianças e pontuação sobre o funcionamento familiar, para possível indicação de problemas em outras áreas, além da avaliação de suporte social e de recursos materiais recebidos. Para as medidas das crianças e de seus familiares foram utilizados os instrumentos: *Child Behavior Checklist* (CBCL), para investigação da sintomatologia das crianças; *Family Inventory of Life Events* (FILE), para os estudos dos estressores vivenciados pelas mães; *Family Assessment Device* (FAD), como indicadores do funcionamento familiar para a resolução de problemas; *Family Resource Scale* (FRS), para a adequação dos recursos materiais relatados; *Family Index of Regenerativity and Adaptation-General* (FIRA-G), para o suporte social; e *Brief Symptom Inventory* (BSI), para a avaliação do fator crise.

Os efeitos resultantes do estudo sugerem a confirmação da hipótese da pesquisa, em relação à existência de uma distinta correlação entre pressão e aflição ou angústia apresentadas pelas mães nos cuidados de suas crianças, pois sugerem que os sintomas demonstrados pelas crianças são os melhores preditores para a pressão experienciada em sua relação com as cuidadoras. Em contrapartida, outros eventos estressores de vida familiar afetam respostas de angústia e aflição, sendo que os estressores que pressionam as cuidadoras foram significativamente altos nas famílias com poucos recursos materiais, sentindo estas, a falta de amigos ou da comunidade para apoiá-los - o funcionamento familiar não parece influenciar ambas as questões. Indicou-se que mostra ser imperativa a ocorrência de estudos longitudinais para melhor consideração do papel das famílias no tratamento de crianças com problemas emocionais e/ou comportamentais, juntamente com a atenção sobre o impacto destas situações na saúde mental dos cuidadores (BRANNAM e HEFLINGER, 2001).

Sendo a mãe, o cuidador primário prevalente nas situações de atenção junto aos familiares, especialmente às crianças enfermas, BURKE (2003) relata que a depressão, como um distúrbio psiquiátrico e reação ao estresse, mostra-se como um forte choque para

as relações familiares. Baseado em um estudo de revisão da literatura, o autor atesta que a depressão se faz muito comum em mulheres, como mães recentes. Atenta para que, se recorrente, pode tomar um curso crônico, podendo estar associado ao contexto social e fatores genéticos. Propõe que seus efeitos negativos repercutem sobre a criança, parceiros afetivos e na própria família. No caso das crianças com cuidadoras deprimidas, podem apresentar em seus comportamentos déficits sociais, psicológicos e cognitivos e aumentam o risco para que se deparem o mesmo quadro ou distúrbios de conduta.

Tomando-se por base o que este autor relata, pode-se questionar sobre os possíveis efeitos de mães perturbadas, pelo momento de hospitalização de suas crianças em UTIP, ou ainda de familiares que acompanham os cuidados de doenças crônicas em suas crianças. Nestas situações de crise e estresse, as cuidadoras podem desenvolver e manifestar sintomatologias variadas que podem comprometer sua saúde mental e, conseqüentemente, os cuidados que possam oferecer ao filho, ou até mesmo com familiares adultos.

MAJOR (2003) refere que ao publicar o processo da aplicação de um treinamento de pais nos cuidados às crianças cronicamente enfermas, além de ajudá-los com estas preocupações, pode-se prevenir o risco do comprometimento da saúde física e mental destes familiares. Crianças em condições crônicas de saúde apresentam inúmeras limitações em suas vidas diárias (como obstáculos para as funções apropriadas para sua idade, desfiguramento, dependência de tecnologias médicas, medicação, dietas especiais etc.). O estresse e a pressão sofridos pelos pais aumentam, resultando parte das vezes em discórdias conjugais, negligência nos cuidados às crianças, depressão e outros problemas psicológicos que comprometem ainda mais a saúde das crianças.

Afirmam AZOULAY et al (2003) que acompanhar membros familiares em sua participação nos cuidados de pacientes críticos em UTI pode melhorar a qualidade das experiências destas famílias. Portanto, os pesquisadores tiveram como objetivo a investigação das opiniões sobre a participação de familiares em 126 UTIs na França, num total de 544 participantes (familiares e amigos que visitavam os pacientes também participaram da pesquisa). Um médico responsável por cada unidade ficou responsável pela coleta dos dados e utilizou os instrumentos: *Critical Care Family Needs Inventory*

(CCFNI), em relação às suas opiniões e necessidades e *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), para a avaliação de ansiedade e depressão nos familiares. A média de idade dos pacientes foi de 61 anos, enquanto que a média de hospitalização correspondeu a nove dias; 61,9% da amostra eram homens. Carência de compreensão do diagnóstico, prognóstico ou tratamento foi notado em 34,7% da amostra; enquanto que 33% não compreenderam os mesmos aspectos. A escala HADS identificou que 73,3% dos familiares apresentaram sintomas de ansiedade e 35,3%, depressão, associados à percepção de informações dúbias e tempo extenso pela espera de informação. As opiniões sobre a participação dos familiares junto aos cuidados dos pacientes foram verificadas por meio de um questionário estruturado pelos autores, por 2.500, aproximadamente, profissionais da equipe de saúde. Sentiram que os familiares poderiam participar dos cuidados na presença de um membro da equipe, 88,2% e 67,5% se recebessem instruções para atividades de banho, alimentação e sucção traqueal. Contudo somente 60,7% tinham algum envolvimento ou conhecimento dos familiares. Quanto aos membros familiares, apenas 33,4% tinham o desejo de participar dos cuidados aos pacientes. Concluiu-se que apesar de grande parte da equipe de saúde considerar possível a participação de familiares nos cuidados dos pacientes, observou-se recusa por parte dos mesmos pela atividade e os estímulos ambientais parecem ter influência neste comportamento.

Informam MITCHELL e COURTNEY (2004) que a ansiedade referida pelos familiares de indivíduos hospitalizados em UTI e UTIP diz respeito às incertezas como, por exemplo, compreender o motivo de estada neste local, à doença, prognóstico do quadro clínico, situações do tratamento, ajudar o paciente em seus cuidados entre outros. Comportamentos de hipervigilância e constantes questionamentos podem implicar ainda mais na redução da saúde física e mental dos familiares. Os autores confirmam que o suporte social tem um positivo efeito na redução destas implicações e que se familiares não forem atendidos em suas necessidades, certamente implicarão em comprometimentos posteriores à alta da unidade ou mesmo a hospitalar.

Com este intuito, REES et al (2003) pesquisaram, no decurso de um estudo de coorte, em um hospital de Londres, a possibilidade de morbidade de transtornos psiquiátricos em crianças hospitalizadas em UTIP e em seus pais, após a alta hospitalar.

Para tanto, compararam o grupo de pais deste local com o de crianças hospitalizadas em enfermaria de pediatria, para investigar se a admissão em UTIP apresenta um grande risco para morbidade psiquiátrica. A hipótese do estudo disse respeito à associação na admissão em UTIP e aos procedimentos invasivos médicos realizados prontamente nas intervenções e suas implicações na saúde mental das crianças e familiares. Foram avaliadas 35 crianças e seus respectivos cuidadores familiares na UTIP e 33 participantes na enfermaria de pediatria, entre seis a doze meses após a alta hospitalar. Além de entrevistas estruturadas aos participantes, as crianças foram investigadas em relação à existência de experiências traumáticas, o funcionamento comportamental em termos de problemas de conduta, emocional, hiperatividade, sintomas depressivos, de ansiedade e somatizações. Para os familiares, os seguintes questionários foram usados: IES, para a existência de eventos traumáticos; *General Health Questionnaire*, também para distúrbios psiquiátricos e *Hospital Anxiety and Depression Scale*, especificamente para ansiedade e depressão.

Não houve diferença entre as características dos dois grupos, sendo a amostra da UTIP composta por 35 crianças e seus respectivos familiares (mesmo número) e na enfermaria de pediatria, de 33 participantes. Após a alta hospitalar, observaram-se mudanças de condutas nos comportamentos das crianças hospitalizadas em UTIP, como evitar lugares ou pessoas e esquivar-se de situações, conversas que mencionassem hospitalização, doença e irritabilidade. Quanto ao ajustamento dos pais, os sentimentos de vulnerabilidade eram maiores para pais da UTIP do que da enfermaria, no momento da admissão hospitalar, e apresentaram alto risco para o desenvolvimento de seqüelas psicopatológicas, confirmadas pelos sintomas de ansiedade e depressão constatados neste grupo, após a alta e de somatizações em suas crianças. Estes resultados sugerem ser a UTIP bem mais estressante, sendo que a percepção da gravidade da doença, perigo, ameaça à sua vida (mudanças) ou à vida da criança e hospitalizações prolongadas consistem nos fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos, inclusive para a sintomatologia de transtorno de estresse pós-traumático, altamente significativa para a amostra da UTIP deste estudo (REES et al, 2003).

Feitos os apontamentos da literatura relacionada e que pautaram a elaboração deste trabalho, foram levantadas hipóteses de que a percepção de suporte familiar das mães estaria diretamente relacionada às variáveis relacionadas à internação; de que os diversos

momentos relacionados à trajetória da internação, alta e pós-alta hospitalares estariam associados com a variação da saúde mental das participantes, levando-se em consideração a teoria da crise. Esperava-se que a saúde mental fosse rebaixada em um momento de crise e se amenize com a alta hospitalar e finalmente que as medições referentes à saúde mental e para o suporte familiar estariam associadas, esperando-se correlação positiva. A seguir são apresentados os objetivos do trabalho.

OBJETIVOS



Objetivo geral

Avaliar se a percepção de Suporte Familiar e a Saúde Mental de mães de crianças hospitalizadas em UTI Pediátrica (UTIP) modificam-se durante a internação e após a alta hospitalar.

Objetivos específicos

Avaliar a percepção do Suporte Familiar das mães de crianças hospitalizadas em UTIP em dois momentos durante a internação hospitalar no local.

Avaliar a percepção do Suporte Familiar das mães de crianças hospitalizadas em UTIP em dois momentos, após a alta do local e após a alta hospitalar.

Avaliar a existência de indicativos de transtornos comportamentais e/ou mentais apresentados pelas participantes antes da hospitalização.

Avaliar sintomatologia psiquiátrica (Saúde Mental) das mães de crianças hospitalizadas em UTIP em dois momentos durante a internação hospitalar no local.

Avaliar sintomatologia psiquiátrica das mães de crianças hospitalizadas em UTIP em dois momentos, após a alta do local e após a alta hospitalar.

Comparar se houve modificações quanto à percepção de Suporte Familiar nos quatro momentos de aplicação.

Comparar se houve modificações quanto à apresentação de sintomatologia psiquiátrica (Saúde Mental) nos quatro momentos de aplicação.

Relacionar se a sintomatologia psiquiátrica (Saúde Mental) apresentada está associada ao nível de Suporte Familiar percebido em cada momento da aplicação.

MÉTODO

Delineamento da pesquisa

Levantamento descritivo e longitudinal por meio da comparação de quatro momentos de avaliação.

Local

Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e os descritos a seguir referiram-se à caracterização do local, no momento da elaboração do projeto de pesquisa. Este feito objetivou a coleta de informações para o delineamento e procedimento utilizado no estudo e, para tanto, foram entrevistados o chefe médico da unidade e a assistente social responsável pelo local.

Esta unidade possui dez leitos em alojamento conjunto (permitido somente para o sexo feminino), sendo que 95% das mães permanecem em tempo integral, no ambiente. O tempo médio de hospitalização corresponde a entre sete a dez dias, com crianças na faixa etária compreendida entre zero e 15 anos de idade. Na visita de familiares às crianças é diária e é permitida a presença, além da responsável que permanece no local, de mais dois visitantes no período vespertino, das 16:00 às 17:00 horas.

Caracterização da Amostra – Critérios de Inclusão e Exclusão

O estudo foi realizado com 14 cuidadoras do sexo feminino, sendo 13 mães e uma avó materna, pois, de acordo com a caracterização prévia efetuada no local da pesquisa, como, já fora apontado, o alojamento conjunto permite que somente mulheres permaneçam junto às crianças, durante o processo de hospitalização. Apenas em casos muito específicos, com autorização da enfermeira do setor é que homens podem ser acompanhantes. A coleta de dados por critério de conveniência ocorreu durante o período de Março a Agosto de 2005 e correspondeu ao tempo de seis meses previsto pelo projeto de

pesquisa para a aplicação do procedimento. Todas as participantes eram assistidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Mostra-se necessário apontar que pela caracterização do delineamento utilizado e seus critérios de inclusão – apresentados mais adiante, ocorreu no estudo uma redução da amostra entre os momentos relacionados para coleta de dados, em 37,0% (n=13) do primeiro para o segundo momento; 27,0% (n=6) do segundo para o terceiro momento e do terceiro para o quarto momento, o detrimento do número da amostra deu-se em 6,0% (n=2).

O estudo iniciou-se com 35 participantes que participaram do primeiro momento de coleta de dados, devido ao seu tempo de aplicação correspondente ao período de seis meses para todo o processo de avaliação, de acordo com o procedimento utilizado. Passou para 22 cuidadoras até o segundo momento, no terceiro momento com 16 e finalizou-se a pesquisa com 14 participantes no quarto momento, ou seja, a perda amostral total foi de 60,0% (n=21) do número total de participantes iniciado. Os motivos pautados em relação à redução da amostra foram: 43,0% (n=9) pela alta hospitalar anterior ao segundo momento de coleta de dados; 10,0% (n=2) por período de hospitalização superior a doze dias; 14,0 % (n=3) por óbito da criança e 33,0% (n=7) devido à desistência da mãe em participar da pesquisa, considerados estes dois últimos dados, como perdas amostrais.

Para a composição de toda amostra foram utilizados os critérios de inclusão descritos a seguir.

- a. Faixa etária: adultos (maioridade legal de idade).
- b. Escolaridade: alfabetizada.
- c. Vinculação: mãe ou responsável legal da criança do sexo feminino.
- d. Ser a primeira vez de acompanhamento na internação hospitalar em UTIP e a primeira hospitalização da criança no setor.
- e. O tempo de hospitalização no setor não exceder ao máximo de doze dias ou ser inferior ao mínimo de seis dias no setor, de acordo com o procedimento utilizado de coleta de dados a partir do segundo momento de aplicação dos

instrumentos. Verificar no item - procedimentos - de acordo com os momentos especificados para a coleta de dados, o esclarecimento deste critério.

- f. Moradia: residir na região de Campinas. Considerou-se a extensão da região, visto os atendimentos aceitos pela instituição, compreendendo as cidades de Araras e Amparo, por exemplo, em termos da distância de quilometragem. Portanto, participaram do estudo, 28,58% (n=4) cuidadoras residentes em Campinas, 21,41% (n=3) em Sumaré, sendo o mesmo número para Hortolândia e 7,15% (n=1) respectivamente em Monte Mor, Piracicaba, Amparo e Araras.

Quanto aos critérios de exclusão, foram levados em conta os descumprimentos dos itens anteriormente discriminados. A utilização nos últimos dois meses de algum tipo de medicamento psicoativo, de acordo com a listagem¹ de registros destas drogas no Brasil elaborada por NAPPO e CARLINI (1999), foi conferida por meio dos relatos das participantes, além da referência pelas mesmas de diagnóstico psiquiátrico por um profissional de saúde no mesmo período antes mencionado.

Material

Encontram-se relacionados e descritos todos os instrumentos de avaliação adotados para o procedimento do trabalho, sendo que apenas no primeiro momento foram aplicados os instrumentos em anexo de números um, dois e três. Faz-se relevante apontar que a questão primeira da Entrevista para Rastreamento de Transtornos Mentais e/ou Comportamentais (Anexo 3), também foi aplicada nos demais momentos, com o objetivo de verificar a existência de eventos estressores durante o processo de investigação.

¹ Esta listagem não possui atualização desde a data de sua publicação, de acordo com consulta ao Centro Brasileiro de Informações sobre psicotrópicos – Departamento de Psicobiologia (CEBRID) da Escola Paulista de Medicina (UNIFESP).

1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1) – Apresenta os objetivos, instrumentos e metodologia empregados no estudo em questão. A participante ao assinar este termo mostrou-se de acordo com os propósitos da pesquisa, tendo claro que há qualquer momento poderia recusar-se a participar da mesma, segundo os preceitos éticos previstos pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.
2. Ficha de Caracterização (Anexo 2) – Tratou-se de um roteiro de entrevista estruturado pela autora deste trabalho, com questões abertas e fechadas referentes aos dados sócio-demográficos das cuidadoras. Objetivou-se, ainda, averiguar a compreensão das participantes sobre o motivo da hospitalização e dados sobre a doença, além de informações do prontuário de internação hospitalar e quadro clínico da criança, baseado na literatura consultada e experiência profissional na área pela autora. A avaliação do item referente ao quadro clínico das crianças hospitalizadas deu-se em zero ponto para o estado de menor gravidade e um ponto para os que indicavam maior comprometimento para cada estado analisado sendo, portanto, considerado que quanto maior a pontuação, maior seria o comprometimento do quadro clínico em termos de sua gravidade.
3. Entrevista para Rastreamento de Transtornos Mentais e/ou Comportamentais (Anexo 3) – Referiu-se a um roteiro de entrevista composto por treze questões estruturadas de forma semi-aberta, elaborado pela autora do presente estudo. Teve como objetivo, investigar a manifestação de algumas sintomatologias psiquiátricas antes do período de hospitalização, para posterior comparação com o questionário QSG (instrumento descrito proximamente). As questões de número dois, quatro e cinco deste roteiro tiveram função de levantar dados que pudessem excluir a participante do estudo. A primeira e a nona questão foram baseadas no instrumento desenvolvido por SANCHEZ (2004) e referem respectivamente a 17 eventos estressores possivelmente vivenciados pelas participantes no último ano e o nível de estresse percebido no momento. Para os eventos estressores

atribuiu-se um ponto para cada evento confirmado e na questão de intensidade de estresse, a pontuação variou de quatro pontos à resposta estresse excessivo a um ponto para a resposta pouco estresse. A questão de número onze foi construída tendo como base a Entrevista Diagnóstica Internacional Composta – CIDI (OMS, 1997), na qual os itens de um ao vinte e seis estão relacionados à saúde geral; do vinte e sete ao trinta à sintomatologia de fobia e pânico, do trinta e um ao trinta e quatro, a alguns sintomas de ansiedade; do trinta e cinco ao quarenta e sete, em relação à sintomatologia depressiva e do quarenta e oito ao cinqüenta, corresponderam aos sintomas de alterações do estado da consciência. Para cada resposta afirmativa neste instrumento foi atribuído um escore, sendo que o total máximo equivaleria a 50 pontos, para a afirmação de terem experimentado os sintomas que compõem cada uma das categorias de avaliação da saúde anteriormente citadas, no prazo de até um ano atrás, do momento da coleta de dados. Justifica-se a elaboração deste material, diante de uma solicitação do Comitê de Ética, na ocasião da avaliação deste trabalho, pelo número excessivo de questões que as participantes seriam submetidas nos instrumentos padronizados, podendo dessa forma, o tempo excessivo de aplicação dos mesmos comprometer eticamente a qualidade da relação da mãe e o seu filho hospitalizado.

4. Inventário de Percepção de Suporte Familiar² - IPSF (Anexo 4) – É composto por 43 questões e contempla quatro fatores, separados em blocos distintos de acordo com as seguintes nomenclaturas e itens correspondentes: Inadaptação Familiar (1, 6, 7, 8, 13, 16, 18, 21, 22, 28, 33, 34, 37, 40); Afetividade Familiar (4, 9, 15, 24, 25, 26, 27, 36, 38, 43); Consistência Familiar (2, 3, 5, 17, 23, 29, 30, 31, 32, 42) e Autonomia Familiar (10, 11, 12, 14, 19, 20, 35, 39, 41). As questões, todas fechadas, são respondidas em

² Na ocasião da proposição deste estudo ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Unicamp, este instrumento estava em processo de validação (evidências de validade e precisão) pelo Programa de Pós-Graduação Strictu-Senso em Psicologia, com ênfase em Avaliação Psicológica da Universidade São Francisco (USF – Itatiba SP), assim como os dados de análise fatorial. No momento da aplicação de coleta de dados, o instrumento já se encontrava aprovado.

uma escala de três pontos, modelo Likert de sentido e pontuação crescente: 0 = “Quase Nunca ou Nunca”, 1 = “Às vezes” e 2 = “Quase Sempre ou Sempre” (BAPTISTA, 2005). Faz-se relevante mencionar que a primeira dimensão, Inadaptação Familiar pontua-se as respostas em direção oposta das demais dimensões do instrumento, porém a padronização da direção da pontuação foi realizada diretamente na planilha de dados. Sendo assim, indica-se que quanto maior a pontuação no instrumento, melhor a percepção do suporte familiar.

5. Questionário de Saúde Geral - QSG (Anexo 5) – Este último instrumento teve como objetivo indicar a presença e a gravidade de distúrbios psiquiátricos durante a coleta de dados, nos períodos de hospitalização e pós-hospitalização. Refere-se a um questionário adaptado e validado para a população brasileira (PASQUALI et al, 1996) que discrimina a severidade de distúrbios psiquiátricos. Desta forma, caracteriza ausência de saúde mental, apresentada pelo respondente no momento da aplicação, sendo que cinco dimensões específicas de saúde mental, correlacionadas de forma significativa, podem ser avaliadas: stress psíquico, desejo de morte, desconfiança no desempenho, distúrbios do sono e distúrbios psicossomáticos. É composto por com 60 questões fechadas com quatro itens de respostas sobre sintomas psiquiátricos não psicóticos, respondidas em uma escala de quatro pontos, padrão Likert e tem um sentido crescente: 1= “Menos do que do costume” a 4= “Muito mais do que de costume”, com graus intermediários. O ponto de corte para o nível sintomático de distúrbios psiquiátricos para o não sintomático, no sistema padrão de apuração, se situa entre 39 e 40 pontos para a escala de valores zero, um, dois, três e compreende-se, desse modo, que quanto maior a pontuação, pior estará a saúde mental.

Recursos Humanos

Como recurso humano para o processo de coleta de dados deste trabalho, utilizou-se uma psicóloga, como assistente de pesquisa da presente autora, devidamente treinada e orientada quanto às aplicações dos instrumentos e objetivos do estudo. Para sua entrada e permanência durante o tempo de coleta de dados no Hospital das Clínicas da Unicamp foi solicitada a autorização para a Superintendência da instituição, assim como da chefia da unidade, com a exposição dos objetivos e procedimentos empregados no trabalho.

Procedimento

Após a aprovação do projeto do referido estudo pelo Comitê de Ética da Unicamp, o processo de coleta de dados teve início. O processo de levantamento de dados da pesquisa compreendeu quatro momentos de avaliação expostos a seguir. Estes momentos foram discutidos e planejados junto à equipe médica do setor, levando-se em consideração o tempo médio de hospitalização na UTIP e a prevalência dos casos internados (quadros agudos e crônicos).

1º. Momento: após a verificação diária das novas admissões na unidade, por meio dos prontuários das crianças hospitalizadas no setor, a assistente de pesquisa entrava em contato com as cuidadoras a partir do **segundo dia** de internação hospitalar de suas crianças. Feita a constatação dos critérios de inclusão e exclusão do estudo, as cuidadoras eram convidadas a participar da pesquisa. No momento do convite foram apresentados os objetivos e o processo de avaliação do estudo e as que aceitaram, leram juntamente com a assistente de pesquisa e preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Nesta etapa foram aplicados todos os instrumentos anteriormente relacionados e, por medida de conveniência, as aplicações destes obedeceram à ordem sequencial dos instrumentos já relacionados. Para a aplicação, utilizou-se em torno de uma hora e meia, a qualquer hora do dia, com exceção do período de visitas familiares. As participantes puderam responder à pesquisa em momentos que não interferissem nos cuidados oferecidos para com a criança hospitalizada.

- 2º. Momento: as cuidadoras que permaneceram com seus filhos hospitalizados entre o **quinto e o sexto dia** de internação na unidade foram novamente avaliadas pelo IPSF e QSG (tempo médio de aplicação, de quarenta e cinco minutos) e pela lista de estressores naquele momento (primeira questão do anexo 3).
- 3º. Momento: ocorreu geralmente após uma semana, ou seja, **sete dias** após a alta hospitalar, ou para as crianças que permaneceram ainda hospitalizadas na enfermaria de pediatria (**sete dias** após a alta da UTIP) e que não ultrapassaram o período de doze dias de hospitalização na unidade de terapia intensiva, com aplicação novamente dos mesmos instrumentos mencionados no segundo momento. Para as cuidadoras das crianças que tiveram alta hospitalar, neste período, as avaliações ocorreram em suas residências ou por correspondências que foram devidamente respondidas e devolvidas à assistente de pesquisa.
- 4º. Momento: compreendeu a última etapa de coleta de dados, com aplicação dos mesmos instrumentos do segundo e terceiro momento, que foi realizada após o período de **um mês** de pós-alta hospitalar da unidade de terapia intensiva, na residência da cuidadora ou por meio de correspondência.

Comprometimentos Éticos ou Riscos para os participantes

Durante o período de hospitalização, para as cuidadoras que necessitaram de avaliação e intervenção quanto a aspectos observados frente a sua saúde mental e geral foi acionado o Serviço de Interconsultas Psiquiátrica do Hospital das Clínicas da Unicamp. O caso era comunicado à equipe médica da UTIP que, de acordo a proposta previamente deste estudo discutida e acordada com a mesma, acionava o Serviço de Interconsultas Psiquiátricas. Entretanto tal serviço, em todas as vezes que fora acionado, não atendeu às solicitações realizadas, pela existência de uma norma neste serviço, de que a assistência psiquiátrica deve estar a serviço do paciente, no caso a criança e não de seu acompanhante.

Diante desse fato, entrou-se em contato com as psicólogas voluntárias do setor, as quais atenderam às solicitações de atendimentos prontamente. Os encaminhamentos foram realizados com base na avaliação do instrumento QSG (nível superior à medida esperada, escore bruto acima de 39/40 pontos).

Considera-se que esse estudo não ofereceu risco para as participantes. Foram e serão mantidas em sigilo as identidades dos sujeitos e todo o protocolo de avaliação se baseou nas normas éticas do Conselho Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP). Lembra-se ainda que todas as participantes tiveram o direito de recusar-se a dar continuidade no estudo, ou mesmo deixar de responder às questões, como um dos dados apresentados no esclarecimento da perda amostral ou mesmo que lhe causassem constrangimentos.

RESULTADOS



MÉTODO DA ANÁLISE ESTATÍSTICA

Inicialmente, os dados relacionados no presente estudo apresentam-se descritos com a utilização do programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 13, na seqüência utilizaram-se três testes, não paramétricos, ou seja, testes que independem de distribuições populacionais e de parâmetros associados. Dentre os testes não-paramétricos foram empregados: Mann-Whitney (U), Teste de Correlação de Spearman (r) e teste de Friedman (χ^2_r) e, o nível de significância escolhido foi o de $p \leq 0,05$.

O teste U de Mann-Whitney foi utilizado para verificar se existe ou não diferença entre as amostras, em relação as variáveis de caracterização. Medir a correlação entre duas variáveis (X e Y), na qual os dados podem ser ordenados de acordo com sua grandeza ou importância correspondeu à aplicação do teste de Correlação de Spearman(r). Para avaliar a variação de medidas no tempo, em uma amostra dependente, usou-se o teste de Friedman (χ^2_r), numa distribuição não-normal, com escala numérica ordinal.

A partir de então, realizou-se uma comparação das variáveis pesquisadas entre os momentos de aplicação e para tanto, empregaram-se os testes estatísticos de acordo com as seguintes análises:

- ✓ Mann-Whitney – avaliar se os resultados (média dos quatro momentos) do IPSF e QSG se diferenciaram, levando-se em conta as variáveis -
 - Idade da mãe (menor que 20 anos e de 21 a 30 anos).
 - Estado civil da participante (solteira e casada).
 - Escolaridade da mãe (ensino fundamental completo/incompleto e ensino médio ou superior completo/ incompleto).
 - Renda familiar (até dois salários mínimos e de três a cinco salários mínimos).
 - Número de residentes com as participantes (de quatro a seis moradores e de sete a dez moradores).

- ✓ Friedman – para comparação nos quatro momentos para o -
 - IPSF, comparação das possíveis variações nas quatro aplicações, considerando-se cada dimensão do instrumento e média dos escores obtidos nos quatro momentos.
 - QSG, comparação das possíveis variações nas quatro aplicações, considerando-se cada dimensão do instrumento e média dos escores obtidos nos quatro momentos.

- ✓ Spearman – para correlação nos quatro momentos entre -
 - Exame Clínico da Criança (primeiro momento) e QSG (primeiro momento) da mãe.
 - Eventos estressores e QSG, para os escores totais de cada variável, em relação aos quatro momentos.
 - Eventos estressores e o IPSF e QSG, para a média geral destes resultados, em relação aos quatro momentos.
 - Intensidade do estresse (primeiro momento) e, o IPSF e QSG, para a média geral destes resultados.
 - Números de sintomas referidos pelas participantes no rastreamento de transtorno mental e/ou comportamental (primeiro momento) e o QSG (primeiro momento).
 - IPSF e QSG, para a soma total dos seus resultados.

Os resultados das avaliações estão apresentados por tabelas e descrição dos dados, por assuntos referentes à análise descritiva por meio da caracterização da amostra, dos dados sobre o quadro clínico dos pacientes, rastreamento de transtornos mentais e/ou comportamentais das mães e, da análise inferencial dos resultados em geral, para posterior discussão das medidas no próximo capítulo.

Para tanto, as tabelas de número um, ao número doze, referem-se à análise descritiva, sendo importante ressaltar que para as variáveis avaliadas que não apresentaram mais de três opções de respostas foram geralmente apenas relacionadas e descritas, sem a presença de tabelas, com exceção para alguns resultados, para melhor organização e visualização dos resultados apurados para o leitor. A partir da tabela 13 até a de número 26, os dados correspondem à análise inferencial.

ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS

Caracterização da Amostra

Os dados sócio-demográficos das mães demonstram que em relação à idade 64,0% (n=9) compreendeu a faixa etária entre 18 e 30 anos, seguido por 36,0% (n=5) entre 31 e 50 anos, sendo que a média de idade correspondeu a 30,85 anos de idade, aproximadamente.

Sobre o estado civil das participantes, 57,1% (n=8) eram casadas ou amasiadas e 42,9% (n=6) eram solteiras, sendo que nesta última classificação enquadram-se também as viúvas e divorciadas. Cabe ressaltar que dentre as participantes casadas, para duas delas o tempo de união era de 1-3 anos, para 25% (n=2), entre 4-7 anos e 50% (n=4), entre 16-19 anos. Considera-se ainda importante fornecer informações obtidas em relação à escolaridade dos companheiros deste grupo amostral: 42,86% (n=6) sem escolaridade alguma e 57,14% (n=8) possuía apenas o ensino fundamental incompleto ou completo. Quanto à ocupação dos mesmos, 75% estavam empregados e apenas 25% (n=2) encontravam-se desempregados.

A escolaridade das mães demonstra que 71,6% (n=10) possuíam apenas o ensino fundamental incompleto ou completo e 28,4% (n=4), o ensino médio ou superior completo/incompleto; demonstrando desse modo que as participantes da pesquisa, geralmente, apresentaram escolaridade básica, ou seja, apenas o grau fundamental de ensino.

Relacionado à questão trabalhista das mães, 57,1% (n=8) trabalham fora e 42,9% (n=6) eram responsáveis pelos trabalhos domésticos. No tocante às ocupações, foram relatadas as seguintes: gerente de loja, balconista, empregada doméstica, ajudante de cozinha, auxiliar de produção, separadora de material de reciclagem e auxiliar de limpeza, sendo a porcentagem correspondente para cada ocupação 14,28% (n=1). Em relação à responsabilidade financeira pelo sustento familiar, 71,4% (n=10) das participantes não eram responsáveis pelo sustento financeiro de seus familiares, sendo outro integrante da família responsável por tal atividade; enquanto que 28,6% (n=4) relatou responsabilizar-se financeiramente pelo sustento familiar.

Das participantes que trabalham fora, em 50% (n=3) dos casos, os filhos ficam com os avós e/ou na escola e para a outra metade, os filhos ficam em casa e são cuidados pelos irmãos mais velhos. Os dados coletados evidenciam que 78,6% (n=11) da amostra possuíam entre um e três filhos e 21,4% (n=3) mais que três filhos. De toda a amostra, 57,1% (n=8) possuía crianças menores de sete anos em casa, estando responsáveis por elas durante sua permanência na hospitalização: os avós (50%, n=4), pais (25%, n=2) e até mesmo os irmãos mais velhos (25%, n=2).

Quanto à renda familiar mensal, 64,0% (n=9) da amostra tinha renda acima de três salários mínimos, seguido por 36,0% (n=5) que ganham até dois salários mínimos. Em complementação, em relação à ajuda financeira de terceiros no sustento familiar, apenas 28,6% (n=4) do total da amostra afirmou receber auxílios, como: 25,0% (n=1) para doença da criança, 25,0% (n=1) auxílio financeiro da mãe da participante, 25,0% (n=1) bolsa família e 25,0% (n=1) Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI).

Considera-se importante também acrescentar que em relação à moradia dos familiares, 50% (n=7) residiam em casa alugada, 28,58% (n=4) em outros (como casa emprestada por algum familiar ou pessoas conhecidas ou até mesmo no próprio local de trabalho) e apenas 21,42% (n=3) tinham casa própria. Relacionado à religião das mães, 57,1% (n=8) eram católicas e 42,9% (n=6) seguiam a doutrina evangélica.

Em relação ao gênero dos pacientes, observou-se que a frequência foi igual para ambos os sexos, 50,0% (n=7) do sexo masculino e a outra metade da amostra era do sexo feminino. A tabela 1 refere que a maior prevalência foi de 42,4% (n=6), para pacientes que tinham até seis meses de vida, seguidos por 21,3% (n=3) que compreendeu crianças com faixa etária de até um ano até oito anos de idade, respectivamente.

Tabela 1 – Faixa Etária do Paciente

Faixa Etária	F	F%
Até 6 meses	06	42,4
Acima de sete meses até 1 ano	03	21,3
Acima de 1 ano até 3 anos	01	7,1
Acima de 3 anos até 8 anos	03	21,3
Acima de 8 anos até 15 anos	01	7,1
Total	14	100,0

Em relação ao número de moradores na casa das participantes, pôde-se observar que 78,6% (n=11) das participantes residiam com quatro a seis pessoas e 21,4% (n=3) da amostra morava com sete a dez moradores. Faz-se relevante mencionar que prevalentemente para esta amostra, os familiares que moravam na residência das participantes eram: 43,0% (n=6), o marido ou amasio e filhos; 28,5%(n=4), a mãe da participante e em alguns casos também foram relatados como residentes, além destes já citados, irmãos, primos, sobrinhos e netos 28,5% (n=4), não se excluindo, portanto, para este último grupo, a participação dos membros familiares relacionados nas duas primeiras categorias.

Referente à consideração do número de pessoas percebidas quanto ao oferecimento de suporte familiar, no primeiro momento da coleta de dados pelas mães, verificou-se a presença de dois grupos, sendo que 64,0% (n=9) da amostra percebia o suporte de uma a cinco pessoas, enquanto 36,0% (n=5) tinha a mesma percepção, dentre seis a dez pessoas de seu convívio. Independentemente da quantidade de indivíduos percebidos como suportivos, foram citadas pessoas como marido/namorado, filhos, mãe, pai/padrasto, avós, irmã/irmão, sogra, cunhada, tias, vizinhas e amigos e notou-se dessa

forma, em ambos os grupos, a presença de pessoas que não fazem parte do núcleo familiar das participantes. No entanto, em 71,4% (n=10) dos casos, a mãe da participante foi apontada como presente e importante no suporte familiar; seguida por 57,14% (n=8) em referência ao companheiro da participante (marido/namorado) e 42,8% (n=6), pelos filhos das participantes.

Dados sobre o Quadro Clínico – (Primeiro Momento)

Os dados coletados no primeiro momento demonstraram que 100% (n=14), ou seja, a totalidade da amostra relatou estar ciente sobre o motivo da internação, hipótese diagnóstica e quanto à descrição da doença, havendo apenas uma variação na maneira, de como cada participante relatou estes dados, de acordo com sua condição educacional.

Tabela 2 - Motivo da internação/ Hipótese Diagnóstica

Motivo da Internação / Relato Mães	F	F%	Hipótese Diagnóstica / Dados Prontuários	F	F%
Problemas pulmonares	05	35,7	Complicações pulmonares	04	28,5
Problemas renais	04	28,5	Complicações renais	04	28,5
Problemas cardíacos	02	14,3	Complicações cardíacas	03	21,5
Problemas gástricos	02	14,3	Complicações gástricas	02	14,3
Problemas oftalmológicos	01	7,2	Complicações oftalmológicas	01	7,2
Total	14	100,0	Total	14	100,0

Em relação ao motivo da internação dos filhos, conforme apresenta a tabela 2, 35,7% (n=5) das mães relataram ser por problemas pulmonares (bronqueolite e pneumonia); 28,5% (n=4) por problemas renais (disfunções relacionadas ao trato urinário e transplante renal); 14,3% (n=2) problemas gástricos (varizes esofágicas e cisto de colédoco); 14,3% (n=2) tinham problemas cardíacos (cirurgia cardíaca) e 7,2% (n=1) possuía problemas oftalmológicos (infecção de fundo de olho). Os dados sobre as hipóteses diagnósticas das crianças hospitalizadas, conferidos em seus prontuários na mesma ocasião revelaram que 28,5% (n=4) apresentavam quadros clínicos pulmonares (bronqueolite e

pneumonia); 28,5% (n=4) quadros clínicos renais (transplante renal, cirurgia de ampliação de bexiga, insuficiência renal e síndrome nefrítica/nefrótica); 21,5% (n=3) possuíam quadros clínicos cardíacos (tetralogia fallot, transposição de grandes vasos e miocardite); 14,3% (n=2) quadros clínicos gástricos (cisto de colédoco e hemorragia digestiva alta por varizes esofágicas) e 7,2% (n=1) apresentou problemas oftalmológicos (infecção de fundo de olho).

Relacionado ao tipo de procedimento, ao qual a criança hospitalizada foi submetida, 64,3% (n=9) estava na UTIP, para tratamento clínico, enquanto 35,7% (n=5) encontrava-se internada no setor, devido a realização de procedimento cirúrgico, de acordo com os dados obtidos nos prontuários, checados e confirmados pelas participantes.

No que se refere às informações recebidas pelas participantes, analisou-se que 92,9% (n=13) da amostra obteve o conhecimento sobre o motivo da internação e do diagnóstico dos filhos pelos médicos do setor e 7,1% (n=1) relatou ter recebido a informação destes dados, tanto pelos médicos, quanto da equipe de enfermagem. De acordo também com a coleta de dados no segundo dia de hospitalização, 100% (n=14) da amostra referiu que os demais familiares tinham conhecimento sobre o estado de saúde do paciente durante a hospitalização.

A amostra em sua totalidade relatou estar satisfeita com os profissionais do setor, referenciando grande interação por parte da equipe de saúde, junto aos familiares dos pacientes internados, no momento da primeira medida de coleta de dados.

Tabela 3 - Expectativas das Participantes frente à doença e ao tratamento

Expectativas	F	F%
Melhora do paciente	09	63,7
Melhora do paciente pela crença na fé em Deus	03	22,3
Cuidados redobrados	02	14,0
Total	14	100,0

Em relação às expectativas frente à doença e ao tratamento dos pacientes, verificou-se por intermédio da tabela 3, que 63,7% (n=9) das participantes relataram esperar a melhora do paciente, seguido por 22,3% (n=3) que acreditavam na melhoria de sua criança, através da crença em Deus e 14,0% (n=2) disseram que os cuidados após a alta hospitalar seriam redobrados para que não necessitassem de novas hospitalizações.

Quanto à expectativa de melhora do paciente, os motivos relatados envolviam as seguintes justificativas: 33,3% (n=3), cura da doença; 22,2% (n=2), sair da UTIP e 11,1 (n=1) respectivamente diante das respostas para a criança recuperar o controle de esfíncter (deixar de usar fralda) e o retorno da criança, às suas atividades diárias. A categoria que relacionou os cuidados redobrados apontou como motivos a atenção em relação à alimentação do paciente e, para não mais deixar a criança sem tratamento e 35,7% (n=5) das demais participantes não justificaram suas respostas.

Tabela 4 - Estado Clínico do paciente – Gravidade do Quadro Clínico

Estado Clínico	Pontuação por paciente	
Sedado – Sim	F	F%
	06	42,9
Total	14	100,0
Intubado – Sim	F	F%
	04	28,6
Total	14	100,0
Respostas ao Comando Verbal (RCV) – Sim	F	F%
	08	57,2
Total	14	100,0
Abertura Ocular Espontânea (AOE) – Sim	F	F%
	11	78,5
Total	14	100,0
Respostas Estímulos Dolorosos (RED) – Sim	F	F%
	10	71,4
Total	14	100,0
Consciente - Sim	F	F%
	08	57,2
Total	14	100,0
Coma – Sim	F	F%
	00	0,0
Total	14	100,0

O exame clínico total demonstra a gravidade do quadro do paciente, sendo que este escore obtido (para o cálculo inferencial) refere-se para um ponto em relação a cada item positivo para o comprometimento da saúde das crianças, a partir dos dados de seus prontuários como, por exemplo, estar intubado, sedado; não responder aos estímulos de comando verbal; não apresentar abertura ocular espontânea e resposta a estímulo doloroso; estar inconsciente e em coma para as crianças, como relacionado na tabela 4. Quanto maior a pontuação, maior seria a gravidade apresentada pela criança hospitalizada e a variação do escore obtido foi de zero a seis pontos nesta amostra, sendo que a pontuação máxima era de sete pontos para cada item desta categoria. Faz-se necessário ressaltar que os estados de comportamento verbal, estado de orientação e confusão mental não foram avaliados em sua frequência, devido ao fato de 63,7% (n=9) dos pacientes compreenderem até um ano de idade, entendendo-se dessa forma que não se podiam tomar para este grupo, estes critérios de avaliação. Observou-se que 78,5% (n=11) dos pacientes apresentavam abertura ocular espontânea; 71,4 (n=10) respondiam aos estímulos dolorosos; 57,2 (n=8) respondiam aos estímulos de comando verbal e estavam conscientes respectivamente; 42,9% (n=6) estavam sedados; 28,6% (n=4) estavam intubados e paciente algum se encontrava em coma.

Dessa forma, para título de elucidação, constatou-se que 35,8% (n=5) dos pacientes não obtiveram pontuação, seguidos por 28,5% (n=4) que receberam dois pontos e 14,2% (n=2) para apenas uma pontuação, sendo esta relação frequencial considerada para os casos de menor gravidade em função dos escores recebidos. Ponderando-se os casos avaliados como os de maior gravidade, notou que apenas 14,3% (n=2) receberam seis pontos, acompanhados por 7,2% (n=1), respectivamente para cinco e quatro pontos de indicação de gravidade do quadro clínico. Apreciando-se ainda, o número total possível para a pontuação global de estados clínicos de toda a amostra (100%, n=98), foram positivados apenas 23,5% (n=23) pontos, referentes ao comprometimento do estado clínico, para este grupo de pacientes.

Sobre a experiência em relação aos tratamentos anteriores verificou-se que 85,7% (n=12) dos pacientes não haviam passado por hospitalizações antecedentes e 14,3% (n=2) já tinham recebido respectivamente, tratamento anterior no ambulatório de pediatria e na enfermaria de pediatria, no período de até um ano atrás.

Rastreamento de Transtornos Mentais e/ou Comportamentais

Tabela 5 – Eventos de Vida Estressantes

Eventos de Vida	1°		2°		3°		4°	
	momento		momento		momento		momento	
	F	F%	F	F%	F	F%	F	F%
1. Morte de pessoa significativa	07	10,7	00	0,0	00	0,0	00	0,0
2. Separação conjugal	04	6,1	00	0,0	00	0,0	00	0,0
3. Doença grave na família	05	7,7	03	12,4	01	5,9	00	0,0
4. Alteração no n° de pessoas morando em casa	09	14,0	04	16,5	02	11,7	01	6,2
5. Aposentadoria	03	4,6	00	0,0	00	0,0	00	0,0
6. Reconciliação matrimonial	04	6,1	00	0,0	00	0,0	00	0,0
7. Perda de emprego	02	3,1	01	4,1	00	0,0	01	6,2
8. Mudança de emprego	01	1,5	00	0,0	01	5,9	00	0,0
9. Dificuldade de relacionamento no trabalho	03	4,6	00	0,0	00	0,0	00	0,0
10. Acidentes	01	1,5	00	0,0	00	0,0	00	0,0
11. Perdas financeiras	01	1,5	00	0,0	00	0,0	01	6,2
12. Dificuldades sexuais	05	7,7	04	16,4	01	5,9	01	6,2
13. Problemas de saúde	09	14,0	05	20,8	05	29,5	05	34,4
14. Dívidas	03	4,6	03	12,4	03	17,7	02	14,2
15. Mudanças de hábitos pessoais	02	3,1	02	10,0	02	11,7	02	14,2
16. Mudanças de atividades recreativas	03	4,6	02	7,3	02	11,7	01	6,2
17. Mudança de atividades religiosas	03	4,6	00	0,0	00	0,0	01	6,2
Total	65	100,0	24	100,0	17	100,0	15	100,0

Em relação ao rastreamento de transtornos mentais e comportamentais (anexo 3), pode-se observar que o primeiro item deste parâmetro de avaliação, diz respeito para 17 eventos de vida, aos quais cada mãe deveria responder se havia passado por estes acontecimentos ou não no último ano, para os quatro momentos de aplicação. No primeiro momento de coleta de dados em termos das três maiores prevalências notadas, como apresenta a tabela 5, 14,0% (n=9) das participantes haviam passado por alterações no número de pessoas morando em casa; 14,0% (n=9) relataram problemas de saúde e 10,7% (n=7) da amostra referiu a morte de pessoa significativa. No segundo momento, 20,8%

(n=5) da amostra também relatou ainda problemas de saúde; acompanhado por 16,5% (n=4) que expôs dificuldades sexuais; 16,5% (n=4) para alteração no número de pessoas morando em casa e 12,4% (n=3) contou como evento ocorrido, doença grave na família e dívidas respectivamente. Considerações sobre os problemas de saúde foram apontadas por 29,5% (n=5) da amostra, no terceiro momento da pesquisa, seguido por 17,7% (n=3) relatou dívidas e 11,7% (n=2) referiu alteração no número de pessoas morando em casa, mudanças de hábitos pessoais e mudança de atividade recreativa, respectivamente. No quarto momento de coleta de dados, 34,4% (n=5) das participantes apontaram como evento de vida estressante, problemas de saúde, acompanhados por 14,2% (n=2) que relataram dívidas e mudanças de hábitos pessoais; 6,2% (n=1) relataram respectivamente mudanças de atividades recreativas, alteração do número de pessoas residentes em sua casa, perda financeira, dificuldades sexuais e atividades religiosas.

Pode-se observar que durante os quatros momentos de coleta de dados, o número de eventos pelos quais as mães passaram, decresceu e comparando-se aos escores totais possíveis dos eventos para toda a amostra (100%, n=952) na soma das quatro medidas, foram verificados 53,7% (n=65) eventos presentes no primeiro momento, 19,8% (n=24), 16,5% (n=17) e 14,1% (n=15) consecutivamente para os demais momentos e que a somatória dos escores equivaleu para 50,8% (n=121) para todo o grupo amostral que referiu ter passado por ocorrências vitais estressantes. Deve-se atentar para estes dados, que por não se tratar de um instrumento padronizado, as generalizações destes resultados devem ser avaliadas com cautela.

Tabela 6 - Frequência de visitas das Participantes aos profissionais para saúde geral e saúde mental – último ano

Saúde Geral			Saúde Mental					
Médicos	F	F%	Psicólogos	F	F%	Psiquiatras	F	F%
Sim	04	28,6	Sim	01	7,0	Sim	00	0,0
Não	10	71,4	Não	13	93,0	Não	14	100
Total	14	100,0	Total	14	100,0	Total	14	100,0

Os dados da tabela 6 demonstram 71,4% (n=10) das mães não freqüentaram, ou consultaram médicos durante o último ano e os 28,6% (n=4) que procuraram atendimento médico, referiu-se por motivo de gravidez. Com relação à procura pelo psicólogo, a única procura deu-se para 7,0% (n=1), devido a um processo jurídico enfrentado pela mãe da participante. Ressalta-se que participante alguma freqüentou psiquiatra ou fez uso de medicamento psiquiátrico no último ano. Esclarece-se que estes dados não referem ausência de morbidade psiquiátrica, pois esta informação não foi identificada pelas participantes.

Em relação aos problemas de saúde, como hormonais ou cirurgias nos últimos dois meses, 71,4% (n=10) das participantes responderam negativamente esta questão e entre as mães que afirmaram tal ocorrência 28,6% (n=4), três realizaram cesariana e uma tinha diabetes.

Tabela 7 – Frequência de visitas das Participantes ao profissional na área da saúde - últimos dois meses

Profissional	F	F%
Nenhum	04	28,4
Clínico geral	04	28,4
Ginecologista	02	14,1
Pediatra	02	14,1
Psicólogo	01	7,0
Pediatra e Ginecologista	01	7,0
Total	14	100,0

Dos profissionais freqüentados pelas participantes nos últimos dois meses, no momento da primeira medida pode-se notar na tabela 7 que 28,4% (n=4) não visitaram profissionais da área, 28,4%(n=4) foram em clínico geral; 14,1% (n=2) ao ginecologista e 14,2% (n=2) consultou o pediatra. Apenas 7,0% (n=1) da amostra freqüentou respectivamente o psicólogo, além de pediatra e ginecologista.

Sobre a ingestão de medicamentos ou drogas, 50,0% (n=7) da amostra não fazia uso de tipo algum de medicação, mas das mães que consumiam medicamentos, 71,4% (n=5) usavam anticoncepcional como método contraceptivo, 14,3% (n=1) utilizavam remédio para controle de diabetes e 14,3% (n=1) fazia uso de medicação para rinite alérgica, todas com período de uso variável de seis meses a um ano.

No tocante à tensão pré ou pós-menstrual (TPM), 63,7% (n=9) relatou não apresentá-la, sendo que 100% (n=14), ou seja, a amostra total disse que não estava passando por este período, no primeiro momento de coleta de dados.

Quanto à manifestação de problemas de comportamento e/ou psiquiátricos anteriores por familiares das participantes, 57,1% (n=8) da amostra respondeu que não havia estes problemas em suas famílias e 42,9% (n=6) respondeu positivamente a questão, quadros estes relacionados à depressão, sendo citados 66,6% (n=4) para mães e 16,6% (n=1) para o pai e irmão da participante, respectivamente.

Tabela 8 – Intensidade do Estresse no momento

Intensidade	F	F%
Pouco	06	43,0
Razoável	04	29,0
Muito	03	21,0
Excessivo	01	7,0
Total	14	100,0

Os dados coletados sobre a percepção das participantes indicados na tabela 8, sobre a intensidade do estresse atual, demonstra que 43,0% (n=6) relataram pouco estresse, seguidas por 29,0% (n=4) mencionando estresse razoável, 21,0% (n=3) muito estresse e 7,0% (n=1) estresse excessivo.

Tabela 9 - Motivo do estresse

Motivo	F	F%
Internação do filho	11	78,8
Trabalho excessivo	02	14,2
Cirurgia do filho	01	7,0
Total	14	100,0

Apresenta a tabela 9, que em relação ao motivo do estresse referido pela mãe, 78,8% (n=11) relatou prevalentemente a internação do filho, seguido por 14,2% (n=2), relacionado ao trabalho excessivo associado à dupla jornada de atividades (cuidar do filho internado e da família) e 7,0% (n=1) disse ser estressor, a cirurgia à qual o filho seria submetido.

Tabela 10 – Percepção da intensidade do estresse relacionado à família

Intensidade	F	F%
Pouco	10	71,0
Razoável	03	22,0
Muito	01	7,0
Total	14	100

As participantes quando questionadas quanto às suas percepções da intensidade do estresse em relação aos seus familiares, como evidencia a tabela 10, pôde-se observar que 71,0% (n=10) relataram pouco estresse, 22,0% (n=3) referiram estresse razoável e apenas 7,0% (n=1) mencionou muito estresse.

Tabela 11 - Motivo de estresse em relação à família

Motivo	F	F%
Brigas familiares	05	36,4
Críticas excessivas	03	21,2
Não responderam	02	14,1
Falta de responsabilidade dos filhos	02	14,1
Problema de saúde do filho	01	7,1
Pessoas que não ajudam	01	7,1
Total	14	100

A tabela 11 demonstra os motivos relatados pelas mães para estarem estressadas frente aos seus familiares. As respostas expuseram que 36,4% (n=5) da amostra estressou-se com brigas familiares; 21,2% (n=3) com críticas excessivas recebidas; 14,1% (n=2) frente à falta de responsabilidade dos filhos e 14,1% (n=2) das participantes não responderam os motivos, dentre as respostas de maior prevalência observadas.

Tabela 12 - Sintomatologia referida pelas participantes no último ano

Amostra	Sintomatologia Presente					Alterações - Estado dos dados da Consciência
	Saúde Geral / Física	Fobias	Ansiiedade	Depressão		
Respostas Participantes						
Total Sintomatologia Possível - Amostra						

O instrumento sobre rastreamento de transtornos mentais e comportamentais (anexo 3), traz em sua composição uma lista de 50 sintomas que poderiam ou não, serem experimentados no último ano, antes da hospitalização dividida. Esta questão apresentou

quatro dimensões de sintomatologias possíveis para cada uma das participantes: saúde geral, (pontuação máxima=26); fobia e pânico (pontuação máxima =4), sintomas de ansiedade (pontuação máxima=5); sintomas depressivos (pontuação máxima=13) e alterações do estado de consciência (pontuação máxima=3). Este inciso de avaliação corresponde à questão de número 13 do instrumento idealizado pela pesquisadora, valendo ressaltar que, quanto maior o número de sintomatologia apresentada, maiores seriam os indícios da possibilidade da ocorrência de transtornos mentais e comportamentais, para o período avaliado.

Atenta-se que para os dados apresentados na tabela 12, deve-se considerar o total dos sintomas apontados pela amostra, considerando-se cada dimensão da sintomatologia investigada, já mencionada e dessa forma, os dados demonstraram que foram respostas afirmativas para: fobia e pânico, 33,9% (n=19); 28,6% (n=12) para a dimensão sobre possíveis indicações sobre alterações do estado da consciência; 28,5% (n=16) relacionada à sintomatologia de ansiedade; 26,9 (n=49) para depressão e 21,1% (n=77) das respostas, referiram a saúde física geral. Tomando-se como referência o ranking geral de respostas positivas para a sintomatologia global dos dados coletados ao considerar-se o número total de respostas possíveis afirmativas (n=700), para todo o grupo das participantes, notou-se 24,7% (n=173) pontos obtidos para a sintomatologia referida como presente.

Em relação à duração dos sintomas relatados, 85,7% (n=12) relatou que a sintomatologia apresentada não ultrapassou o tempo de duas semanas, sendo que para toda a amostra, 100,0% (n=14) destes sintomas não foram impedimentos para o trabalho e, tão pouco para as relações familiares e sociais. Deve-se atentar para estes dados, que por não se tratar de um instrumento padronizado, as generalizações destes resultados devem ser avaliadas com cautela.

ANÁLISE INFERENCIAL DOS DADOS

Para a conferência dos resultados da análise estatística inferencial em relação aos instrumentos IPSF e QSG apresentadas a seguir, pode-se verificar as frequências absolutas e percentuais expostas em tabelas, no que diz respeito às dimensões de cada um dos questionários, para os quatro momentos das aplicações, no anexo 6.

Tabela 13 - Teste U de Mann-Whitney para as medidas: IPSF (média geral), QSG (média geral) e Idade da Participante

IPSF / QSG	Idade da Participante	Participantes (n=14)	Mean Rank	U / p
IPSF Média total	Menor que 30 anos	05	6,00	U=9,000
dos quatro momentos	De 31-50 anos	09	10,20	p=0,072
QSG Média total	Menor que 30 anos	05	8,78	U=11,000
dos quatro momentos	De 31-50 anos	09	5,20	p=0,125

Como mostra a tabela 13, para este grupo amostral não existiram diferenças em relação à idade do cuidador quando comparada à percepção do suporte familiar (U=9,000; p=0,072), apesar do valor de p ser considerado limítrofe e, igualmente não houve significância encontrada para o questionário de saúde geral de Goldberg (U=11,000; p=0,125).

Tabela 14 - Teste U de Mann-Whitney para as medidas: IPSF (média geral), QSG (média geral) e Estado Civil

IPSF / QSG	Estado Civil	Participantes (n=14)	Mean Rank	U / p
IPSF Média total	Solteira	09	5,67	U=6,000
dos quatro momentos	Casada	05	10,80	p=0,280
QSG Média total	Solteira	09	8,56	U=13,000
dos quatro momentos	Casada	05	5,60	p=0,205

Em relação ao estado civil, como demonstra a tabela 14 não se encontrou diferença quanto ao QSG (U=13,000; p=0,205), em relação ao IPSF, não se observou

diferença significativa ($U=6,000$, $p=0,280$) na comparação dos mesmos com o estado civil das participantes. No entanto, como demonstrado na próxima tabela, quando os resultados das dimensões do IPSF foram analisados, observou-se outro panorama.

Tabela 15 - Teste U de Mann-Whitney para as medidas: IPSF (total das quatro dimensões) e Estado Civil

IPSF	Estado Civil	Participantes (n=14)	Mean Rank	U / p
Inadaptação Familiar	Solteira	09	6,72	U=15,500
	Casada	05	8,90	p=0,350
Afetividade Familiar	Solteira	09	5,89	U=8,000
	Casada	05	10,40	p=0,053
Consistência Familiar	Solteira	09	5,78	U=7,000
	Casada	05	10,60	p=0,039
Autonomia Familiar	Solteira	09	5,89	U=8,000
	Casada	05	10,40	p=0,053

Os dados observados na tabela 15 demonstram que esta variável relacionada às dimensões do IPSF, não evidenciou diferença na dimensão de inadaptção familiar ($U=15,500$; $p=0,350$); encontrou-se uma diferença limítrofe para as dimensões de afetividade familiar ($U=8,000$; $p=0,053$) e autonomia familiar ($U=8,000$; $p=0,053$) e, em relação à consistência familiar houve uma diferença significativa ($U=7,000$; $p=0,039$), indicando melhor percepção desta dimensão pelas mães casadas.

Tabela 16 - Teste U de Mann-Whitney para as medidas: IPSF (média geral), QSG (média geral) e Escolaridade da Participante

IPSF / QSG	Escolaridade da Participante	Participantes (n=14)	Mean Rank	U / p
IPSF Média total dos quatro momentos	Ensino Fundamental Completo/Incompleto	10	7,30	U=18,000 p=0,777
	Ensino Médio ou Superior Compl./Incompl.	04	8,0	
QSG Média total dos quatro momentos	Ensino Fundamental Completo/Incompleto	10	8,10	U=14,000 p=0,396
	Ensino Médio ou Superior Compl./Incompl.	04	6,0	

De acordo com o teste estatístico Mann-Whitney, como refere a tabela 16, não existiu diferença estatística em relação à escolaridade da mãe para as medidas de IPSF ($U=18,000$; $p=0,777$) e o QSG ($U=14,000$; $p=0,396$).

Tabela 17 – Teste U de Mann-Whitney para as medidas: IPSF (média geral), QSG (média geral) e Renda Familiar

IPSF / QSG	Renda Familiar	Participantes (n=14)	Mean Rank	U / p
IPSF Média total dos quatro momentos	Até dois salários	05	6,80	U=19,000 p=0,641
	De três a cinco salários	09	7,89	
QSG Média total dos quatro momentos	Até dois salários	05	8,30	U=18,500 p=0,593
	De três a cinco salários	09	7,06	

Foi constatado igualmente que não ocorreram diferenças estatísticas no IPSF (U=19,000; p=0,641) e QSG (U=18,500; p=0,593), em relação à renda familiar, como se verifica na tabela 17.

Tabela 18 - Teste U de Mann-Whitney para as medidas: IPSF (média geral), QSG (média geral) e Número de Moradores com as Participantes

IPSF / QSG	Número de Moradores	Participantes (n=14)	Mean Rank	U / p
IPSF Média total dos quatro momentos	De quatro a seis moradores	11	7,27	U=14,00 p=0,697
	De sete a dez moradores	03	8,33	
QSG Média total dos quatro momentos	De quatro a seis moradores	11	7,45	U=16,000 p=0,938
	De sete a dez moradores	03	7,67	

Independentemente do número de moradores na casa das participantes, também não foram encontradas diferenças no IPSF (U=14,000; p=0,697) e QSG (U=16,000; p=0,938), dados estes apresentados na tabela 18.

Tabela 19 - Análise de Variância de Friedman (χ^2_r) para IPSF em seus domínios nos quatro momentos de coleta de dados e no total de seus escores

IPSF Dimensões / Momentos	1°	2°	3°	4°	Total	p
	Momento	Momento	Momento	Momento		
	χ^2_r	χ^2_r	χ^2_r	χ^2_r		
Inadaptação Familiar	1,96	2,79	2,54	2,71	4,572	0,235
Afetividade Familiar	2,61	2,21	2,64	2,54	1,205	0,752
Consistência Familiar	2,75	2,36	2,71	2,18	2,238	0,525
Autonomia Familiar	2,29	2,82	2,61	2,29	2,337	0,506
Total (Média)	2,39	2,57	2,79	2,25	1,477	0,680

Nota-se na tabela 19 que em nenhuma das dimensões do instrumento de percepção de suporte familiar, nem tão pouco quanto ao IPSF em seus resultados totais existem diferenças significativas entre os momentos da coleta de dados. Desse modo, verificou-se que não houve variação na percepção do suporte familiar ao longo dos períodos de avaliação para esta amostra.

Tabela 20 - Análise de Variância de Friedman (χ^2_r) para QSG Geral nos quatro momentos de coleta de dados e por dimensões de avaliação

QSG Dimensões / Momentos	1°	2°	3°	4°	Total	p
	Momento	Momento	Momento	Momento		
	χ^2_r	χ^2_r	χ^2_r	χ^2_r		
Estresse Psíquico	3,57	2,82	1,75	1,79	19,800	0,000
Desejo de Morte	3,04	2,68	2,25	2,04	9,887	0,020
Falta de Confiança e Desempenho	2,68	3,04	2,36	1,93	5,932	0,115
Distúrbios do Sono	3,14	2,64	1,96	2,25	7,195	0,066
Distúrbios Psicossomáticos	3,07	3,04	1,79	2,11	12,421	0,006
Total (Média)	3,32	3,04	1,75	1,89	16,130	0,001

Em relação ao teste de variância no fator geral do QSG nos quatro momentos de coleta de dados ocorreu uma diminuição dos escores e conseqüentemente verificou-se uma diferença significativa para esta modificação entre os quatro momentos para $p=0,001$, como explana a tabela 20, observando-se ainda, que houve uma acentuada diminuição entre o segundo e terceiro momentos. Do mesmo modo, nota-se que entre as dimensões também ocorreu uma diferença significativa para os escores apresentados pelos fatores de estresse psíquico ($p=0,000$), para o qual se observa uma variação maior no terceiro momento, sofrendo um leve aumento em seu escore no quarto momento; para o desejo de morte ($p=0,020$) ao longo dos quatro momentos e em relação aos distúrbios psicossomáticos ($p=0,006$), sofrendo a mesma ocorrência apontada para a dimensão de estresse psíquico.

Para os domínios de falta de confiança e desempenho e distúrbios do sono diferença significativa alguma foi encontrada, embora o primeiro fator citado tenha demonstrado uma diminuição dos escores gradativamente em todos os momentos da coleta de dados. Quanto ao distúrbio do sono, em relação à insignificativa variação ocorrida, entretanto, podendo ser considerada limítrofe.

Tabela 21 - Análise Correlação de Spearman – IPSF e QSG da Participante e Exame Clínico Total da Criança – primeiro momento

IPSF /QSG Escore total	Exame Clínico Escore total
IPSF – primeiro momento	$r=-0,473$ $p=0,087$
QSG – primeiro momento	$r=0,406$ $p= 0,149$

O exame clínico da criança foi realizado apenas no primeiro momento de coleta de dados e encontra-se descrito na tabela 4, desta maneira, observou-se na tabela 21 que não existiu correlação entre o estado de saúde da criança com o IPSF ($r=-0,473$; $p=0,087$), mesmo considerando-se esta medida como tendenciosa para uma correlação negativa e, para o QSG ($r=0,406$; $p=0,149$) das mães, no primeiro momento de coleta de dados.

Tabela 22 – Análise de Correlação de Spearman – QSG Fator geral por momentos e Eventos de Vida estressores - para cada um dos quatro momentos (escores totais)

	Eventos de Vida Estressores			
	1° momento	2° momento	3° momento	4° momento
QSG - 1° momento	r=-0,27 p=0,34	r=-0,35 p=0,21	r=-0,32 p=0,25	r=-0,47 p=0,08
QSG - 2° momento	r=-0,14 p=0,61	r=-0,17 p=0,55	r=-0,30 p=0,28	r=-0,44 p=0,11
QSG - 3° momento	r=-0,11 p=0,69	r=0,41 p=0,88	r=-0,08 p=0,78	r=-0,24 p=0,40
QSG - 4° momento	r=-0,17 p=0,56	r=-0,07 p=0,80	r=-0,26 p=0,35	r=-0,15 p=0,60

Como apresenta a tabela 22, pôde-se verificar que não existe correlação entre os eventos de vida estressores e a saúde mental das mães, durante os quatro momentos de coleta de dados.

Tabela 23 – Análise de Correlação de Spearman para IPSF, QSG e Eventos de Vida Estressores para Média Total – quatro momentos

IPSF /QSG Escore total	Eventos Estressores Escore total
IPSF – quatro momentos	r=-0,514 p=0,060
QSG – quatro momentos	r=0,449 p=0,107

De acordo com o exposto na tabela 23, mostrou-se não existir correlação entre o número de eventos estressores apresentados e a percepção de suporte familiar das participantes, apesar de se observar um valor limítrofe para o nível de significância, na média dos resultados destas variáveis entre os quatro momentos de aplicação do instrumento utilizados no estudo ($r=-0,514$; $p=0,060$). Compreende-se desse modo, uma tendência para a relação de que quanto menor foram os eventos de vida estressantes, maior foi a percepção do suporte familiar.

Tabela 24 – Análise Correlação de Spearman para IPSF (média quatro momentos), QSG (média quatro momentos) e Intensidade do Estresse (primeiro momento)

IPSF /QSG	Intensidade Estresse
Score total	Score total
IPSF – quatro momentos	$r=0,34$ $p=0,22$
QSG – quatro momentos	$r=0,66$ $p=0,01$

Os dados apresentados na tabela 24 referem que para a média dos escores totais do QSG nos quatro momentos e a intensidade de estresse da mãe apresentada no primeiro momento de coleta de dados, existiu uma correlação positiva ($r=0,66$; $p=0,01$), o mesmo não ocorrendo em relação ao IPSF ($r=0,34$; $p=0,22$).

Tabela 25 – Análise Correlação de Spearman – IPSF, QSG, Eventos de Vida Estressantes, Intensidade de Estresse para o primeiro momento

IPSF /QSG	Eventos Estressores	Intensidade de Estresse
Score total	Score total	Score Total
IPSF – primeiro momento	$r=-0,384$ $p=0,175$	$r=0,215$ $p=0,459$
QSG – primeiro momento	$r=0,498$ $p=0,070$	$r=0,698$ $p=0,060$

Nota-se pelos resultados expostos na tabela 25, que se ponderou uma correlação positiva limítrofe entre QSG no e os eventos de vida estressantes no primeiro momento ($r=0,0,489$, $p=0,070$), além de observar-se também a mesma ocorrência quanto a correlação entre o QSG (primeiro momento) para a intensidade do estresse apresentado ($r=0,698$, $p=0,60$) nesta ocasião de medida. A correlação é considerada positiva, pois se analisa que quanto maior for à percepção do estresse, maiores serão os escores no QSG. Em relação ao IPSF correlação alguma foi observada para as duas variáveis apresentadas pela tabela.

Ressalta-se que se encontrou correlação existente entre o escore do QSG no primeiro momento da coleta de dados e o número de sintomas psiquiátricos referidos pelas participantes também neste tempo ($r=0,733$; $p=0,003$). No entanto, deve-se atentar para estes dados, que por não se tratar de um instrumento padronizado, as generalizações destes resultados devem ser avaliadas com cautela.

Tabela 26 - Análise Correlação de Spearman IPSF (total) e QSG (total) para os quatros momentos

	IPSF1	IPSF 2	IPSF 3	IPSF 4
QSG 1	$r=-0,383$	$r=-0,48$	$r=-0,33$	$r=-0,42$
	$p=0,177$	$p=0,07$	$p=0,23$	$p=0,13$
QSG 2	$r=-0,36$	$r=-0,44$	$r=-0,37$	$r=-0,44$
	$P=0,20$	$p=0,11$	$p=0,18$	$p=0,11$
QSG3	$r=-0,15$	$r=-0,28$	$r=-0,16$	$r=-0,21$
	$p=0,61$	$p=0,33$	$p=0,56$	$p=0,46$
QSG4	$r=-0,83$	$r=-0,25$	$r=-0,07$	$r=-0,24$
	$p=0,77$	$p=0,37$	$p=0,80$	$p=0,39$

Os resultados apontados na tabela 26 referem que não existe correlação entre os escores totais do QSG nos quatro momentos e os escores totais do IPSF. Cabe ressaltar que a média de suporte familiar não variou nos momentos (como visto na análise da tabela 22).

DISCUSSÃO

Primeiramente, serão feitas algumas considerações sobre os resultados globais obtidos com este trabalho e suas relações com o objetivo do mesmo, para posteriormente, ser realizada uma análise específica dos resultados desta pesquisa. Portanto, a discussão dos resultados deste capítulo priorizará as análises estatísticas realizadas, que dizem respeito às hipóteses deste estudo, complementado-as com os dados das análises descritivas e altercando-as à literatura pesquisada sobre o assunto.

Neste início de discussão, cabe ressaltar as hipóteses nas quais se baseou esta pesquisa, sendo que a hipótese primeira fundamentou-se pela associação das variáveis relacionadas à internação das crianças hospitalizadas, ou seja, na relação da gravidade de seus quadros clínicos em UTIP e a percepção do suporte familiar das participantes. Para os momentos relacionados à trajetória da internação, à alta da UTIP e a alta hospitalar, almejou-se que estes períodos de medidas estivessem relacionados à variação da saúde mental das participantes, esperando-se dessa forma, que estes fatores de análise se encontrassem rebaixados em momentos de crise, como a internação e fossem amenizados com a alta hospitalar, em correspondência à segunda hipótese. Quanto à terceira hipótese, acreditava-se em uma associação das medições referentes à saúde mental e ao suporte familiar, esperando-se dessa maneira, uma correlação positiva entre estas variáveis. Deste modo, esperou-se por uma variação na percepção de suporte familiar e na saúde mental das participantes durante a internação e após a alta hospitalar, ou seja, na modificação para estas variáveis, nos quatro momentos de aplicação desta pesquisa.

Sendo assim, seguindo-se pelos resultados da análise inferencial realizada notou-se apoio, para uma diferença significativa na variação de maior percepção do suporte familiar, quanto à dimensão de consistência familiar do IPSF. Observou-se esta variabilidade na relação do grupo de participantes casadas em analogia às solteiras, sugerindo-se que as pessoas casadas tendem a perceber uma família que oferece maior suporte. Ressalta-se, no entanto, que talvez este resultado possa estar associado à característica desta amostra específica ou mesmo ao número reduzido da amostra avaliada.

A dimensão de consistência familiar, de acordo com BAPTISTA (2005) apresenta-se como um dos fatores avaliados no IPSF e refere-se aos estilos de regras utilizados, negociados e aos papéis que os integrantes do grupo familiar ocupam, além de

permitir o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, destes familiares enquanto grupo nas situações-problema. Com este propósito, cita-se a verificação de MUSCROFT e BOWL (2000), junto as cuidadoras, esposas de pacientes deprimidos, em relação ao impacto maior que estas sofrem na saúde mental e em suas rotinas de vida diária. Esta constatação é justificada, precisamente pelo papel que seus parceiros afetivos, os pacientes, ocupam em suas vidas, quando estas cuidadoras foram comparadas aos pais de crianças deprimidas, visto que no caso dos pais, o casal pode contar essencialmente um com o apoio do outro, se existir uma boa consistência familiar.

JACCARD e RAMEY (2001) apontam resultados semelhantes em seu estudo quando, relacionado ao dado da pesquisa em discussão, com a confirmação da influência da estrutura familiar, na relação entre o suporte social recebido e o impacto positivo na satisfação de vida, especialmente para mulheres casadas. Os autores afirmam que as mulheres casadas têm maior possibilidade de receber ajuda de outros familiares, além de pertencerem ao grupo da pesquisa que possuía maior renda familiar. Complementam ZABRISKIE e McCORNICK (2001), que casais geralmente apresentam maior satisfação na interação familiar, quando este aspecto está atendido em sua união e para BAIDER et al (2003), a falta de percepção do suporte familiar associa-se ao sentimento de angústia, para os parceiros maritais, particularmente em condições de incoerência familiar.

Observou-se também no trabalho em análise, uma diferença limítrofe para o grupo das mães casadas nas dimensões de afetividade familiar e autonomia familiar que referem respectivamente, aos relacionamentos, considerados como positivos (interesse um pelo outro, expressões de carinho, incluindo as verbais e as não verbais) intrafamiliares e na percepção que o indivíduo, em relação a sua família, tem de sua autonomia (BAPTISTA, 2005). Estes apontamentos devem ser compreendidos de acordo com os postulados de HILL et al (2003), que atestam que a qualidade das relações familiares está associada ao ajustamento comportamental e emocional entre seus membros, quanto ao seu modo de funcionamento, notadamente em situações de estresse.

Para MILLER e DARLINGTON (2002), o suporte familiar é entendido como um construto multidimensional, sendo que uma das categorias que o compõe se relaciona ao suporte emocional, especificamente ao encorajamento, escuta, compreensão, apoio e em

particular ao *feedback* dos membros familiares quanto aos papéis desempenhados, como no caso da dimensão de afetividade familiar avaliada na pesquisa em questão. Ainda, de acordo com CLARK e DUNBAR (2003), a autonomia de suporte pode estar relacionada com o aumento de sentimentos individuais de competência, em episódios de modificações de estilos de vida, como no caso do acompanhamento de hospitalizações em UTIP, por exemplo. Entretanto, faz-se necessário salientar que para a avaliação da dimensão de falta de confiança e em seu desempenho no instrumento do QSG não houve diferença na variação observada para a amostra participante e pode ser de que a percepção de autonomia limítrofe para algumas mães, estivesse caracteristicamente, associada ao apoio de familiares mais íntimos e próximos.

No tocante, aos demais aspectos sócio-culturais, como a idade, escolaridade das participantes, renda familiar e números de moradoras com as participantes, diferença alguma foi encontrada em relação à percepção do suporte familiar e a saúde mental. Nota-se a mesma ocorrência no trabalho realizado por ZABRISKIE e McCORMICK (2001), afirmando que as variáveis sócio-demográficas não foram preditores significativos do funcionamento familiar, avaliado sob a perspectiva de modelos de influências familiares, na pesquisa que realizaram sobre situações de crise.

Observa-se em contraposição, no estudo realizado por HALM et al (1993), a constatação de uma correlação positiva, para uma maior adaptação de pessoas mais jovens (pais com faixa etária abaixo de 31 anos), às condições aversivas na situação de ter suas crianças hospitalizadas em UTI. Dando seqüência às verificações da literatura, no estudo crítico de revisão da literatura, realizado por BOARD e WENGER (2000), sobre a circunstância do estresse apresentado pelas famílias e seu funcionamento enquanto grupo em hospitalizações de UTIP, apontou-se que pais de crianças mais jovens e pais de idade maior apresentaram probabilidade ascendente para escores altos e significativos em relação ao estresse e à saúde mental.

Até mesmo na consideração da percepção de afetos negativos e apoio dos familiares e amigos, para SIU e PHILIPS (2002), quanto maior for à idade da mulher em relação a este aspecto, maior será a probabilidade da manifestação de sintomas de estresse, ansiedade e depressão nesta relação, o mesmo acontecendo para o status marital, na

condição das solteiras. Cabe ressaltar, no entanto, que no presente estudo em reflexão, observou-se uma tendência limítrofe para uma melhor percepção do suporte familiar, por mães mais velhas (faixa etária compreendida entre 31 a 50 anos) em relação ao grupo de participantes mais jovens, demonstrando ser este dado merecedor de avaliação mais apurada em estudos futuros.

O fato de que não existiu diferença significativa alguma para as variáveis sócio-demográficas investigadas, quando comparadas às medidas de análise (IPSF e QSG), com exceção do estado civil em relação à percepção de suporte familiar, sugere-se possivelmente, que a afinidade destas avaliações esteja relacionada ao baixo número amostral. Além disso, mostra-se concernente a esta explicação, a recomendação da associação dos altos escores obtidos na percepção de suporte familiar das participantes em geral e durante o estudo, para os quais não houve variação significativa. Para HALM et al (1993), o ajustamento das respostas de enfrentamento dos familiares em situações estressantes, depende da associação positiva dos eventos ocorridos nestas ocasiões. Nesta discussão em particular, pode ser que esta ocorrência teve efeito durante os momentos de avaliação, visto que as mães continuaram a perceber o suporte familiar, sem variação mesmo nos momentos de maior crise, como os da internação hospitalar. Outro dado a ser considerado, refere-se ao fato da amostra poder possuir características homogêneas, típicas de população assistida pelo SUS, talvez em comparação de clientela de origens diferenciadas, estes resultados também possam se alterar.

Acrescenta-se da mesma forma que a não existência de diferença entre o número de moradores com as participantes e o suporte familiar, apresenta concordância pela literatura. Para HILL et al (2003), a razão da diferença na percepção de suporte familiar, refere-se à qualidade dos relacionamentos entre os membros familiares e não ao número de pessoas consideradas como fontes de apoio, no entanto, para MILLER e DARLINGTON (2002), o suporte familiar deve ser compreendido em situações diversas, que envolvam tanto aspectos quantitativos, quanto qualitativos das interações sociais.

Neste sentido, de acordo com a indicação literária de HALM et al (1993) anteriormente citada, pode-se pensar que dentre os eventos positivos vivenciados pelas participantes durante a internação hospitalar, esteja incluído além da percepção de

familiares oferecedores de suporte, o apoio social fornecido pela equipe de saúde local. TOMLINSON (1997) refere ser este um dos fatores que pode diminuir o estresse de pais em UTIP. Esta última reflexão diz respeito, às afirmações das participantes, na primeira medida do estudo, de que em sua totalidade estavam satisfeitas quanto ao atendimento prestado e, cientes das informações fornecidas em relação ao estado clínico de suas crianças. Nota-se, contudo, que deve ser levada em consideração quanto a avaliação positiva dos serviços prestados pela equipe de saúde, da presente pesquisa, uma possível associação da assistente de pesquisa com a própria equipe, uma vez que mesma permanecia diariamente no setor. Considera-se ainda, a possibilidade de mostrar-se difícil para a população pesquisada, diante de suas características culturais avaliar como negativa a atuação da equipe de saúde.

Segundo RODA e MORENO (2001), TAMBS e MATHIESEN (2002), o apoio social constitui-se como um moderador essencial dos fatores que influenciam no bem estar das pessoas, na saúde mental e conseqüentemente sobre os efeitos dos eventos estressantes. Em relação aos apontamentos anteriores, supõe-se que o suporte social possa ser um dos fatores influenciadores na diminuição dos escores na falta de saúde mental no presente trabalho, por meio da constatação para a diferença significativa observada na variação dos resultados do QSG. Indica-se ainda, segundo MITCHELL e COURTNEY (2004), para a positividade do suporte social em afetar a redução dos comprometimentos na saúde física e mental de cuidadores, além do alerta da probabilidade dos familiares que não forem atendidos em suas necessidades, sofrerem implicações posteriores à alta da UTIP ou mesmo a hospitalar.

No tocante, à renda familiar, estudos como os de ROBERTS e FEETHAN (1981) e WEBSTER-STRATTON (1990), já referiam que quanto menor for à renda familiar, serão maiores as possibilidades de conflitos e alterações do funcionamento dos grupos familiares, sendo esta perspectiva considerada como um estressor. Do mesmo modo, para EMERSON (2003), constatou-se que para os cuidados de crianças com déficits intelectuais, economicamente desfavorecidas, a saúde mental de suas mães era proporcionalmente mais afetada quando comparada, ao grupo de participantes que não apresentavam as mesmas condições. Certificam em complementação JAYAKOD e

STAUFFER (2004) na pesquisa que realizaram que mães solteiras, em condições sociais e economicamente desfavorecidas experimentaram altos índices de problemas psiquiátricos e conseqüentemente em seus relacionamentos familiares na situação de cuidados para com as crianças.

Os resultados desta tese, nada apontaram neste sentido, embora NEDERHOF e ZWIER (1983) afirmem há tempos, que o contexto socioeconômico pese na avaliação das situações de crises que os indivíduos sofrem em suas vidas e tenha repercussão em suas respostas emocionais. Mostra-se interessante, sobretudo, relacionar que segundo o modelo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000, p.99), as participantes desta pesquisa encontram-se nos padrões encontrados para a população brasileira, pois de acordo com o último censo realizado, apenas 12% da população ganhava de dois a três salários mínimos. Como apontado, na avaliação deste trabalho, deve ser ponderado para estudos futuros na avaliação econômica dos participantes de estudos, o indicador de renda per capita e não a estimativa de salário mínimo, para maior validade e atualização dos dados pesquisados ao longo do tempo.

O nível de escolaridade, como também já mencionado não apresentou alteração quanto a sua pertinência em relação à saúde mental e ao suporte familiar e observou-se que o grupo de mães com escolaridade básica (ensino fundamental) possuiu maior prevalência. Para tanto, postulam JACCARD e RAMEY (2001), que uma baixa escolaridade, quando comparada aos graus do ensino médio e superior, por exemplo, tende a diminuir a percepção da dimensão do funcionamento familiar. Em oposição, ZABRISKIE e McCORNICK (2001) criticam este tipo de associação e referem que atividades como o lazer, entretenimento, por exemplo, tão importantes para a satisfação da interação familiar, independem do grau cultural ou do nível de conhecimento dos membros familiares. Contudo, na pesquisa de TAMBS e MATHIESEN (2002), faz-se menção novamente ao apontamento, de que quanto maior for o grau educacional dos cuidadores, melhor será seu índice de saúde mental, associado por sua vez, ao suporte social recebido.

Também no que se refere à análise da variabilidade das medidas estudadas, notou-se que o IPSF em seus escores totais para os quatro momentos avaliados não se modificou e pode ser que essa ocorrência seja devido a que nas horas de crise, geralmente

as pessoas se aproximem para dar apoio, dado este mencionado por SEIDMAN et al (1997), à medida que verificaram nos resultados de seu estudo, de que os pais eram assistidos de maneira mais próxima por seus familiares, durante e após o processo de hospitalização de suas crianças em UTIP.

Recomenda-se, além disso, que talvez a percepção do suporte familiar mudasse, se a situação de crise ou mesmo os estressores perdurassem por mais tempo, visto que dessa maneira, os indivíduos considerados como maior apoio, poderiam se cansar e se afastar nesta circunstância. Cita-se ainda como dado importante, que no relato das participantes fora relacionado prevalentemente a percepção de pessoas mais próximas, fornecedores de suporte como a mãe da participante, o companheiro marital e os filhos destas participantes, além de outros. Dessa forma, pensa-se que o suporte familiar percebido deu-se por pessoas mais íntimas na convivência das participantes, como seus familiares, bem como outros citados (amigos, vizinhos) que estiveram presentes ao longo do processo de internação e alta hospitalar.

Com este propósito, TAMBS e MATHIESEN (2002) alegam em seu trabalho, que o suporte social da esposa ou marido foi fundamental para a melhora da saúde mental do casal, no acompanhamento da internação de seus filhos em UTIP. KIRK (2003) afirma que uma rede de relacionamentos fora do contexto familiar íntimo deve ser levada em consideração, como as conjunturas sociais, econômicas, políticas e culturais que envolvem a comunidade, pois todas estas relações devem ser consideradas, além do grupo familiar, como vizinhos e amigos.

Associa-se igualmente que a importância da informação fornecida pela equipe de saúde como já mencionado, quanto ao estado de saúde da criança, possa relacionar-se ao maior controle da situação de crise e de forma própria e indireta, também estar ligada ao suporte familiar. Faz sentido, ressaltar que para TOMLINSON e MITCHELL (1992), a necessidade de explorar a natureza do suporte familiar social durante os momentos de tratamentos de crises de saúde da criança, decorreu da observação da crítica feita por familiares, frente uma visão de suporte inapropriado. Esta percepção estava pautada ao não atendimento das necessidades emocionais de cuidados, sobretudo em relação à oferta de suporte social que foi realizada pela equipe de saúde em geral.

Ao analisarem-se os aspectos emocionais, verificou-se que metade da amostra no primeiro momento de avaliação, sendo este número acrescido por mais uma participante no segundo momento, foi considerada como caso de indicação do comprometimento da saúde geral, proposta pelo exame do QSG, sendo estes números reduzidos nos dois últimos momentos que correspondem à alta da UTIP. Notou-se que para todo o grupo de participantes foi verificada durante os quatro momentos da pesquisa, uma variação significativa nos escores totais do QSG e em algumas de suas dimensões, confirmando-se assim, a segunda hipótese deste estudo.

Estes dados mostram-se em comum acordo com os achados de HALM et al, (1993) e TOMLINSON et al (1995), para duas medidas avaliadas em seus estudos (internação na UTIP e alta hospitalar), ou seja, os resultados destas pesquisas constataram a falta de saúde mental dos cuidadores no primeiro momento do estudo, sendo esta melhorada após a alta hospitalar. Para MELNYK (1997), além disso, o processo de informação e educação para o que acontece em ambientes de cuidados críticos é veementemente recomendável, uma vez que confirmaram no estudo que realizaram uma diminuição do comprometimento do estado de humor e da ansiedade das mães, quando receberam intervenções deste tipo da equipe de saúde. Observa-se que TOMLINSON et al (1999) fortalecem esta orientação, na promoção de programas interventivos para o processo de estresse experienciado por crianças e seus pais na conjuntura da UTIP. Os autores referem que de maneira notória, as mães são solicitadas, nos cuidados junto às crianças sendo, portanto, possível aliar a maior responsabilidade da equipe de saúde no relacionamento com estas participantes, solidificando-se assim, os serviços oferecidos e o encorajamento da participação dos pais para os cuidados à criança.

A maior modificação do teste de variância no fator geral do QSG para as quatro medidas em relação à diminuição dos escores observada, ocorreu entre o segundo e o terceiro momento. Esta ocasião corresponde à alta da UTIP, ou seja, ao período em que os estímulos altamente aversivos do ambiente são retirados da convivência da mãe, notando-se no quarto momento, porém, um leve aumento nestes escores, além da ausência do critério de gravidade da doença da criança. Talvez esta ocorrência, seja provavelmente, devido à volta para a casa e a rotina diária, com modificações para os cuidados com as crianças ou aos problemas que surgiram durante este tempo fora de casa.

Dentre as dimensões do QSG que também variaram no decorrer dos quatro momentos, encontram-se o estresse psíquico, o desejo de morte e os distúrbios psicossomáticos e, em condição limítrofe, o fator de distúrbios do sono, cabendo, portanto, uma breve apresentação destes itens, para posterior discussão destes resultados com a literatura. GOLDBERG (1996) refere que experiências de tensão, sobrecarga, impaciência, cansaço e irritação compõem a dimensão de estresse psíquico do QSG e correspondem à sensação de uma luta invariável, infeliz e desgastante na vida do indivíduo. O fator, desejo de morte, apresenta-se basicamente à percepção de uma vida sem perspectivas e sentido ou mesmo, à vontade de acabar com a própria vida. Itens que expressam sintomas como se sentir mal de saúde, dores de cabeça, fraqueza, entre outros, correspondem aos problemas de ordem orgânica, ou seja, aos distúrbios psicossomáticos. Os distúrbios do sono dizem respeito à insônia ou pesadelos, como alterações relacionadas ao sono. Para a dimensão de falta de confiança na capacidade de desempenho (auto-eficácia) não foi encontrada diferença significativa em sua variação e este item expressa “a consciência de ser capaz de desempenhar ou realizar tarefas diárias de forma satisfatória” (p. 22).

Em relação ao teste de variância para os domínios do estresse psíquico e distúrbios somáticos processou-se o acontecimento de uma diminuição dos escores em todos os momentos, apresentando ainda, as mesmas ocorrências para o terceiro e quarto momentos quando comparados aos resultados do QSG total. Os domínios de falta de confiança e desempenho e os de distúrbios do sono demonstraram diminuição gradual dos escores, embora para este último fator notou-se igualmente, uma redução dos escores em relação ao terceiro momento e um leve acréscimo dos mesmos na última medida do instrumento.

No tocante à literatura na área, em relação ao fator de estresse psíquico, o estudo de BOARD e RYAN-WENGER (2003) referem que as reações psicológicas observadas das mães de crianças hospitalizadas em UTIP (durante e após a alta hospitalar) foram cansaço, irritabilidade, preocupação com outros problemas, sendo que estas medidas diminuíram significativamente nos momentos de avaliação do trabalho destes autores. HALM et al (1993), JOHNSON et al (1995) e REES et al (2004) indicam que dentre as respostas comportamentais dos pais apresentadas de maior frequência, quando relacionadas

às situações de hospitalizações de crianças e adultos em UTI, encontram-se os distúrbios do sono, como a insônia e que as reações ao estresse, geralmente mantêm-se altas durante a internação. Pode-se também referir que para UCHINO et al (1999), eventos perturbadores e neste sentido, pode-se incluir o acompanhamento de pacientes em hospitalizações de cuidados críticos, influenciam a saúde física, como no caso dos distúrbios somáticos citados na presente e tese, sendo que para os autores, um dos fatores que podem contribuir para o seu controle, refere-se ao suporte social.

Faz-se relevante referir que da mesma forma foi encontrada uma correlação positiva entre a média geral do QSG para os quatro momentos e a média do escore total da percepção de estresse e sua intensidade apontada pelas participantes. Foi ainda observado para as mesmas variáveis de análise, uma correlação limítrofe para a aplicação do primeiro momento destas medidas (estes dados corroboram com os escores do QSG para a dimensão de estresse psíquico no primeiro momento do estudo), o mesmo não ocorrendo para as duas próprias análises citadas, na associação com o IPSF. Embora, como já referido, independentemente da crise vivenciada pela hospitalização, a percepção do suporte familiar não se modificou ao longo dos momentos para esta amostra específica, sendo que talvez possam ter recebido apoio dos familiares, nas situações de estresse.

Sugere-se como associação aos dados da relação entre a saúde mental e a intensidade de estresse já citada, quanto à diminuição constatada no computo geral do QSG e de algumas de suas dimensões, em particular aos resultados relacionados ao primeiro momento de medição da pesquisa. Essa proposta de analogia vem ao encontro aos relatos das participantes, que expõem como motivo para o estresse mencionado, o fato das crianças estarem hospitalizadas em uma UTI. Levanta-se como hipótese que estes achados estejam relacionados à priori, com o estresse resultante da estimulação aversiva presente na UTIP, como um local restrito para casos críticos, geralmente pautados como riscos de vida, com aparelhagem diversa, equipada de sons ameaçadores, entre outros, conforme indicam YOUNGBLUT e SHIAO (1993), BALDINI et al (1998), WASHINGTON (2001), BOARD e RYAN-WENGER (2003), ou seja, ao ambiente de cuidados vivenciado pelas participantes.

Acrescenta-se ainda que para este contexto possa ser pertinente em particular, o estresse coligado à aparência e ao comportamento apresentado pela criança hospitalizada, como de maior dependência física, perda de controle orgânico, dado este relatado por uma das participantes (SEIDMAN et al, 1997; TAMBS e MATHIESEN, 2002). Sobrepõem BOARD e RYAN-WENGER (2000), que o aspecto da UTIP juntamente com as respostas comportamentais das crianças hospitalizadas, pode causar maior estresse para alguns pais, tanto quanto mudanças em seus papéis familiares. Estas modificações possivelmente possam estar relacionadas à correlação positiva entre o estresse percebido e a diminuição da saúde mental das mães, quanto à média total destes resultados, uma vez que a criança fora do ambiente de cuidados críticos pode-se inteirar da participação de outras funções familiares.

Pauta-se igualmente, que o provável distanciamento das mães de suas atividades rotineiras, do relacionamento de outros membros familiares e a diminuição nos seus relacionamentos sociais estejam associados à alta pontuação do QSG nos primeiros momentos. Para esta proposta, de acordo com JOHNSON et al (1995), TOMLINSON (1997), possa ocorrer à afinidade desta situação como um momento de crise; da mesma forma que faculte ser estimada a hospitalização crítica de um familiar em uma UTIP como um momento inusitado (no caso das participantes do presente estudo), uma ameaça à estabilidade familiar, ou até mesmo à equiparação desta ocasião aos eventos negativos do cotidiano (GOMEZ, 1982; GOLDENBERG, 1983; CRAFT et al, 1993; FREEMAN e DATTILIO, 1995).

De modo interessante, apesar das análises inferenciais anteriormente relacionadas na relação do QSG e o estresse experimentado pelas participantes, sugerirem uma associação entre estes dados, faz-se importante lembrar que a intensidade de estresse apresentada pelas participantes deu-se prevalentemente classificada como pouca ou razoável. Levanta-se como hipótese para esta percepção, à possibilidade das pessoas em um momento de tensão, tenderem a princípio para o enfrentamento da situação de desequilíbrio. Dessa forma, sentem o impacto do evento ocorrido ou mesmo o de sua seqüência, tempos depois, com a apresentação de transtorno de estresse pós-traumático, por exemplo, apesar do instrumento - QSG utilizado, não avaliar esta medida.

Com esta intenção mostra-se conveniente citar a pesquisa feita por REES et al (2003), na qual os resultados sugerem ser a UTIP, bem mais estressante que qualquer outro local do hospital à assistência de crianças. Observaram também que a percepção da gravidade da doença, o perigo, ameaça à sua vida (mudanças de rotinas) ou à vida da criança e hospitalizações prolongadas consistiram, ao longo estudo longitudinal realizado, nos fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos dos pais, inclusive para a sintomatologia de transtorno de estresse pós-traumático, altamente significativo, no período de seis a doze meses, após a alta hospitalar. Estas exposições, por congruência, são compartilhadas por BOARD e RYAN-WENGER (2003), ao sugerirem que sintomas de estresse podem prevalecer em relação à ocorrência da hospitalização de um filho em UTIP, até seis meses após a alta hospitalar.

Ponderando-se outros eventos vitais estressantes, como precipitadores de circunstâncias de crise que fazem parte de situações psicossociais consideradas como perturbadoras, como afirmam GOMES (1982), POINDEXTER (1997), ou mesmo de acordo com LIPP e MALAGRIS, (2001), como estímulos estressores; estas variáveis não foram correlacionadas ao QSG para as quatro medidas avaliadas neste trabalho. Esta afirmação possa indicar que não seja facultativo explicar relações de causa e efeito, tais como as de precipitação dos eventos estressores de vida, para o comprometimento da saúde mental e tão pouco à percepção de suporte familiar. Relaciona-se esta questão aos resultados encontrados, quanto à possibilidade dos escores do comprometimento da saúde mental terem diminuído, em função da percepção deste momento de crise estar associada aos outros estímulos estressores relacionados à doença e/ou hospitalização, ou mesmo a ausência ou diminuição do quadro clínico que cessaram após a alta do setor.

No entanto, o item de eventos estressores de vida mostrou-se limítrofe em relação a sua correlação ao IPSF, dado este que possa ser pertinente, aos acontecimentos de problemas de saúde da própria mãe, mudanças de hábitos pessoais e à doença de outros familiares observados prevalentemente nos relatos das participantes, nos três últimos momentos de coleta de dados. Estes eventos dizem respeito de acordo TOMLINSON et al (1995), sobre a vulnerabilidade dos indivíduos para problemas de saúde em situações de cuidados críticos.

Considera-se ao mesmo tempo, relacionar ao resultado anterior aludido ao tempo prolongado de hospitalização para os pais de algumas crianças, que segundo YOUNGBLUT e LAUZON (1995), RYAN-WENGER (2003), EMERSON (2003) podem afetar negativamente a família por intermédio do funcionamento familiar em sua associação com os eventos estressores vitais e ainda à saúde mental de participantes. Segundo BRANNAM e HEFLINGER (2001), outros eventos estressores da vida familiar afetam respostas de angústia e aflição, sendo que em sua pesquisa, os estressores considerados como aqueles que pressionam as cuidadoras foram significativamente altos nas famílias com poucos recursos materiais, sentindo estas, a falta de amigos ou da comunidade para apoiá-los. Contudo, estes escritos parecem não se relacionar com os achados desta discussão, não obstante para alguns dos eventos alistados, por algumas participantes como, dívidas financeiras.

Para TOMLINSON et al (1996), a gravidade da doença da criança tem implicações às incertezas maternas e relação com o suporte social oferecido. Todavia, estas observações não corroboram com os resultados da gravidade do quadro clínico da criança (maioria de pouca gravidade) quando correlacionada ao QSG e IPSF, ainda que tenha se verificado uma tendência para uma correlação negativa do estado clínico em relação à percepção do suporte familiar. Dessa forma, a primeira hipótese deste trabalho deixa de receber apoio quanto ao resultado observado, mostrando-se que independente da gravidade do quadro clínico, altos foram os escores para o suporte familiar.

No que se refere ao QSG, como já fora suposto anteriormente, pode ser que os próprios estressores associados às condições do ambiente de cuidados tenham surtido maior efeito no comprometimento da saúde mental das mães, do que a gravidade do quadro de suas crianças. Soma-se à esta sugestão, que para tanto, os escores do QSG estariam mais altos quanto maior fosse a gravidade do estado clínico das crianças. Vale ressaltar, que não foi realizada a comparação entre o estado de saúde da criança nos demais momentos de coleta de dados, com os escores posteriores do QSG.

Para o IPSF, de acordo com os achados de YOUNGBLUT e LAUZON (1995), observou-se que quando o grau da gravidade do quadro clínico da criança é baixo, mostra-se insignificante o efeito desta relação sobre o funcionamento familiar. Estes autores dão a

entender que a admissão em uma UTIP apenas, não apresenta efeitos negativos sobre a família, pois podem existir outros fatores associados à dinâmica familiar, como o tempo de permanência neste local, por exemplo.

Verificou-se a correlação positiva, dos sintomas psiquiátricos apresentados pelas mães e os resultados do QSG, no primeiro momento da coleta de dados, ou seja, logo após a admissão hospitalar (estes resultados devem ser generalizados e discutidos com cuidado, uma vez que os dados de sintomas psiquiátricos foram referidos pelas participantes por meio de um instrumento não padronizado). Sugere-se desse modo, que as participantes que já vinham apresentando a sintomatologia psiquiátrica antes da hospitalização, tinham relação com os escores altos de saúde mental verificados nesta medida. Contudo faz-se importante ressaltar que a quantidade de sintomas assinalados pelas participantes não se mostrou alta, visto a possibilidade total de pontos que toda a amostra poderia apresentar.

Quando comparadas na análise estatística de Spearman em seus resultados totais para os quatro momentos, não se constatou uma correlação positiva, entre as médias totais do IPSF e as do QSG, durante o processo global de avaliação destas participantes, não sendo confirmada, portanto, a terceira hipótese deste estudo. Tal fato possa estar conexo, ao acontecimento do IPSF não ter variado nos momentos de avaliação, impossibilitando dessa maneira a sua correlação com o QSG.

Passa-se neste momento a pautar os achados deste estudo aos propósitos da Teoria da Crise. Para BOTELLA (1998), a discussão do status ontológico da psicologia, enquanto ciência, implica na reflexão dos discursos objetivos e construtivistas, em suas construções sociais para a compreensão do seu objeto de estudo e aplicação clínica. O modelo construtivista é compreendido por intermédio da representação interna do conhecimento objetivo da realidade e compara-se a este modelo, a abordagem psicológica cognitiva-comportamental, para a qual aspectos do pensamento e da interpretação das emoções são levados em consideração na percepção que os indivíduos têm dos acontecimentos da realidade.

Relembrando as posições teóricas sobre a crise na revisão da literatura deste estudo, para ELLIS (1989), a Terapia Racional Emotiva relaciona-se às ocasiões de crise, nas quais o indivíduo atribui significado para sua experiência sem a determinação de

estímulos ou ocorrências do ambiente externo, mas essencialmente pela interpretação cognitiva que se confere para esta circunstância. CALVERT e PALMER (2003) referem que a base fundamental da abordagem cognitiva enfoca a relação entre o pensamento, sentimento e comportamento quanto à responsabilidade das cognições sobre as respostas ou os comportamentos emitidos pelos indivíduos. O comportamento diante desta colocação mostra-se dependente dos processos de pensamento, baseados nas experiências pessoais dos sujeitos, sendo que cognições distorcidas ou disfuncionais podem influenciar o humor e o comportamento para distúrbios psicológicos, associados às situações específicas.

As circunstâncias de crise podem envolver sofrimento psicológico ou ainda comprometimento da saúde mental, sendo considerado este momento, como um disparador para pensamentos distorcidos, ou mesmo negativos e tendenciosos das informações ambientais, com a apresentação de labilidade emocional e mudanças comportamentais na busca de controle do equilíbrio (FREEMAN e DATTILIO, 2004). Levando-se em conta que as participantes desta pesquisa perceberam o suporte de seus familiares durante a situação de crise avaliada nas quatro medidas deste estudo, pode-se supor que receberam encorajamento, apoio para compartilhar suas tristezas e incertezas de seus familiares e as informações devidas durante o período de hospitalização pela equipe de saúde, sendo estas práticas pontuadas por ELLIS (1989), como técnicas de combate às ocasiões de crise.

No que se refere à saúde mental das mães, observou-se na primeira e segunda medida deste trabalho que aproximadamente, metade da amostra foi considerada como caso, para a indicação do comprometimento de sua saúde geral. FREITAS et al (2002), ao apresentar em seu trabalho as presumíveis fases que o indivíduo em crise possa apresentar, salienta que na primeira fase, o indivíduo na tentativa de resolver o seu problema, mostra-se tenso, confuso cognitivamente, colocando em risco a satisfação de suas necessidades e podendo apresentar sensações de mal estar físico e psicológico.

Remetendo-se aos dados deste estudo em discussão, SPRANGERS et al (2002) relacionam dentre os vários percalços sofridos pela pessoa em crise, o rebaixamento de sua auto-imagem, confiança em si mesmo quando associados à condição de enfrentamento deste período. POINDEXTER (1997) adverte que os momentos de crise são influenciados por eventos específicos como incidentes externos ou internos para o indivíduo, dependendo

do significado atribuído ou da percepção destas pessoas que costumeiramente, são resultantes de um insucesso no enfrentamento de uma dada ocorrência, com a apresentação de respostas emocionais de ansiedade e incertezas e comprometimento de sua qualidade de vida.

Sendo assim, analisando-se que todo o grupo amostral passava pela primeira vez por esta experiência, avalia-se como relevante o comprometimento da saúde geral, diante dos altos escores que envolviam o estresse psicológico, confiança no seu desempenho entre outras dimensões do QSG ou mesmo as características de personalidade das participantes, a despeito do suporte familiar recebido. Complementa-se a esta observação, para o enfrentamento de uma dada situação em referência ao significado das experiências acumuladas ao longo da vida, pela tendência limítrofe observada para participantes mais velhas nesta pesquisa, na percepção de um melhor suporte familiar.

Dentre os possíveis comportamentos que familiares em situações de crise podem apresentar, conforme refere DATILLIO (2004) encontram-se dentre outros, a possibilidade de afastamento de outros membros de interação ou até mesmo do próprio indivíduo em crise do seu grupo familiar, supondo-se que este fato não aconteceu com a amostra referida nesta pesquisa. Informa AGUILERA (1994), que uma crise psicológica refere-se a uma inabilidade do indivíduo para resolver um determinado problema, diante de uma situação diferente, de mudança em sua vida e da rotina na qual está habituado e que nesta ocasião, a pessoa pode se sentir impossibilitada para utilizar mecanismos de enfrentamento.

Diante desta citação literária, o presente estudo não teve como objetivo, relacionar e avaliar as possíveis estratégias de enfrentamento das participantes, sendo uma sugestão para os próximos estudos, pois, observa-se na literatura pesquisada sobre crise, a importância que o *coping* apresenta para o comprometimento maior ou não da saúde mental. Segundo PATTERSON (1995), a capacidade de enfrentamento em circunstância de crise ou estresse denominada de mediadora, refere-se à capacidade de ajustamento do indivíduo a esta condição.

Notou-se frente às expectativas das mães em relação ao quadro clínico apresentado pela criança na primeira medida do estudo, respostas de algumas como, a crença em Deus para a melhora de seu filho e ainda que os cuidados seriam redobrados para o restabelecimento e não mais adoecimento da criança. Estas cognições referem-se para MARKS (1998) estabelecem a percepção para a influência de suas ações, como lócus de controle externo-acaso, ao exemplo de Deus dominando a situação ou ainda lócus de controle interno, para a qual a crença do indivíduo do que lhe acontece na vida está submetida às conseqüências de suas ações, como produtos de seus esforços pessoais. Provavelmente estes modos de avaliação esteja relacionado à capacidade de enfrentamento utilizada em situações de crise, como as hospitalizações em UTIP e mereçam da mesma forma novos estudos que os contemple.

Para finalizar esta discussão serão complementadas as limitações já citadas no decorrer deste capítulo e as sugestões para estudos futuros. Como já apontado anteriormente o número amostral, correspondente ao seis meses de aplicação desta pesquisa parece ter implicações para as hipóteses refutadas neste trabalho. Informa-se dessa forma, como, ao exemplo da pesquisa de TAMBS e MATHIESEN (2002), cujo período de coleta de dados deu-se em um ano e meio, que estudos longitudinais apresentem um tempo maior para sua aplicação, para maior fidedignidade de suas proposições. Aliado aos fatores tempo e amostra apontados, pode-se recomendar ainda a aplicação da análise estatística de regressão logística, para um adequado entendimento de como diversas variáveis estão relacionadas e explicam a saúde mental, no caso de uma amostra maior.

Uma outra crítica se refere à realização de apenas uma medida para a análise do quadro clínico apresentado pelas crianças hospitalizadas, acrescido da limitação de seus itens de avaliação, uma vez que três destes incisivos acabaram foram descartados, pela possibilidade de julgamento subjetivo. Observou-se que estudos longitudinais em UTIP como os de YOUNGBLUT e LAUZON (1995), TOMLINSON et al (1996), MU e TOMLINSON (1997) que utilizaram a escala padronizada *Pediatric Risk of Mortality* (PRISM), para avaliar a gravidade da criança durante a hospitalização, obtiveram maior controle desta variável para associá-las aos objetivos de suas pesquisas.

Por último, para estudos posteriores de acompanhamento de mães de crianças hospitalizadas em UTIP, sugere-se pela avaliação das estratégias de locus controle e auto-eficácia, a fim de se avaliar se a saúde mental está associada às estes construtos. Considera-se finalmente que estas sugestões possam acrescentar o primeiro passo indicado por este trabalho, diante de sua proposta original ao comparar-se com feitos da revisão da literatura até o presente momento.

CONCLUSÃO



A presente pesquisa possibilitou algumas conclusões e recomendações para estudos futuros. Os dados revelaram, que a saúde mental das participantes reduziu-se significativamente para os quatro momentos de avaliação. O mesmo não ocorrendo com a percepção do suporte familiar que não variou ao longo das medidas de análise.

Por meio das avaliações realizadas observou-se que-

- Não houve variação para os resultados do IPSF e QSG ao levar-se em conta as características sócio-demográficas da amostra e tão pouco para os escores totais do IPSF nos momentos de avaliação.
- As mães casadas tenderam a perceber melhor suporte familiar quando comparadas com as solteiras.
- Identificou-se uma variação significativa para os escores da avaliação da saúde mental durante a aplicação do estudo.
- Correlação alguma foi encontrada entre o IPSF e QSG para os quatro momentos de aplicação e tão pouco, na associação do IPSF ao estado clínico da criança.
- Do mesmo modo, para as variáveis, eventos vitais estressores em seus escores totais quando comparados ao IPSF e QSG, para os quatro momentos de avaliação não se correlacionaram, ocorrendo igualmente na relação entre o IPSF e a Intensidade de estresse percebida pelas mães.
- Houve correlação significativa na associação do QSG, para a média de seus resultados em todos os momentos e a intensidade de estresse identificada pelas participantes.
- Da mesma forma, notou-se correlação significativa para o QSG avaliado no primeiro momento e os sintomas psiquiátricos apontados pelas participantes.

Como já referido, a saúde mental mostrou-se relevante para a percepção da intensidade do estresse feita pelas mães, merecendo esta associação em estudos futuros, maior avaliação dos apontamentos da estruturação cognitiva e modelos de enfrentamento em situações de crise.

Por ser esta uma amostra reduzida, sugere-se que novos trabalhos sejam realizados com a mesma proposta, por um período de tempo maior, com o objetivo de complementar os dados verificados e averiguar a manutenção de ganhos obtidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



AGUILERA, D. C. Historical Development of Crisis Intervention Methodology. In: AGUILERA, D. C. **Crisis Intervention: theory and methodology**. St. Louis, Missouri: Mosby – Year Book, Inc. Seventh Edition, 1994, p.1-12.

ANDRADE, V. R. O. Interação criança, mãe, equipe de enfermagem em processo de hospitalização. **Revista Enfermagem**, UERJ, 1(1): 28-35,1993.

ANDRAUS, L. M. S.; MINAMISAVA, R.; MUNARI, D. B. Cuidando da família da criança hospitalizada. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, 14 (2): 54-60, 2004.

ANESHENSEL, C. S.; STONE, J. D. Stress and Depression. **Arch Gen Psychiatry**, 39:1392-1396, 1982.

ÁSTEDT-KURKI, P.; LEHTI, K.; PAUNOMEN, M.; PAALIAINEN, E. Family member as a hospital patient: sentiments and functioning of family. **International Journal of Nursing Practice**, 5:155-163, 1999.

AZOULAY, E.; PORCHARD, F.; CHEVRET, S.; BRIVET, F.; BRUN, F.; CHARLES, P-E. et al. Family participation in care to the critically ill: opinions of families and staff. **Intensive Medical Care**, 29: 1498-1504, 2003.

BAIDER, L.; EVER-HADANI, P.; GOLDZWEIG, G.; WYGODA, M. R.; PERETZ, T. Is perceived family support a relevante variable in psychological distress? A sample of prostate and breast cancer couples. **Journal of Psychosomatic Research**, 55: 453-460, 2003.

BALDINI S. M.; KREBS, V. L. J.; CECCON, M. E. J. R.; VAZ, F. A. C. Reacciones de los padres frente a la internación del niño enfermo en un centro de terapia intensiva. **Arquivo Pediatría Uruguaia**, 69(4): 71-77, 1998.

BAPTISTA, M. N. Desenvolvimento do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): estudos psicométricos preliminares. **Psico-USF**, 10 (1): 11-19, 2005.

BARONET, A-M. The impact of family relations on caregiver' positive and negative appraisal of their caretakin activities. **Falily Relations**, 52(2): 137-142, 2003.

- BARRERA, F. Q.; SEPÚLVEDA, A. B.; WEBER, C.; MORAGA, F. M.; ESCOBAR, S. M.; MEJÍAS, M. J. Participacion Materna en la Atención del niño Hospitalizado. **Revista Chilena Pediatría**, 64(3): 164-168, 1993.
- BARTEL D. A.; ENGLER, A. J.; NATALE, J. E.; MISRA, V.; LEWIN, A. B.; JOSEPH, J. G. Working with families of suddenly and critically Ill Children. **Arquiv Pediatric Adolescent Medicine**, 154: 1127-1133, 2000.
- BECKER-COTTRILL, B.; McFANLAND, J.; ANDERSON, V. A model of positive bahavioral support for individuals with autism and their families: the family focus process. **Focus on Autism and Other Developental Disabilities**, 18(2): 110-120, 2003.
- BECKINGHAM, A. C.; BAUMANN, A. The ageing family in crisis: assessment and decision-making models. **Journal of Advanced Nursing**, 15: 782-787, 1990.
- BERESTEIN, I. Os limites de uma definição do grupo familiar. In: BERESTEIN, I. **Família e Doença Mental**, São Paulo: Escuta, 1988, p. 26-41.
- BOARD, R.; RYAN-WENGER, N. State of the science on parental stress and family functioning in Pediatric Intensive Care Units. **American Journal of Critical Care**, 9(2): 106-122, 2000.
- BOARD, R.; RYAN-WENGER, N. Long-term effects of pediatric intensive care unit hospitalization on families with young children. **Heart & Lung**, 31(1): 53-66, 2002.
- BOARD, R.; RYAN-WENGER, N. Stressors and stress symptom of mothers with children in the PICU. **Journal of Pediatric Nursing**, 18(3): 195-202, 2003.
- BRANNAM, A. M.; HEFLINGER, C. A. Distinguish Caregiver Strain from Psychological Distress: modeling the relationships among child, family, and cargiver variables. **Journal of Child and Family Studies**, 10(4): 405-418, 2001.
- BURACK-WEIS, A. The carevier's memoir: a new look at family support. **Social Work**, 40(3): 391-396, 1995.
- BURKE, L. The impact of maternal depression on familial relationships. **International Review of Psychiatry**, 15: 243-255, 2003.

- CALVERT, P.; PALMER, C. Application of the cognitive therapy model to initial crisis assessment. **International Journal of Mental Health Nursing**, 12: 30-38, 2003.
- CARLSON, D. S.; PERREWÉ, P. L. The role social support in the stressor-strain relationship: an examination of work-family conflict. **Journal of management**, 25(4): 513-540, 1999.
- CARVER, M. D.; JONES W. H. The family satisfaction scale. **Social Behavior and personality**, 20(2): 71-84, 1992.
- CLARK, P. C.; DUNBAR, S. B. Preliminary reliability and validity of a family care climate questionnaire for heart failure. **Families, Systems & Health**, 21(3): 281-291, 2003.
- COELHO, S. V. As transformações da família no contexto brasileiro: uma perspectiva das relações de gênero. **Psique**, 16:7-24, 2000.
- COMMITTEE ON EARLY CHILDHOOD, ADOPTION AND DEPENDENT CARE. The Pediatrician's Role in Family Support Programs. **Pediatrics**, 95(5): 781-783, 1995.
- CORRÊA, A. K.; SALES, C. A.; SOARES, L. A família do paciente internado em terapia intensiva: concepções do enfermeiro. **Maringá**, 24(3): 811-818, 2002.
- CRAFT, M. J.; BUCKWALTER, K.; NICHOLSON, A.; MEGIVERN, K. Behavioral responses of family members during critical illness. **Clinical Nursing Research**, 2(4): 414-437 1993.
- CREPALDI, M. A.; VARELLA, P. B. A recepção da família na hospitalização de crianças. **Paidéia**, 2000.
- DAMIÃO, E. B. C.; ANGELO, M. A. Experiência da família ao conviver com a doença crônica da criança. **Revista da Escola de Enfermagem - USP**, 35(1): 66-71, 2001.
- DATTILIO, F. M. Família em crise. In: DATTILIO, F. M.; FREEMAN, A. (org.), **Estratégias cognitivo-comportamentais de intervenção em situações de crise**. Porto Alegre: ArtMed, 2004, p.264-280.
- DESSEN, M. A.; BRAZ, M. P. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 16 (3): 221-231, 2000.

- DESSEN, M. A.; SILVA NETO, N. A. Questões da família e desenvolvimento e a prática de pesquisa. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, editorial, 16(3): iii-v, 2000.
- DIAS, V. L. M.; ANNA, E. T. S.; MOTTA, M. G. C.; RIBEIRO, N. R. R. Ações de estimulação à criança na unidade de tratamento intensivo pediátrico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 9(2): 73-76, 1988.
- DIAS, R. R.; BAPTISTA, M. N.; BAPTISTA, A. S. D. Enfermagem de Pediatria: avaliação e intervenção psicológica. In: BAPTISTA, M. N.; DIAS, R.R. (Org.). **Psicologia Hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003, p. 53-73.
- DOBROF, J.; EBENSTEIN, H. Family caregiver self-identification: implications for healthcare and social service professionals. **Family Caregiving**, 6: 33-38, 2003-2004.
- ELLIS, A. Using Rational-Emotive Therapy (RET) as crisis intervention: a single session with a suicidal client. **Individual Psychology**, 45(1): 75-81, 1989.
- FORDE, H.; LANE, H.; McCLOSKEY, D.; McMANUS, V.; TIERNEY, E. Link Family Support – a evaluation of an in-home support service. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, 11: 698-704, 2004.
- FREEMAN, A.; DATTILIO, F. M. Introdução. In: DATTILIO, F. M.; FREEMAN, A. (org.), **Estratégias cognitivo-comportamentais para intervenção em crises: tratamentos de problemas clínicos**. São Paulo: Editorial Psy II, 1995, vol. I, p. 21-48.
- FREEMAN, A. e DATTILIO, F. M. Introdução. In: DATTILIO, F. M.; FREEMAN, A. (org.), **Estratégias cognitivo-comportamentais de intervenção em situações de crise**. Porto Alegre: ArtMed, 2004, p.19-36.
- FREITAS, M. R. I; GIR, E.; FUREGATO, A. R. F. Sexualidade do portador do vírus da imunodeficiência humana (HIV): um estudo com base na teoria da crise. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, 10(1): 70-76, 2002.
- GOMES, E. A. Intervencion psiquiátrica em crises. **Revista de Neuropsiquiatria**, 45(1): 19-25, 1982.

- GOMES, G. C.; LUNARDI FILHO, W. D. A família na unidade de pediatria: uma unidade que se cuida, uma unidade a ser cuidada. **Texto & Contexto Enfermagem**, 9(2): 28-38, 2000.
- GRUDTNER, D. I. A família na UTI. **Revista Ciência e Saúde**, 13 (1/2): 176-180, 1994.
- GUIRARDELLO, E. de B; GABRIEL, C.A.A.R., PEREIRA, I. C.; MIRANDA, A. F: A percepção do paciente sobre sua permanência na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem - USP**, 33 (2): 123-9, 1999.
- HALLSTRÖN, I.; RUNESSON, I.; ELANDER, G. Observed parental needs during their child's hospitalization. **Journal of Pediatric Nursing**, 17(2): 140-148, 2002.
- HALM, M. A.; TITLER, M. G.; KLEIBER, C.; JOHNSON, S. K.; MONTGOMERY, L. A. CRAFT, M. A. et al. Behavioral Responses of Family Members during Critical Illness. **Clinical Nursing Research**, 2(4): 414-437, 1993.
- HARTMAN, J. B.; GAZQUEZ, A. H. Grupo de Mães e/ou Acompanhantes – Estudo Comparativo 1996-1998. **Aletheia**, 8(2): 87-94, 1998.
- HAWTON, K.; SALKOVSKIS, P. M; KIRK, J.; CLARK, D.M. **Terapia Cognitivo-Comportamental para Problemas Psiquiátricos**. São Paulo: Martins Fontes, 1997, p. 1-17.
- HAWKINS, W. E.; TAN, P. P.; HAWKINS, M. J.; SMITH, E.; RYAN, E. Depressive symptomatology and specific of social support. **Psychological Reports**, 84: 1180-1186, 1999.
- HERSEY, P.; BLANCHARD, K.H. Os pais no país da confusão. In: HERSEY, P.; BLANCHARD, K.H. **Psicologia para a vida familiar**. São Paulo: Mediterrânea, 1986, p. 1-15.
- HILL, J.; FONAGY, P.; SAFIER, E.; SARGENT, J. The ecology of attachment in the family. **Family Process**, 42(2): 205-221, 2003.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico: dados distritais**. Rio de Janeiro: IBGE, 2000, p. 1-178.

- JACCARD, C. K. W.; RAMEY, S. L. The relationship between social support and life satisfaction as a function of family structure. **Journal of Marriage and the Family**, 58: 502-513, 2001.
- JOHNSON, S. K.; CRAFT, M.; TITLER, M.; HALM, M.; KLEIBER, C.; MONTGOMERY, L. A. et al. Perceived changes in adult family members' roles and responsibilities during critical illness. **Journal of Nursing Scholarship**, 27(3): 238-243, 1995.
- KACZMARECK, L.; GOLDSTEIN, H.; FLOREY, J. D.; CARTER, A.; CANNON, S. Supporting Families: a preschool model. **TECSE**, 24(4): 213-216, 2004.
- KASAK, A. E. A contextual family systems approach to pediatric psychology: introduction to the especial issue. **Journal of Pediatric Psychology**, 22(2): 141-148, 1997.
- KIRK, R. H. Family Support: The Roles of Early Years' Centres. **Children & Society**, 17: 85-89, 2003.
- LEMOS, R. C. A.; ROSSI, L. A. O significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 10 (3): 345-357, 2002.
- LIMA, A. P. G.; MELO'ROCHA, S. M.; SCOCHI, C. G. S. Assistência hospitalizada: reflexões acerca da participação dos pais. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, 7(2): 33-39, 1999.
- LIPP, M. N.; MALAGRIS, L. N. Manejo do estresse. In: RANGE, B. (Org.). **Psicoterapia Comportamental e Cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas**. Campinas: Editorial Psy Ltda. 1998, p. 279-292.
- LIPP, M. N.; MALAGRIS, L. N. O estresse emocional e seu tratamento. In: RANGE, B. (Org.). **Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: ARTMED. 2001, p. 475-490.
- MAJOR, D. A. Utilizing role theory to help employed parents cope with children's chronic illness. **Health Education Research**, 18(1): 45-57, 2003.

MANCINI, J. A.; ORTHNER, D. K. The context and consequences of family change. **Family Relations**, 37: 363-366, 2001.

McCURDY, K.; DARO, D. Parent involvement in family support programs: an integrated theory. **Family Relations**, 50(2), 113-121, 2001.

MELNYK, B. M.; ALPERT-GILLIS, L. J.; HENSEL, P. B.; CABLE-BEILLING, R. C.; RUBENSTEIN, J. S. Helping mothers cope with a critically ill child: a pilot test of the COPE Intervention. **Research in Nursing & Health**, 20: 3-14, 1997.

MILLER, J.; DARLINGTON, Y. Who supports? The providers of social support to dual-parent families caring for young children. **Journal of Community Psychology**, 30(5): 461-473, 2002.

MITCHEL, M. L.; COURTNEY, M. Reducing family members' anxiety and uncertainty in illness around transfer from intensive care: a intervention study. **Intensive and Critical Care Nursing**, 20: 223-231, 2004.

MONDARDO, A. H. O Papel do psicólogo no atendimento a crianças hospitalizadas. **Psicologia**, 28(2): 35-46, 1997.

MORGON, F. H.; GUIRARDELLO, E. B. Validação da escala de razão das necessidades de familiares em unidade de terapia intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 12 (2): 198-203, 2004.

MU, P-F.; TOMLINSON, P. Parental experience and meaning construction during a Pediatric Health Crisis. **Western Journal of Nursing Research**, 19(5): 608-636, 1997.

MUSCROFT, J.; BOWL, R. The impact of depression on caregivers and other family members: implications for professional support. **Counselling Psychology Quarterly**, 13(1): 117-134, 2000.

NAPPO, S. A.; CARLINI, E. A. **Listagem dos Medicamentos Psicoativos registrados no Brasil**. CEBRID – UNIFESP/EPM, 1999.

NEDERHOF, A. J.; ZWIER, A. G. The 'crisis' in social psychology, an empirical approach. **European Journal of Social Psychology**, 13: 255-280, 1983.

NOVAES, M. A. F. B.; KNOBEL, E.; BORK, A. M. G. T.; SANTOS, O. F. P.; MARTINS, L. A. N.; FERRAZ, M. B. Internação em UTI. Variáveis que interferem na resposta emocional. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, 67: 99-102, 1996.

NOVAES, M. A. F. B.; ROMANO, B. W.; LAGE, S. G. Estressores em uma unidade de terapia Intensiva: percepção do paciente, família e equipe. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, 3 (1) 13-19, 2000.

OLIVEIRA, B. R. G.; COLLET, N. Criança hospitalizada: percepção das mães sobre o vínculo afetivo criança-família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 7(5): 95-102, 1999.

OLSON, D. H.; RUSSELL, C. S.; SPRENKLE, D. H. Circumplex Model of Marital and Family Systems: Theoretical update. **Family Process**, 22: 69-83, 1983.

OMS (Organização Mundial de Saúde). **Composite International Diagnostic Interview (CIDI)**, 1997. Disponível em: <http://www.who.int/cidi/index/htm>. Acesso em: 19/07/04.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W. Desenvolvimento Psicossocial na terceira infância. In: PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W. **Desenvolvimento Humano**. Porto Alegre: ArtMed, p. 281-306, 2000.

PASQUALI, L.; GOUVEIA, V. V.; ANDRIOLA, W. B.; MIRANDA, F. J.; RAMOS, A. L. M. **Questionário de Saúde Geral de Goldberg**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 9-16, 1996.

PATTERSON, J. M. Promoting resilience in families experiencing stress. **Family-Focused Pediatrics**, 42(1): 48-63, 1995.

POCHARD F.; AZOULAY, E.; CHEVRET, S.; LEMAIRE, F.; HUBERT, P.; CANOUI, P. et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: ethical hypothesis regarding decision-making capacity. **Critical Care Medicine**, 29(10): 1893-1897, 2001.

POINDEXTER, C. C. In the aftermath: serial crisis intervention for people with HIV. **Health & Social Work**, 22(2): 125-132, 1997.

PREGNOLATTO, A. P. F.; AGOSTINHO, V. B. M. A. O psicólogo na Unidade de Terapia Intensiva-Adulto. In: BAPTISTA, M. N.; DIAS, R.R. (Org.). **Psicologia Hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003, p. 93-107.

PROCIDANO, M. E.; HELLER, K. Measures of perceived social support from friends and from family: three validation studies. **American Journal of Community Psychology**, 11(1): 1-24, 1983.

QUEIRÓZ, M. V. O.; BARROSO, M. G. T. Qualidade de vida/acompanhante de criança hospitalizada. **Texto Contexto Enfermagem**, 8 (3): 147-161, 1999.

REES, G.; GLEDHILL, J.; GARRALDA, M.E. e NADEL, S. Psychiatric outcome following paediatric intensive care unit (PICU) admission: a cohort study. **Intensive Care Medical**, 30: 1607-1614, 2003.

ROBERTS, C. S.; FEETHAN, S. L. Assessing family functioning across three areas of relationships. **Nursing Research**, 31(4): 231-235, 1982.

RODA, A. B. L. de; MORENO, E. S. Estructura social, apoyo social y salud mental. **Psicothema**, 13 (10): 17-23, 2001.

ROSS, C. E.; MIROWSKY, J. Family Relationships, Social Support and Subjective Life Expectancy. **Journal of Health and Social Behavior**, 43(4): 469-89, 2002.

SANCHEZ, F. I. A. **Percepção do sistema familiar e avaliação de sintomatologia depressiva em mães de crianças autistas**. Campinas, 2004. (Dissertação - Mestrado – Universidade de Campinas).

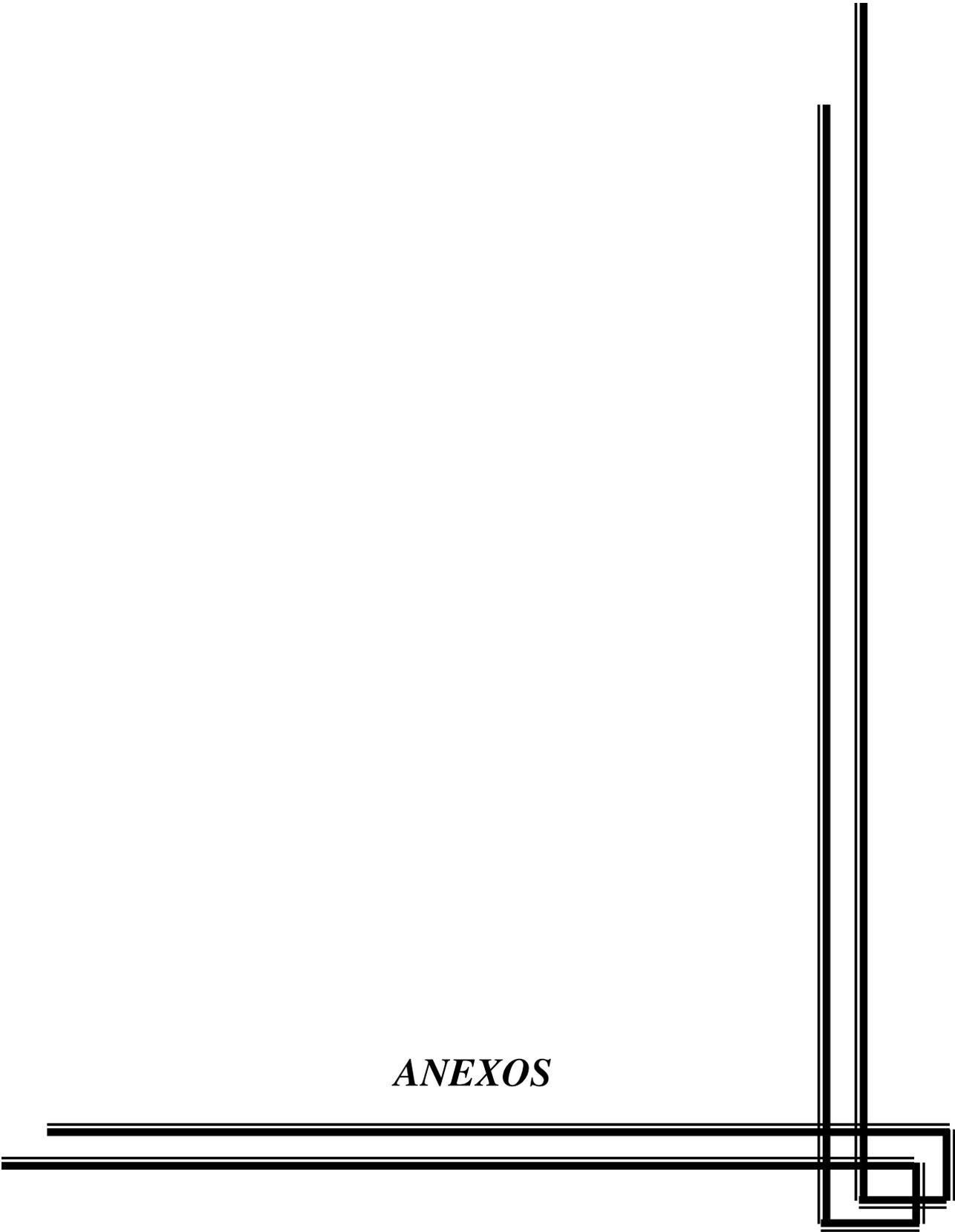
SANTOS, V.; KNIBEL, M.; FLEMMING, L. Um novo conceito de centro de tratamento Intensivo: a ergonomia na humanização e otimização dos espaços. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, 6 (3) 66-69, 1994.

SANTOS, C. R.; TOLEDO, N.N.; SILVA, S. C. Humanização em Unidade de terapia intensiva: paciente – equipe de enfermagem – família. **Nursing**, 2(17): 26-29, 1999.

- SEBASTIANI, R. W. Atendimento Psicológico no Centro de Terapia Intensiva. In: CAMMON-ANGERAMI, W.; TRUCHARTE, F.A.R.; KNIJNIK, R.B.; SEBASTIANI, R. W. **Psicologia Hospitalar: Teoria e Prática**. São Paulo: Pioneira, 1995, p.29 -71.
- SEIDMAN, R. Y.; WATSO, M. A.; CORFF, K. E.; ODLE, P.; HAASE, J.; BOWERMAN, J. L. Parent stress and coping in NICU and PICU. **Journal of Pediatric Nursing**, 12(3): 169-177, 1997.
- SHIOTSU, C. H.; TAKAHASHI, R. T. O acompanhante na instituição hospitalar: significado e percepções. **Revista Escola de Enfermagem - USP**, 34 (1): 99-107, 2000.
- SIU, O-L.; PHILLIPS, D. R. A study of family support, friendship, and psychological well-being among older women in Hong Kong. **Int’L Journal Aging and Human Development**, 55(4): 299-319, 2002.
- SPRANGERS, M. A. G.; TEMPELLAR, R.; VAN DEN HEUVEL, W. J. A.; HAES, H. C. J. M. Explaining quality of life with crisis theory. **Psycho-Oncology**, 11: 409-416, 2002.
- STUDDERT, D. M.; BURNS, J. P.; MELLO, M. M.; PUOPOLO, A. L.; TRUOG, R. D.; BRENNAN, T. A. Nature of conflict in the care of Pediatric Intensive Care patients with prolonged stay. **Pediatrics**, 112(3): 553-558.
- TAMBS, A. N.; MATHIESEN, K. S. Chile related strain and maternal mental health a longitudinal study. **Acta Psychiatr Scand**, 105: 301-309, 2002.
- TOMLINSON, P. S.; MITCHELL, K. E. On the nature of Social Support for families of critically ill children. **Journal of Pediatric Nursing**, 7(6): 386-394, 1992.
- TOMLINSON, P. S.; HARBAUGH, B.L.; KOTCHEVAR, J.; SWANSON, L. Caregiver mental health and family health outcomes following critical hospitalization of a child. **Issues in Mental Health Nursing**, 16:533-545, 1995.
- TOMLINSON, P. S.; KIRSCHBAUM, M.; HARBAUGH, B.; ANDERSON, K. H. The influence of illness severity and family resource on maternal uncertainty during critical Pediatric hospitalization. **American Journal of Critical Care**, 5(2): 140-146, 1996.

- TOMLINSON, P. S.; SWIGGUM, P.; HARBAUGH, B. L. Identification of nurse-family intervention sites to decrease health-related Family Boundary in PICU. **Issues in Comprehensive Pediatric Nursing**, 22: 27-47, 1999.
- UCHINO, B. N.; UNO, D.; HOLT-LUNSTAD, J. Social support, physiological processes and health. **Current Directions in Psychological Science**, 8(5): 145-148, 1999.
- VARGAS, M. A.; HECKLER, S. Saúde, família saudável e criança saudável: concepções e relações das agentes comunitárias. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 20 (2): 37-49, 1999.
- VESSEY, J. Children's psychological responses of hospitalization. **Annual Rev Nursing Research**, 21: 173-201, 2003.
- WASHINGTON, G. T. Families in Crisis. **Nursing management**, 32(5): 28-33, 2001.
- WEBSTER-STATTON, C. Stress: a potential disruptor of parent perceptions and family interactions. **Journal of Clinical Child Psychology**, 19(4): 302-312, 1990.
- WONG, D. L. Cuidado de enfermagem centrado na família à criança doente ou hospitalizada In: WALEY, W. **Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à internação específica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999, p. 542-593.
- YOUNGBLUT, J. M.; SHIAO, S-Y. P. Child and family reactions during and after pediatric ICU hospitalization: a pilot study, **Heart & lung**, 22(1): 46-54, 1993.
- YOUNGBLUT, J. M.; LAUZON, S. Family functioning following Pediatric Care Unit hospitalization. **Issues in Comprehensive Pediatric Nursing**, 18: 11-25, 1995.
- ZABRISKIE, R. B.; McCORMICK, B. P. The influences of Family Leisure Patterns on Perceptions of Family Functioning. **Family Relations**, 50(3): 281-289, 2001.
- ZANNON, C. M. L. C. A importância da hospitalização conjunta: da prescrição ao ponto de vista da família. **Pediatria Moderna**, 30(7): 1126-1136, 1994.
- ZASPE, C.; MAGALL, M. A.; OTTANO, C.; PEROCHENA, M. P.; ASIAIN, M. C. Meeting need of family members of critically ill patients in a Spanish Intensive Care Unit. **Intensive Critical Care Nursing**, 13(1): 12-16, 1997.

ANEXOS



ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta é uma pesquisa sobre a avaliação de suporte familiar e saúde mental e tem como objetivo, investigar e descrever os padrões de interação do grupo familiar e possíveis ocorrências de sintomas de transtornos comportamentais em cuidadoras de crianças hospitalizadas em UTI-Pediátrica.

Serão aplicados quatro instrumentos, sendo um de identificação dos dados da participante, um Roteiro de Entrevista para avaliar se a participante sofreu algum transtorno de comportamento antes da hospitalização, um questionário sobre a percepção de suporte familiar recebido nos momentos em que está sendo avaliada e um questionário para avaliação de sua saúde geral. Todos os instrumentos serão aplicados no primeiro momento do processo de coleta de dados (segundo dia de hospitalização) com duração de aproximadamente 2:30 hr (caso a participante preferir, poderá permanecer com os questionários nesta ocasião e respondê-los neste período em momentos que julgar que sua relação com o internado não será comprometida). No segundo momento (sexto dia de internação), terceiro momento (retorno ao ambulatório de egressos após alta hospitalar) e quarto momento (um mês após alta hospitalar) serão aplicados somente os questionários de Suporte Familiar e de Avaliação da Saúde Geral, com duração aproximada de 1:30 hr. A participação na pesquisa é voluntária e o sigilo quanto à identificação da participante será mantido. Os dados coletados serão divulgados junto ao programa de Pós Graduação da Saúde da Criança e do Adolescente da Unicamp e encontros ou publicações científicas.

A participante poderá desistir a qualquer momento, não influenciando no seu atendimento institucional.

Desde já agradeço a sua atenção.

Eu, _____ (nome completo e telefone para contato) _____
(endereço completo) _____

_____ concordo em participar da pesquisa sobre suporte familiar, realizada pela pesquisadora psicóloga Rosana Righetto Dias, doutoranda do Curso de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da UNICAMP, desde que meu nome se mantenha em sigilo.

Se necessário maiores esclarecimentos, o telefone de contato da pesquisadora é (19) 32334769 ou (19) 97974313 e do Comitê de Ética em Pesquisa é (19) 3788-8936, para eventuais denúncias.

Assinatura da participante

____/____/____

Observação: Desejo ser avisada caso seja detectado algum comprometimento de minha saúde.

() sim () não

ANEXO 2

Ficha de Caracterização

Data: ____/____/____

➤ Dados Sócio-Demográficos - Cuidador:

- Iniciais: _____
- Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____
- Naturalidade: _____ Procedência: _____
- Grau de instrução:
 - () ensino fundamental completo () ensino fundamental incompleto
 - () ensino médio completo () ensino médio incompleto
 - () ensino superior completo () ensino superior incompleto
- Profissão/ Ocupação: _____
- Ocupação atual: _____
- No caso de trabalhar fora de casa, com quem ou onde ficam as crianças?

- Renda Familiar mensal: () até 2 salários mínimos () de 2 a 5 salários mínimos () de 5 a 10 salários mínimos () mais de 10 salários () outros _____
- Você é responsável direto pelo sustento financeiro de outras pessoas (ex: irmão, filho, esposo etc.)?
Se sim, quais? _____
- Recebe algum tipo de ajuda para complementar o sustento de sua família?
() Sim Qual? _____ () Não
- Estado civil: () solteiro () casado () divorciado () outros _____
- Se casada – tempo de união: () 1 a 3 anos () de 4 a 7 anos () 8 a 11 anos
() 12 a 15 anos () 16 a 19 anos () mais de 20 anos
- Grau de instrução do companheiro:
 - () ensino fundamental completo () ensino fundamental incompleto
 - () ensino médio completo () ensino médio incompleto
 - () ensino superior completo () ensino superior incompleto
- Profissão/ocupação do companheiro: _____
- Nº de filhos: () nenhum () de um a três () mais de três

- Se você tem uma criança menor do que sete anos, alguém está se responsabilizando por ela em casa? _____
- Se separada – tempo de separação: () menos de 1 ano () entre 1 e 5 anos () entre 5 e 10 anos () mais de 10 anos
- Se recasada, especificar números de filhos do recasamento:
nenhum () um () dois () três () mais de três
- Quantas pessoas residem na casa? _____
- Quem são?

- Condições do imóvel: () própria () alugada () outros _____
- Religião: () católica () evangélica () espírita () outros _____

➤Dados da Cuidadora – Quadro Clínico

- Conhecimento do motivo da internação: () Sim () Não () Suspeita
- Descrição do motivo: _____

- Conhecimento da doença: () Sim () Não () Suspeita
- Termo utilizado: _____
- Descrição da doença: _____
- Quem informou?

- Outros familiares estão informados sobre quadro atual do paciente?

- Reação emocional/Comportamentos/Crenças frente à:
 - Internação/doença na C.T.I.:

 - Equipe de saúde:

- Paciente:

- Expectativas frente à doença e tratamento:

➤Dados do Prontuário do Paciente

- Número do HC: _____
- Data de Internação: ____/____/____
- Iniciais: _____
- Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____
- Sexo: ()feminino ()masculino
- H.D. _____
- Procedimentos: () investigação diagnóstica () tratamento clínico
() tratamento cirúrgico () outros: _____
- Paciente apresenta-se:

<i>Sedado</i>		<i>Não Sedado</i>	
() Intubado	() Traqueostomia	() Intubado	() Traqueostomia
() Extubado		() Extubado	
() Responsivo	() C.V.*	() Responsivo	() C.V.*
	() A.O.E.*		() A.O.E.*
	() E.D.*		() E.D.*
() Não Responsivo	() C.V.*	() Não Responsivo	() C.V.*
	() A.O.E.*		() A.O.E.*
	() E.D.*		() E.D.*
() Consciente		() Consciente	
() Orientado		() Orientado	
() Desorientado		() Desorientado	
() Confusão Mental*		() Confusão Mental*	

***Legenda:** C.V. = Comando Verbal; A.O.E. = Abertura Ocular Espontânea; E.D. = Estímulo doloroso; Confusão Mental = Consequência do nível orgânico.

- Coma () Glasgow _____
- Comportamento verbal? () Sim () Não
- Tratamentos Anteriores: () não () sim, quantos? _____
- Intervalos: _____

ANEXO 3

Entrevista para Rastreamento de Transtornos Mentais e/ou Comportamentais

1. Assinale os eventos que lhe ocorreram no último ano:

- 1-() Morte de um parente muito íntimo ou parente significativo.
- 2-() Separação conjugal.
- 3-() Doença grave na família.
- 4-() Acréscimo ou diminuição do número de pessoas morando em casa.
- 5-() Aposentadoria.
- 6-() Reconciliação matrimonial.
- 7-() Perda de emprego.
- 8-() Mudança de emprego.
- 9-() Dificuldades de relacionamento no trabalho.
- 10-() Acidentes.
- 11-() Perdas financeiras.
- 12-() Dificuldades sexuais.
- 13-() Problemas de saúde.
- 14-() Dívidas.
- 15-() Mudanças de hábitos pessoais.
- 16-() Mudanças de atividades recreativas.
- 17-() Mudanças de atividades religiosas.

Algum outro evento nos últimos seis meses? _____

2. No último ano você apresentou a necessidade de freqüentar médicos (em geral), psicólogos e/ou psiquiatras? Também apresentou necessidade de tomar algum medicamento psiquiátrico?

Sim () Não ()

() Médicos – motivos: _____ Período: _____

() Psicólogos – motivos: _____ Período: _____

() Psiquiatras – motivos: _____ Período: _____

() Medicamentos – motivos: _____ Período: _____

Quais? _____

3. Você tem algum (s) problema (s) de saúde, hormonal ou sofreu alguma operação nos últimos meses? () Sim Não ()
Se sim, qual (s) _____
4. Nos últimos dois meses você frequentou algum profissional da área da saúde? () Sim Não ()
Se sim, qual (s) _____
Motivo _____
Período _____
5. Você usa algum tipo de medicamento ou drogas frequentemente?
() Sim Não ()
Sem sim, Qual? _____ Para que tipo de problema? _____
Período de utilização: _____
6. Você ou alguém de sua família já teve depressão os outros problemas de comportamento (ansiedade, pânico, fobia etc.)?
() Sim Não ()
Sem sim, Quem? _____
7. Você está sentindo que está passando atualmente por algum momento de estresse, relate a intensidade.
() Sim Não ()
Se sim, assinale o nível de estresse que sente atualmente.
() excessivo () muito () razoável () pouco
Qual o motivo? _____
8. O que te deixa estressada, em poucas palavras com a sua família?

9. Assinale o nível de estresse que sente atualmente em relação à sua família.
() excessivo () muito () razoável () pouco

10. Você tem tensão pré ou pós-menstruação (mudança no humor, irritabilidade, perda de atenção, etc.)?

() Sim Não ()

Se sim, você se encontra neste período hoje?

() Sim Não ()

11. Assinale os sintomas que você experimentou neste último ano (antes da hospitalização):

- 1-() Dores de estômago ou abdominais (sem contar a menstruação).
- 2-() Dores nas articulações (conjuntura dos ossos).
- 3-() Dores nos braços e nas pernas (não nas articulações).
- 4-() Dores no peito.
- 5-() Dores de cabeça.
- 6-() Problemas por vômitos (sem contar a gravidez).
- 7-() Náusea (mal estar no estômago), sem chegar a vomitar.
- 8-() Diarréias.
- 9-() Excesso de gases (inchaço do abdômen).
- 10-() Sentiu-se sem poder enxergar por um ou ambos os olhos, sem poder ver nada por vários segundos.
- 11-() Tonturas.
- 12-() Boca seca.
- 13-() Sentiu que seu coração batia forte e rapidamente.
- 14-() Falta de ar em momentos em que não está fazendo esforço algum.
- 15-() Perdeu a sensibilidade em um braço ou em uma perna (ou em outra parte do corpo), sem contar às vezes que estava apoiando um dos membros ou dormindo um tempo em mesma posição.
- 16-() Apresentou convulsões (ataques) após os doze anos de idade em que perdia a consciência e seu corpo sacudia.
- 17-() Episódios de desmaios.
- 18-() Período de perda de memória por várias horas, sem poder recordar nada do que havia ocorrido neste tempo.
- 19-() Sensações de formigamento ou adormecimento.
- 20-() Músculos tensos e doloridos.
- 21-() Suor abundante.
- 22-() Ondas de calor e de frio.
- 23-() Nó na garganta.
- 24-() Dores nas relações sexuais.
- 25-() Dificuldades de excitação.
- 26-() Consultou médicos, várias vezes por temer ter alguma enfermidade.
- 27-() Sentiu medo forte, sem motivo aparente.
- 28-() Apresenta medos específicos, como: _____
- 29-() Sentiu-se em pânico e achou que iria morrer.
- 30-() Em situações de medo, apresentou alguns dos sintomas dos itens 1 a 22.

- 31-() Preocupado, tenso, ansioso na maior parte das situações de seu dia a dia, mais do que de costume.
- 32-() Sentiu-se muito inquieto.
- 33-() Dificuldade de manter a atenção no que estava fazendo.
- 34-() Em situações de preocupação ou ansiedade, apresentou alguns dos sintomas dos itens 1 a 22.
- 35-() Períodos em que se sentiu triste, vazio, sem ânimo ou deprimido.
- 36-() Momentos em que perdeu o interesse pela maioria das coisas.
- 37-() Menor ou maior apetite do que de costume.
- 38-() Perdeu ou ganhou peso sem querer fazê-lo.
- 39-() Apresentou problemas para dormir (pegar no sono, permanecer dormindo ou acordar antes do horário desejado, sem dormir novamente).
- 40-() Passou a dormir mais do que de costume.
- 41-() Passou a gostar menos de você, inferior a outras pessoas.
- 42-() Apresentou sentimentos de inutilidade.
- 43-() Apresentou menos confiança em si mesmo, com incapacidade para tomar decisões.
- 44-() Situações em que chorava com frequência.
- 45-() Pensou na morte.
- 46-() Tentou suicidar-se.
- 47. () Períodos de instabilidade do humor (ora triste, desanimado, ora eufórico, alegre, excitado).
- 48-() Alguma vez se sentiu perseguido, espionado por outras pessoas.
- 49-() Momento em que teve a impressão que outras pessoas falavam de ou tramavam contra você, ou mesmo liam os seus pensamentos.
- 50-() Momentos em que viu e/ou ouviu alguém, em situações que outras pessoas estavam presentes e não podiam fazer o mesmo.

12. Algumas destes sintomas duraram mais que duas semanas ou meses?

() Sim Não ()

Quais? _____

13. Alguns destes sintomas te impediram de trabalhar ou se relacionar com amigos, família etc?

() Sim Não ()

Quais? _____

Qual a situação? _____

Por quanto tempo? _____

ANEXO 4

Inventário de Percepção de Suporte Familiar - IPSF

Iniciais: _____ Data: ____/____/____ Momento: () 1º () 2º () 3º () 4º

Neste questionário é apresentada uma série de 43 afirmações sobre a sua compreensão a respeito da percepção do suporte familiar recebido por você neste momento. Sua tarefa consiste em dizer se as afirmações se aplicam ou não a você.

É necessário por gentileza, que você responda a todas as questões assinalando com um **X**, a alternativa que melhor se aplica a você e, se por acaso, nenhuma das três opções de respostas estiverem de acordo com a sua resposta, por favor, escolha aquela que mais se aproxime de você. Lembre-se que esta alternativa deve corresponder como você avalia a questão proposta no presente e não em relação ao passado.

Pode começar.

•	Nº	•	AFIRMAÇÕES	•“QUASE NUNCA” OU “NUNCA”	•“AS VEZ ES”	•“QUASE SEMPRE” OU “SEMPRE”
•	01	•	Acredito que minha família tenha mais	•	•	•
•	02	•	As pessoas na minha família seguem	•	•	•
•	03	•	Há regras	•	•	•
•	04	•	Meus	•	•	•
•	05	•	Cada um em minha família tem	•	•	•
•	06	•	Meus familiares só mostram	•	•	•
•	07	•	Eu sinto raiva	•	•	•
•	08	•	Em minha	•	•	•
•	09	•	Os membros da minha família	•	•	•
•	10	•	Minha família	•	•	•
•	11	•	Minha família	•	•	•
•	12	•	Minha família me faz sentir que posso	•	•	•
•	13	•	Eu me sinto	•	•	•
•	14	•	Meus	•	•	•
•	15	•	As pessoas da	•	•	•
•	16	•	Meus familiares geralmente	•	•	•

•	17	•	Minha família discute junto antes de	•	•	•
•	18	•	Eu sinto que	•	•	•
•	19	•	Em minha	•	•	•
•	20	•	Minha família	•	•	•
•	21	•	Há ódio em	•	•	•
•	22	•	Eu sinto que	•	•	•
•	23	•	Na solução de problemas, a opinião de	•	•	•
•	24	•	As pessoas da minha família sabem	•	•	•
•	25	•	Os membros	•	•	•
•	26	•	Minha família	•	•	•
•	27	•	Minha família me faz sentir melhor	•	•	•
•	28	•	Viver com	•	•	•
•	29	•	Em minha família opinamos o que	•	•	•
•	30	•	Em minha	•	•	•
•	31	•	Em minha família há uma	•	•	•
•	32	•	Minha família	•	•	•
•	33	•	Em minha	•	•	•
•	34	•	Eu sinto	•	•	•
•	35	•	Em minha família é permitido que	•	•	•
•	36	•	Em minha	•	•	•
•	37	•	Minha família	•	•	•
•	38	•	Os membros da minha família	•	•	•
•	39	•	Minha família	•	•	•
•	40	•	Eu me sinto	•	•	•
•	41	•	Meus	•	•	•
•	42	•	Meus	•	•	•
•	43	•	As pessoas da minha família se sentem	•	•	•

ANEXO 5

Questionário de Saúde Geral de Goldberg – QSG

(Adaptação Brasileira)

POR FAVOR

LEIA COM ATENÇÃO

Neste questionário é apresentada uma série de 60 (sessenta) afirmações sobre o estado de saúde das pessoas em geral. Sua tarefa consiste em dizer se as afirmações se aplicam ou não a você. RESPONDA. Por obséquio, A TODAS AS PERGUNTAS nas páginas que se seguem, **escrevendo**, no quadrinho da **Folha de Respostas** correspondente à questão que está sendo respondida, o número que corresponde à alternativa que você acha que se aplica à você.

È NECESSÁRIO QUE VOCÊ RESPONDA A TODAS AS QUESTÕES. Se por ventura nenhuma das quatro alternativas corresponderem à resposta que você gostaria de dar, mesmo assim escolha aquela que mais se aproxime de você. Mas lembre-se que o interesse está em saber como você tem se sentido ultimamente e não como você se sentiu no passado.

PODE COMEÇAR.

Você ultimamente:

- 1) Tem se sentido perfeitamente bem e com boa saúde?
 1. Melhor do que de costume.
 2. Como de costume.
 3. Pior do que de costume.
 4. Muito pior do que de costume.

Você ultimamente:

- 2) Tem sentido necessidade de tomar fortificantes (vitaminas)?
 1. Não, absolutamente.
 2. Não mais do que de costume.
 3. Um pouco mais do que de costume.
 4. Muito mais do que de costume.

- 3) Tem se sentido cansado (fatigado) e irritado?
 1. Não, absolutamente.
 2. Não mais do que de costume.
 3. Um pouco mais do que de costume.
 4. Muito mais do que de costume.

- 4) Tem se sentido mal de saúde?
 1. Não, absolutamente.
 2. Não mais do que de costume.
 3. Um pouco mais do que de costume.
 4. Muito mais do que de costume.

- 5) Tem sentido dores de cabeça?
 1. Não, absolutamente.
 2. Não mais do que de costume.
 3. Um pouco mais do que de costume.
 4. Muito mais do que de costume.

- 6) Tem sentido dores na cabeça?
 1. Não, absolutamente.
 2. Não mais do que de costume.
 3. Um pouco mais do que de costume.
 4. Muito mais do que de costume.

- 7) Tem sido capaz de se concentrar no que faz?
 1. Melhor do que de costume.
 2. Como de costume.
 3. Menos do que de costume.
 4. Muito menos do que de costume.

- 8) Tem sentido medo de que você vá desmaiar num lugar público?
 1. Não, absolutamente.
 2. Não mais do que de costume.
 3. Um pouco mais do que de costume.
 4. Muito mais do que de costume.

Você ultimamente:

9) Tem sentido sensações (ondas) de calor ou de frio pelo corpo?

1. Não, absolutamente.
2. Não mais do que de costume.
3. Um pouco mais do que de costume.
4. Muito mais do que de costume.

10) Tem suado (transpirado) muito?

1. Não, absolutamente.
2. Não mais do que de costume.
3. Um pouco mais do que de costume.
4. Muito mais do que de costume.

11) Tem acordado cedo (antes da hora) e não tem conseguido dormir de novo?

1. Não, absolutamente.
2. Não mais do que de costume.
3. Um pouco mais do que de costume.
4. Muito mais do que de costume.

12) Tem levantado sentindo que o sono não foi suficiente para lhe renovar as energias?

1. Não, absolutamente.
2. Não mais do que de costume.
3. Um pouco mais do que de costume.
4. Muito mais do que de costume.

13) Tem se sentido muito cansado e exausto, até mesmo para se alimentar?

1. Não, absolutamente.
2. Não mais do que de costume.
3. Um pouco mais do que de costume.
4. Muito mais do que de costume.

14) Tem perdido muito sono por causa de preocupações?

1. Não, absolutamente.
2. Não mais do que de costume.
3. Um pouco mais do que de costume.
4. Muito mais do que de costume.

Você ultimamente:

15) Tem se sentido lúcida(o) e com plena disposição mental?

1. Melhor do que de costume.
2. Como de costume.
3. Menos lúcida(o) do que de costume.
4. Muito menos lúcida(o) do que de costume.

16) Tem se sentido cheio de energia (com muita disposição)?

1. Melhor do que de costume.
2. Como de costume.
3. Com menos energia do que de costume.
4. Com muito menos energia do que de costume.

17) Tem sentido dificuldade de conciliar o sono (pegar no sono)?

1. Não, absolutamente.
2. Não mais do que de costume.
3. Um pouco mais do que de costume.
4. Muito mais do que de costume.

18) Tem tido dificuldade em permanecer dormindo após ter conciliado no sono (após ter pego no sono)?

1. Não, absolutamente.
2. Não mais do que de costume.
3. Um pouco mais do que de costume.
4. Muito mais do que de costume.

19) Tem tido sonhos desagradáveis ou aterrorizantes?

1. Não, absolutamente.
2. Não mais do que de costume.
3. Um pouco mais do que de costume.
4. Muito mais do que de costume.

20) Tem tido noites agitadas e maldormidas?

1. Não, absolutamente.
2. Não mais do que de costume.
3. Um pouco mais do que de costume.
4. Muito mais do que de costume.

Você ultimamente:

21) Tem conseguido manter-se em atividade e ocupado?

1. Mais do que de costume.
2. Como de costume.
3. Um pouco menos do que de costume.
4. Muito menos do que de costume.

22) Tem gasto mais tempo para executar seus afazeres?

1. Mais rápido do que de costume.
2. Como de costume.
3. Mais tempo do que de costume.
4. Muito mais do que de costume.

23) Tem sentido que perde o interesse em suas atividades diárias?

1. Não, absolutamente.
2. Não mais do que de costume.
3. Um pouco mais do que de costume.
4. Muito mais do que de costume.

24) Tem sentido que está perdendo o interesse em sua aparência pessoal?

1. Não, absolutamente.
2. Não mais do que de costume.
3. Um pouco mais do que de costume.
4. Muito mais do que de costume.

25) Tem tido menos cuidado com suas roupas?

1. Mais cuidado do que de costume.
2. Como de costume.
3. Menos cuidado do que de costume.
4. Muito menos cuidado do que de costume.

26) Tem saído de casa com a mesma frequência de costume?

1. Mais do que de costume.
2. Como de costume.
3. Menos do que de costume.
4. Muito menos do que de costume.

Você ultimamente:

27) Tem se saído tão bem quanto acha que a maioria das pessoas se sairia se estivesse em seu lugar?

1. Melhor do que de costume.
2. Mais ou menos igual.
3. Um pouco pior.
4. Muito pior.

28) Tem achado que de um modo geral tem dado boa conta de seus afazeres?

1. Melhor do que de costume.
2. Como de costume.
3. Pior do que de costume.
4. Muito pior do que de costume.

29) Tem se atrasado para chegar ao trabalho ou para começar seu trabalho em casa?

1. Não, absolutamente.
2. Não mais atrasado do que de costume.
3. Pouco mais atrasado do que de costume.
4. Muito mais atrasado do que de costume.

30) Tem se sentido satisfeito com a forma pela qual você tem realizado suas atividades (tarefa ou trabalho)?

1. Mais satisfeito do que de costume.
2. Como de costume.
3. Menos satisfeito do que de costume.
4. Muito menos do que de costume.

31) Tem sido capaz de sentir calor humano e afeição por aqueles que o cercam?

1. Mais do que do costume.
2. Como de costume.
3. Menos do que de costume.
4. Muito menos do que de costume.

32) Tem achado fácil conviver com outras pessoas?

1. Mais fácil do que de costume.
2. Como de costume.
3. Menos do que de costume.
4. Muito menos do que de costume.

Você ultimamente:

33) Tem gasto muito tempo batendo papo?

1. Mais tempo do que de costume.
2. Tanto quanto de costume.
3. Menos do que de costume.
4. Muito menos do que de costume.

34) Tem tido medo de dizer alguma coisa às pessoas e passar por tola(o) (parecer ridículo) ?

1. Não, absolutamente.
2. Não mais do que de costume.
3. Um pouco mais do que de costume.
4. Muito mais do que de costume.

35) Tem sentido que está desempenhando uma função útil na vida?

1. Mais do que de costume.
2. Como de costume.
3. Menos útil do que de costume.
4. Muito menos útil do que de costume.

36) Tem se sentido capaz de tomar decisões sobre suas coisas?

1. Mais do que de costume.
2. Como de costume.
3. Menos do que de costume.
4. Muito menos do que de costume.

37) Tem sentido que você não consegue continuar as coisas que começa?

1. Não, absolutamente.
2. Não mais do que de costume.
3. Um pouco mais do que de costume.
4. Muito mais do que de costume.

38) Tem se sentido com medo de tudo que tem que fazer?

1. Não, absolutamente.
2. Não mais do que de costume.
3. Um pouco mais do que de costume.
4. Muito mais do que de costume.

39) Tem se sentido constantemente sob tensão?

1. Não, absolutamente.
2. Não mais do que de costume.
3. Um pouco mais do que de costume.
4. Muito mais do que de costume.

Você ultimamente:

40) Tem se sentindo incapaz de superar suas dificuldades?

1. Não, absolutamente.
2. Não mais do que de costume.
3. Um pouco mais do que de costume.
4. Muito mais do que de costume.

41) Tem achado a vida uma luta constante?

1. Não, absolutamente.
2. Não mais do que de costume.
3. Um pouco mais do que de costume.
4. Muito mais do que de costume.

42) Tem conseguido sentir prazer nas suas atividades diárias?

1. Mais do que de costume.
2. Não mais do que de costume.
3. Um pouco menos do que de costume.
4. Muito menos do que de costume.

43) Tem tido pouca paciência com as coisas?

1. Mais do que de costume.
2. Não mais do que de costume.
3. Um pouco menos do que de costume.
4. Muito menos do que de costume.

44) Tem se sentido irritado e mal humorado?

1. Não, absolutamente.
2. Não mais do que de costume.
3. Um pouco mais do que de costume.
4. Muito mais do que de costume.

45) Tem ficado apavorada(o) ou em pânico sem razões justificadas para isso?

1. Não, absolutamente.
2. Não mais do que de costume.
3. Um pouco mais do que de costume.
4. Muito mais do que de costume.

46) Tem se sentido capaz de enfrentar seus problemas?

1. Mais capaz do que de costume.
2. Não mais do que de costume.
3. Menos capaz do que de costume.
4. Muito menos capaz do que de costume.

Você ultimamente:

47) Tem sentido que suas atividades têm sido excessivas para você?

1. Não, absolutamente.
2. Não mais do que de costume.
3. Um pouco mais do que de costume.
4. Muito mais do que de costume.

48) Tem tido a sensação de que as pessoas olham para você?

1. Não, absolutamente.
2. Não mais do que de costume.
3. Um pouco mais do que de costume.
4. Muito mais do que de costume.

49) Tem se sentido infeliz e deprimido?

1. Não, absolutamente.
2. Não mais do que de costume.
3. Um pouco mais do que de costume.
4. Muito mais do que de costume.

50) Tem perdido a confiança em você mesmo?

1. Não, absolutamente.
2. Não mais do que de costume.
3. Um pouco mais do que de costume.
4. Muito mais do que de costume.

51) Tem se considerado uma pessoa inútil (sem valor)?

1. Não, absolutamente.
2. Não mais do que de costume.
3. Um pouco mais do que de costume.
4. Muito mais do que de costume.

52) Tem sentido que a vida é completamente sem esperança?

1. Não, absolutamente.
2. Não mais do que de costume.
3. Um pouco mais do que de costume.
4. Muito mais do que de costume.

53) Tem se sentido esperançosa(o) quanto ao seu futuro?

1. Mais do que de costume.
2. Como de costume.
3. Menos do que de costume.
4. Muito menos do que de costume.

Você ultimamente:

54) Considerando-se todas as coisas, tem se sentido razoavelmente feliz?

1. Mais do que de costume.
2. Assim como de costume.
3. Menos do que de costume.
4. Muito menos do que de costume.

55) Tem se sentido nervosa(o) e sempre tensa(o)?

1. Não, absolutamente.
2. Não mais do que de costume.
3. Um pouco mais do que de costume.
4. Muito mais do que de costume.

56) Tem sentido que a vida não vale a pena?

1. Não, absolutamente.
2. Não mais do que de costume.
3. Um pouco mais do que de costume.
4. Muito mais do que de costume.

57) Tem pensado na possibilidade de dar um fim em você mesmo?

1. Definitivamente, não.
2. Acho que não.
3. Passou-me pela cabeça.
4. Definitivamente, sim.

58) Tem achado algumas vezes que não pode fazer nada porque está mal dos nervos?

1. Não, absolutamente.
2. Não mais do que de costume.
3. Um pouco mais do que de costume.
4. Muito mais do que de costume.

59) Já se descobriu desejando estar morta(o) e longe (livre) de tudo?

1. Não, absolutamente.
2. Não mais do que de costume.
3. Um pouco mais do que de costume.
4. Muito mais do que de costume.

60) Tem achado que a idéia de acabar com a própria vida tem se mantido em sua mente?

1. Definitivamente, não.
2. Acho que não.
3. Passou-me pela cabeça.
4. Definitivamente, sim.

Folha de Resposta - QSG

Iniciais: _____ Data: ____/____/____ Momento: () 1º () 2º () 3º () 4º

Item	Resposta	Item	Resposta	Item	Resposta	Item	Resposta
1		16		31		46	
2		17		32		47	
3		18		33		48	
4		19		34		49	
5		20		35		50	
6		21		36		51	
7		22		37		52	
8		23		38		53	
9		24		39		54	
10		25		40		55	
11		26		41		56	
12		27		42		57	
13		28		43		58	
14		29		44		59	
15		30		45		60	

ANEXO 6

TABELAS DE CONFERÊNCIA

Para a conferência dos resultados da análise estatística inferencial em relação aos instrumentos IPSF e QSG apresentadas nos resultados, pode-se verificar as frequências absolutas e percentuais expostas nas tabelas a seguir, referentes às dimensões para cada um dos questionários, para os quatro momentos das aplicações.

Tabela 27 – IPSF - Inadaptação Familiar – Primeiro Momento

Valores	F	F%	% Acumulada
9,00	1	7,1	7,1
12,00	1	7,1	14,3
20,00	1	7,1	21,4
23,00	2	14,3	35,7
24,00	1	7,1	42,9
25,00	2	14,3	57,1
26,00	2	14,3	71,4
27,00	2	14,3	85,7
28,00	2	14,3	100,0
Total	14	100,0	

Tabela 28 – IPSF - Inadaptação Familiar – Segundo Momento

Valores	F	F%	% Acumulada
13,00	1	7,1	7,1
15,00	1	7,1	14,3
20,00	1	7,1	21,4
22,00	1	7,1	28,6
25,00	1	7,1	35,7
26,00	4	28,6	64,3
27,00	2	14,3	78,6
28,00	3	21,4	100,0
Total	14	100,0	

Tabela 29 – IPSF - Inadaptação Familiar – Terceiro Momento

Valores	F	F%	% Acumulada
13,00	1	7,1	7,1
19,00	1	7,1	14,3
20,00	1	7,1	21,4
22,00	3	21,4	42,9
25,00	1	7,1	50,0
26,00	1	7,1	57,1
27,00	2	14,3	71,4
28,00	4	28,6	100,0
Total	14	100,0	

Tabela 30 – IPSF - Inadaptação Familiar – Quarto Momento

Valores	F	F%	% Acumulada
12,00	1	7,1	7,1
16,00	1	7,1	14,3
17,00	1	7,1	21,4
22,00	1	7,1	28,6
24,00	1	7,1	35,7
25,00	1	7,1	42,9
26,00	1	7,1	50,0
27,00	2	14,3	64,3
28,00	5	35,7	100,0
Total	14	100,0	

Tabela 31 – IPSF - Afetividade Familiar – Primeiro Momento

Valores	F	F%	% Acumulada
7,00	1	7,1	7,1
8,00	1	7,1	14,3
12,00	1	7,1	21,4
13,00	2	14,3	35,7
14,00	1	7,1	42,9
16,00	1	7,1	50,0
17,00	2	14,3	64,3
18,00	2	14,3	78,6
19,00	2	14,3	92,9
20,00	1	7,1	100,0
Total	14	100,0	

Tabela 32 – IPSF - Afetividade Familiar – Segundo Momento

Valores	F	F%	% Acumulada
10,00	2	14,3	14,3
11,00	1	7,1	21,4
13,00	1	7,1	28,6
14,00	2	14,3	42,9
15,00	1	7,1	50,0
16,00	1	7,1	57,1
17,00	4	28,6	85,7
18,00	1	7,1	92,9
20,00	1	7,1	100,0
Total	14	100,0	

Tabela 33 – IPSF - Afetividade Familiar – Terceiro Momento

Valores	F	F%	% Acumulada
6,00	1	7,1	7,1
10,00	2	14,3	21,4
13,00	1	7,1	28,6
14,00	3	21,4	50,0
17,00	1	7,1	57,1
18,00	1	7,1	64,3
19,00	3	21,4	85,7
20,00	2	14,3	100,0
Total	14	100,0	

Tabela 34 – IPSF - Afetividade Familiar – Quarto Momento

Valores	F	F%	% Acumulada
10,00	2	14,3	14,3
11,00	1	7,1	21,4
12,00	2	14,3	35,7
14,00	1	7,1	42,9
15,00	1	7,1	50,0
17,00	2	14,3	64,3
18,00	2	14,3	78,6
19,00	1	7,1	85,7
20,00	2	14,3	100,0
Total	14	100,0	

Tabela 35 – IPSF – Consistência Familiar – Primeiro Momento

Valores	F	F%	% Acumulada
7,00	3	21,4	21,4
9,00	1	7,1	28,6
10,00	1	7,1	35,7
11,00	1	7,1	42,9
14,00	1	7,1	50,0
16,00	2	14,3	64,3
17,00	1	7,1	71,4
18,00	1	7,1	78,6
19,00	2	14,3	92,9
20,00	1	7,1	100,0
Total	14	100,0	

Tabela 36 – IPSF – Consistência Familiar – Segundo Momento

Valores	F	F%	% Acumulada
6,00	1	7,1	7,1
7,00	1	7,1	14,3
8,00	1	7,1	21,4
9,00	1	7,1	28,6
10,00	1	7,1	35,7
11,00	1	7,1	42,9
13,00	1	7,1	50,0
14,00	2	14,3	64,3
16,00	1	7,1	71,4
17,00	1	7,1	78,6
18,00	1	7,1	85,7
19,00	1	7,1	92,9
20,00	1	7,1	100,0
Total	14	100,0	

Tabela 37 – IPSF – Consistência Familiar – Terceiro Momento

Valores	F	F%	% Acumulada
7,00	2	14,3	14,3
8,00	1	7,1	21,4
9,00	3	21,4	42,9
12,00	1	7,1	50,0
15,00	1	7,1	57,1
17,00	2	14,3	71,4
18,00	1	7,1	78,6
19,00	1	7,1	85,7
20,00	2	14,3	100,0
Total	14	100,0	

Tabela 38 – IPSF – Consistência Familiar – Quarto Momento

Valores	F	F%	% Acumulada
7,00	2	14,3	14,3
8,00	2	14,3	28,6
9,00	2	14,3	42,9
10,00	1	7,1	50,0
13,00	1	7,1	57,1
14,00	1	7,1	64,3
17,00	2	14,3	78,6
19,00	2	14,3	92,9
20,00	1	7,1	100,0
Total	14	100,0	

Tabela 39 – IPSF – Autonomia Familiar – Primeiro Momento

Valores	F	F%	% Acumulada
1,00	1	7,1	7,1
11,00	2	14,3	21,4
12,00	1	7,1	28,6
13,00	2	14,3	42,9
14,00	1	7,1	50,0
15,00	1	7,1	57,1
16,00	3	21,4	78,6
17,00	2	14,3	92,9
18,00	1	7,1	100,0
Total	14	100,0	

Tabela 40 – IPSF – Autonomia Familiar – Segundo Momento

Valores	F	F%	% Acumulada
2,00	1	7,1	7,1
10,00	2	14,3	21,4
13,00	1	7,1	28,6
15,00	2	14,3	42,9
16,00	3	21,4	64,3
17,00	1	7,1	71,4
18,00	4	28,6	100,0
Total	14	100,0	

Tabela 41 – IPSF – Autonomia Familiar – Terceiro Momento

Valores	F	F%	% Acumulada
1,00	1	7,1	7,1
7,00	1	7,1	14,3
10,00	2	14,3	28,6
12,00	1	7,1	35,7
16,00	3	21,4	57,1
17,00	3	21,4	78,6
18,00	3	21,4	100,0
Total	14	100,0	

Tabela 42 – IPSF – Autonomia Familiar – Quarto Momento

Valores	F	F%	% Acumulada
2,00	1	7,1	7,1
3,00	1	7,1	14,3
10,00	2	14,3	28,6
12,00	1	7,1	35,7
13,00	1	7,1	42,9
14,00	1	7,1	50,0
16,00	3	21,4	71,4
17,00	2	14,3	85,7
18,00	2	14,3	100,0
Total	14	100,0	

Tabela 43 – QSG – Estresse Psíquico – Primeiro Momento

Valores	F	F%	% Acumulada
14,00	1	7,1	7,1
19,00	1	7,1	14,3
20,00	2	14,3	28,6
21,00	1	7,1	35,7
22,00	1	7,1	42,9
23,00	2	14,3	57,1
26,00	1	7,1	64,3
27,00	2	14,3	78,6
29,00	1	7,1	85,7
34,00	1	7,1	92,9
45,00	1	7,1	100,0
Total	14	100,0	

Tabela 44 – QSG – Estresse Psíquico – Segundo Momento

Valores	F	F%	% Acumulada
15,00	1	7,1	7,1
16,00	1	7,1	14,3
18,00	2	14,3	28,6
19,00	2	14,3	42,9
21,00	1	7,1	50,0
22,00	4	28,6	78,6
28,00	1	7,1	85,7
31,00	1	7,1	92,9
40,00	1	7,1	100,0
Total	14	100,0	

Tabela 45 – QSG – Estresse Psíquico – Terceiro Momento

Valores	F	F%	% Acumulada
13,00	1	7,1	7,1
15,00	1	7,1	14,3
16,00	2	14,3	28,6
17,00	3	21,4	50,0
18,00	1	7,1	57,1
20,00	2	14,3	71,4
21,00	2	14,3	85,7
24,00	1	7,1	92,9
35,00	1	7,1	100,0
Total	14	100,0	

Tabela 46 – QSG – Estresse Psíquico – Quarto Momento

Valores	F	F%	% Acumulada
14,00	1	7,1	7,1
15,00	1	7,1	14,3
16,00	1	7,1	21,4
17,00	2	14,3	35,7
18,00	1	7,1	42,9
20,00	1	7,1	50,0
21,00	3	21,4	71,4
22,00	1	7,1	78,6
25,00	1	7,1	85,7
27,00	1	7,1	92,9
32,00	1	7,1	100,0
Total	14	100,0	

Tabela 47 – QSG – Desejo de Morte – Primeiro Momento

Valores	F	F%	% Acumulada
8,00	7	50,0	50,0
9,00	3	21,4	71,4
11,00	2	14,3	85,7
14,00	1	7,1	92,9
26,00	1	7,1	100,0
Total	14	100,0	

Tabela 48 – QSG – Desejo de Morte – Segundo Momento

Valores	F	F%	% Acumulada
8,00	7	50,0	50,0
9,00	3	21,4	71,4
10,00	3	21,4	92,9
17,00	1	7,1	100,0
Total	14	100,0	

Tabela 49 – QSG – Desejo de Morte – Terceiro Momento

Valores	F	F%	% Acumulada
8,00	9	64,3	64,3
9,00	3	21,4	85,7
10,00	2	14,3	100,0
Total	14	100,0	

Tabela 50 – QSG – Desejo de Morte – Quarto Momento

Valores	F	F%	% Acumulada
8,00	9	64,3	64,3
9,00	4	28,6	92,9
10,00	1	7,1	100,0
Total	14	100,0	

Tabela 51 – QSG – Falta de Confiança e Desempenho – Primeiro Momento

Valores	F	F%	% Acumulada
20,00	1	7,1	7,1
24,00	1	7,1	14,3
27,00	1	7,1	21,4
28,00	1	7,1	28,6
29,00	2	14,3	42,9
30,00	2	14,3	57,1
31,00	2	14,3	71,4
32,00	1	7,1	78,6
36,00	1	7,1	85,7
37,00	1	7,1	92,9
48,00	1	7,1	100,0
Total	14	100,0	

Tabela 52 – QSG – Falta de Confiança e Desempenho – Segundo Momento

Valores	F	F%	% Acumulada
28,00	3	21,4	21,4
29,00	3	21,4	42,9
30,00	3	21,4	64,3
31,00	1	7,1	71,4
33,00	1	7,1	78,6
35,00	1	7,1	85,7
36,00	1	7,1	92,9
53,00	1	7,1	100,0
Total	14	100,0	

Tabela 53 – QSG – Falta de Confiança e Desempenho – Terceiro Momento

Valores	F	F%	% Acumulada
24,00	1	7,1	7,1
27,00	3	21,4	28,6
28,00	2	14,3	42,9
29,00	4	28,6	71,4
30,00	1	7,1	78,6
33,00	1	7,1	85,7
35,00	1	7,1	92,9
42,00	1	7,1	100,0
Total	14	100,0	

Tabela 54 – QSG – Falta de Confiança e Desempenho – Quarto Momento

Valores	F	F%	% Acumulada
26,00	1	7,1	7,1
27,00	3	21,4	28,6
28,00	2	14,3	42,9
29,00	3	21,4	64,3
30,00	1	7,1	71,4
32,00	1	7,1	78,6
33,00	1	7,1	85,7
34,00	1	7,1	92,9
37,00	1	7,1	100,0
Total	14	100,0	

Tabela 55 – QSG – Distúrbios do Sono – Primeiro Momento

Valores	F	F%	% Acumulada
6,00	2	14,3	14,3
7,00	1	7,1	21,4
9,00	1	7,1	28,6
10,00	3	21,4	50,0
13,00	2	14,3	64,3
15,00	2	14,3	78,6
16,00	2	14,3	92,9
20,00	1	7,1	100,0
Total	14	100,0	

Tabela 56 – QSG – Distúrbios do Sono – Segundo Momento

Valores	F	F%	% Acumulada
6,00	2	14,3	14,3
7,00	1	7,1	21,4
8,00	2	14,3	35,7
10,00	2	14,3	50,0
12,00	2	14,3	64,3
13,00	2	14,3	78,6
15,00	2	14,3	92,9
17,00	1	7,1	100,0
Total	14	100,0	

Tabela 57 – QSG – Distúrbios do Sono – Terceiro Momento

Valores	F	F%	% Acumulada
6,00	5	35,7	35,7
7,00	2	14,3	50,0
8,00	2	14,3	64,3
10,00	1	7,1	71,4
11,00	1	7,1	78,6
13,00	1	7,1	85,7
15,00	1	7,1	92,9
18,00	1	7,1	100,0
Total	14	100,0	

Tabela 58 – QSG – Distúrbios do Sono – Quarto Momento

Valores	F	F%	% Acumulada
6,00	4	28,6	28,6
7,00	3	21,4	50,0
9,00	2	14,3	64,3
10,00	1	7,1	71,4
11,00	1	7,1	78,6
13,00	1	7,1	85,7
17,00	2	14,3	100,0
Total	14	100,0	

Tabela 59 – QSG – Distúrbios Psicossomáticos – Primeiro Momento

Valores	F	F%	% Acumulada
12,00	2	14,3	14,3
13,00	1	7,1	21,4
14,00	2	14,3	35,7
15,00	1	7,1	42,9
17,00	1	7,1	50,0
18,00	2	14,3	64,3
19,00	2	14,3	78,6
23,00	1	7,1	85,7
25,00	1	7,1	92,9
28,00	1	7,1	100,0
Total	14	100,0	

Tabela 60 – QSG – Distúrbios Psicossomáticos – Segundo Momento

Valores	F	F%	% Acumulada
12,00	2	14,3	14,3
13,00	1	7,1	21,4
14,00	1	7,1	28,6
15,00	2	14,3	42,9
16,00	3	21,4	64,3
18,00	1	7,1	71,4
20,00	1	7,1	78,6
22,00	1	7,1	85,7
23,00	1	7,1	92,9
31,00	1	7,1	100,0
Total	14	100,0	

Tabela 61 – QSG – Distúrbios Psicossomáticos – Terceiro Momento

Valores	F	F%	% Acumulada
10,00	1	7,1	7,1
11,00	2	14,3	21,4
12,00	2	14,3	35,7
13,00	1	7,1	42,9
14,00	6	42,9	85,7
20,00	1	7,1	92,9
26,00	1	7,1	100,0
Total	14	100,0	

Tabela 62 – QSG – Distúrbios Psicossomáticos – Quarto Momento

Valores	F	F%	% Acumulada
10,00	1	7,1	7,1
12,00	3	21,4	28,6
13,00	3	21,4	50,0
14,00	2	14,3	64,3
17,00	3	21,4	85,7
20,00	1	7,1	92,9
22,00	1	7,1	100,0
Total	14	100,0	