

Faculdade de Psicologia e  
de Ciências da Educação  
Universidade de Coimbra



# **Efeitos de um Programa de Preparação Psicológica para o Internamento na redução dos níveis de ansiedade em adolescentes hospitalizados**

**Maria Dulce Ramos Carvalho**

**Dissertação de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento**

**Coimbra, 2012**



# **Efeitos de um Programa de Preparação Psicológica para o Internamento na redução dos níveis de ansiedade em adolescentes hospitalizados**

**(Tendo em conta a vinculação e a autoeficácia)**

**Maria Dulce Ramos Carvalho**

Dissertação de Mestrado em Psicologia  
na área de especialização em Psicologia do Desenvolvimento,  
apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação  
da Universidade de Coimbra.

Orientadores: Professora Doutora Maria Teresa M. C. Sousa Machado  
Professor Doutor José Manuel Tomás da Silva

**Coimbra, 2012**

“Anseio por levar a cabo uma tarefa grandiosa e nobre, mas é meu principal dever cumprir pequenas tarefas, como se elas fossem grandiosas e nobres”.

Helen Keller (1880-1968)

## **Agradecimentos**

À Professora Doutora Teresa Sousa Machado, orientadora desta dissertação, pelos conhecimentos e pela pertinência das críticas. Pelo apoio científico e disponibilidade demonstrada.

Ao Professor Doutor José Tomás da Silva, co-orientador desta dissertação, pelo empenho e ajuda incondicional no tratamento estatístico dos dados. Também pelo seu estímulo e otimismo nos momentos mais angustiantes.

A todos os professores do mestrado pela oportunidade de crescimento pessoal e profissional numa área tão entusiasmante como a Psicologia do Desenvolvimento.

À chefe de Enfermagem, Ana Cristina Cardoso, ao Diretor Clínico, Dr. Jorge Seabra e aos enfermeiros do Serviço de Ortopedia/ Neurocirurgia, pela colaboração e disponibilidade para a recolha de dados.

Ao meu marido, à minha família (presente e ausente) por serem quem são, aceitarem partilhar dos meus sonhos e confiarem nos meus propósitos.

Aos meus amigos pela tolerância e apoio.

A todos os que participaram voluntariamente neste estudo e que partilharam comigo as suas experiências.

A todos que direta ou indiretamente participaram neste estudo.

O meu  
Muito Obrigado

## **Resumo**

As crianças/ adolescentes (e os pais) que recorrem ao hospital para cirurgia, tratamentos, exames ou em situações de urgência, trazem consigo um universo de dúvidas e apreensão, dificultadores da sua participação no processo de cuidados.

Considerando a Psicologia e a sua importância na relação custo-efetividade dos cuidados de saúde, construímos um Programa de Preparação Psicológica para o Internamento (PPPI) e testámos o seu efeito nos níveis de ansiedade dos adolescentes hospitalizados, controlando ainda o efeito das variáveis vinculação e autoeficácia dos sujeitos.

Foi realizado um estudo quasi-experimental com uma amostra de 60 crianças/ adolescentes dos 10 aos 18 anos de idade, internadas num serviço de Pediatria. Os participantes foram distribuídos aleatoriamente por dois grupos de 30 participantes com características semelhantes. Ao grupo experimental foi aplicado o PPPI e ao grupo de controlo, o procedimento padrão da unidade.

Numa primeira fase analisámos a correlação entre as variáveis (Ansiedade, Vinculação e Autoeficácia), calculando o coeficiente de correlação de Pearson. Para responder à questão de investigação utilizámos o teste de análise de Covariância (ANCOVA) de forma a poder analisar o efeito do PPPI na redução dos níveis de ansiedade. Analisámos também as diferenças entre os grupos (teste *t* para amostras independentes) relativamente à satisfação geral com o internamento, com a informação recebida e as expectativas sobre a qualidade global do serviço.

Concluimos que o grupo experimental, sujeito à intervenção psicoeducativa (PPPI), evidenciou níveis de ansiedade inferiores ao grupo de controlo, sendo as diferenças estatisticamente significativas, pelo que podemos considerar o PPPI como boa prática de cuidados.

Palavras-chave: adolescentes hospitalizados; preparação psicológica; ansiedade; vinculação; autoeficácia; expectativa; satisfação; intervenção psicoeducativa.

## **Abstract**

Children/ adolescents (and their parents) who use the hospital for surgery, treatments, exams, or emergency situations, bring a universe of doubt and apprehension, hindering their participation in the care process.

Considering Psychology and its importance in cost-effectiveness of health care, we build a Psychological Preparation Program for Hospitalization (PPPH) and test the effect on anxiety levels of hospitalized adolescents, controlling variables has the effect of attachment and self-efficacy.

We conducted a quasi-experimental study with a sample of 60 children/ adolescents from 10 to 18 years old, admitted in a pediatric ward. Participants were randomly assigned in two groups of 30 subjects with similar characteristics. The experimental group was submitted to the PPPH and the control group was submitted to standard procedure.

Initially we performed the Pearson's correlation between variables (Anxiety, Attachment and Self-efficacy). To answer the research question we used the analysis of covariance (ANCOVA) in order to analyse the effect of PPPH in reducing levels of anxiety.

We analysed further the differences between the groups (independent sample *t* test) in relation to overall satisfaction with the hospital, with the received information and expectancies about the overall quality of service.

We conclude that the experimental group, submitted to the psycho-educational intervention (PPPH), showed lower anxiety levels comparing with the control group, with differences being statistically significant. So, we can consider the PPPH as a good care practice.

Key words: hospitalized adolescents; psychological preparation; anxiety; attachment; self-efficacy; psycho-educational intervention; expectancies; satisfaction.

## Résumé

Les enfants/ adolescents (et les parents) qui se dirigent à l'hôpital pour une chirurgie, traitements, examens ou situations d'urgence, apportent avec eux un univers de doutes et d'appréhension, ce qui entrave tout le processus de soins.

Étant donné les études de Psychologie qui traduisent l'effet néfaste de l'anxiété/peur des procédures médicales et son rôle dans le coût-efficacité des soins de santé, nous avons construit un Programme visant la Préparation/accueil des enfants/adolescents à l'internement à l'Hôpital Pédiatrique et nous avons étudié les effets au niveau de l'anxiété, chez des adolescents hospitalisés, tenant en compte des variables comme l'attachement et l'auto-efficacité.

Nous avons mené une étude quasi-expérimentale avec 60 enfants/ adolescents âgés de 10 à 18 ans, hospitalisés dans un service pédiatrique. Les participants ont été assignés de façon aléatoire en deux groupes de 30 sujets chacun (présentant des caractéristiques similaires). On a appliqué le PPPI au groupe expérimental et au groupe contrôle, on a appliqué la procédure standard.

Dans un premier moment, nous avons examiné la corrélation de Pearson entre les variables (Anxiété, Attachement et Auto-efficacité). Pour répondre à la question d'investigation, on a utilisé l'analyse de covariance (ANCOVA) afin d'analyser l'effet du PPPI dans la réduction des niveaux d'anxiété. Nous avons examiné les différences entre les groupes (test *t* pour échantillons indépendants) par rapport à la satisfaction globale à l'internement à l'hôpital, les informations reçues et les attentes concernant la qualité globale du service.

Les résultats suggèrent que le groupe expérimental, soumis à l'intervention psycho-éducative (PPPI), a montré des niveaux inférieurs d'anxiété que le groupe de contrôle dans les procédures médicales, les différences étant statistiquement significatives. En tenant compte des résultats obtenus, nous considérons le PPPI en tant que comme une pratique ayant de bons résultats au niveau des soins médicaux.

Mots-clés: les adolescents à l'hôpital; la préparation psychologique; anxiété; attachement; auto-efficacité; intervention psycho-éducative; les attentes; satisfaction.

## **Lista de abreviaturas**

HPC	Hospital Pediátrico de Coimbra
PPI	Preparação Psicológica para o Internamento
PPPI	Programa de Preparação Psicológica para o Internamento
VI	Variável independente
VD	Variável dependente
T1	Tempo 1
T2	Tempo 2



## **Lista de gráficos**

Gráfico 1	Diagrama de Dispersão (grupo experimental; grupo de controlo)	105
-----------	---	-----

## Lista de quadros

Quadro 1.	Esquematização do procedimento de recolha de dados	79
Quadro 2.	Valores do coeficiente de consistência interna dos instrumentos utilizados	84
Quadro 3.	Distribuição dos sujeitos em função da idade e do sexo	100
Quadro 4.	Correlação entre as variáveis: ansiedade, vinculação e autoeficácia	103
Quadro 5.	Correlação entre a variável dependente e a co-variável	105
Quadro 6.	Teste dos efeitos entre sujeitos	106
Quadro 7.	Teste de Levene à homogeneidade de variâncias	106
Quadro 8.	Análise de co-variância para ansiedade/ grupo	107
Quadro 9.	Médias ajustadas ansiedade T2	108
Quadro 10.	Teste $t$ para grupos independentes. VI: Grupos; VD: Expetativas sobre a qualidade global do serviço	108
Quadro 11.	Teste $t$ para grupos independentes. VI: Grupos; VD: Satisfação geral com o internamento	109
Quadro 12.	Teste $t$ para grupos independentes. VI: Grupos; VD: Satisfação com a informação fornecida	110

## **Lista de tabelas**

Tabela 1.	Frequência e percentagens das características demográficas da amostra	99
Tabela 2.	Frequência e percentagens das características demográficas dos pais	101

## **Sumário**

### **Resumo**

Lista de abreviaturas

Lista de gráficos

Lista de quadros

Lista de tabelas

<b>Introdução</b>	13
<b>PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	16
<b>CAPÍTULO I – CONTRIBUTOS DA PSICOLOGIA PARA A SAÚDE</b>	17
<b>1. A Psicologia e a saúde</b>	17
1.1. Psicologia pediátrica	17
<b>2. Preparação psicológica para o internamento: relevância e tipo de programas</b>	21
2.1. Programas de redução da perceção de dor como estratégias de controlo de ansiedade	31
<b>3. Intervenções psicoeducativas como estratégia de melhoria da qualidade</b>	36
<b>CAPÍTULO II – OS ADOLESCENTES E O HOSPITAL</b>	41
<b>1. Ser adolescente</b>	41
<b>2. O contexto dos adolescentes no hospital</b>	46
2.1. Vivência da doença	49
2.2. A doença crónica	52
<b>3. Conceitos de relevo no adolescente hospitalizado</b>	56
3.1. Ansiedade	56
3.2. Vinculação	59
3.3. Autoeficácia	67
<b>4. Expetativa e satisfação</b>	71

<b>PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO</b>	74
<b>CAPÍTULO III – DESENHO DE INVESTIGAÇÃO</b>	75
<b>1. Objetivos</b>	75
<b>2. Questão e hipóteses de investigação</b>	75
<b>3. Metodologia</b>	76
3.1. Constituição da amostra	76
3.2. Procedimento	77
3.3. Descrição dos instrumentos de avaliação utilizados	79
3.4. Propriedades psicométricas dos instrumentos de avaliação	83
<b>4. Programa de Preparação Psicológica para o Internamento (PPPI)</b>	85
<b>CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS</b>	98
<b>1. Resultados do estudo</b>	98
1.1. Características demográficas da amostra	98
1.2. Características demográficas dos pais das crianças/ adolescentes	100
1.3. Hipóteses preliminares	102
1.4. Questão de investigação	104
1.5. Hipóteses complementares	108
<b>CAPÍTULO V – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	111
<b>CAPÍTULO VI – CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E IMPLICAÇÕES</b>	122

## **Referências bibliográficas**

### **Anexos**

Anexo 1 - Consentimento informado

Anexo 2 - Autorização do Conselho de Administração do CHC, E.P.E.

Anexo 3 - Instrumentos de colheita de dados

1

2

### 3 **Introdução**

4 A dimensão subjetiva e experiencial dos fenómenos de saúde e doença, valorizando a  
5 autonomia conceptual e atitudinal dos diferentes intervenientes, exigem hoje em dia uma  
6 visão de um modelo de saúde holista, contrária ao modelo biomédico. Neste sentido, as  
7 equipas de saúde deveriam estar mais abertas à participação multidisciplinar, integrando  
8 um leque mais vasto e diferenciado de técnicos, onde se deveriam incluir os psicólogos,  
9 como elementos-chave na intervenção sobre a dimensão subjetiva das experiências de  
10 saúde e doença.

11 Dentro das diferentes áreas de investigação o psicólogo pode estudar o impacto da  
12 doença e da hospitalização no processo global de desenvolvimento. Pode também intervir  
13 ao nível dos papéis parentais, da não-adesão ao tratamento, da identificação de fatores  
14 que facilitam a adaptação ao internamento e a reabilitação da criança/adolescente e  
15 família, e pode ainda procurar formas mais adequadas de prestar serviços de saúde de  
16 qualidade, ao nível da relação com os técnicos de saúde e família.

17 Um documento recentemente elaborado pela Ordem dos Psicólogos salienta que as  
18 intervenções psicológicas permitem reduzir os custos nos serviços de saúde, com  
19 melhoria de resultados em saúde, apresentando dados custo-efetividade maiores do que o  
20 custo da própria intervenção, o que resulta numa elevada poupança e ganhos para a saúde  
21 (Ordem dos Psicólogos, 2011).

22 Neste sentido propomo-nos estudar os efeitos da aplicação de um Programa de  
23 Preparação Psicológica para o Internamento nos níveis de ansiedade, nos adolescentes  
24 hospitalizados, no momento da admissão, tendo em conta a vinculação e a autoeficácia.

25 Este programa (PPPI), considerado como uma intervenção psicoeducativa, pretende dotar  
26 os adolescentes (e os pais) de um conjunto de informações que permitam facilitar a  
27 adaptação à situação de hospitalização; compreender e lidar com as consequências  
28 negativas do internamento (Doca, & Junior, 2007); promover o treino de competências  
29 de confronto e de autocontrolo da ansiedade (Gaudêncio, Sirgo, Perales-Soler, &  
30 Amodeo-Escribano, 2000); permitir maior responsabilidade sobre a doença, com maior  
31 envolvimento e colaboração ativa no tratamento, procurando ir de encontro às suas  
32 expetativas e satisfação.

1 Claes (1990), Lautrey (2007) e Sprinthall e Collins (1999) abordam uma tendência da  
2 adolescência, denominada “Tendência Secular” entendida como uma aceleração do  
3 crescimento das crianças, uma antecipação da entrada na puberdade e atitudes e  
4 interrogações específicas mais precoces. Esta tendência aumenta o período de tempo da  
5 adolescência na nossa sociedade, uma vez que antecipa o seu início e se prolonga até  
6 altura indeterminada. Tendo por base esta ideia, optámos por realizar o estudo com  
7 crianças/ adolescentes dos 10 aos 18 anos.

8 Ao longo do trabalho será também referido muitas vezes crianças/ adolescentes, em vez  
9 de só crianças ou só adolescentes, atendendo também à definição de criança: “...todo o  
10 ser humano menor de 18 anos...” (Fonseca, & Perdigão, 1999).

11 Entendemos estudar a vinculação e a autoeficácia porque são dois fatores fundamentais  
12 para o desenvolvimento humano, adquirindo uma maior relevância quando as crianças e  
13 adolescentes enfrentam situações desconhecidas e ambíguas como o internamento e o  
14 ambiente hospitalar.

15 Considerando o internamento um momento de maior necessidade da figura de vinculação  
16 (pela angústia, receios, separações, novas situações...), consideramos pertinente estudar a  
17 perceção da vinculação aos pais, tendo em conta que estes são uma presença constante na  
18 vida familiar dos filhos.

19 Considerando também que a autoeficácia compreende a perceção sobre a própria  
20 capacidade, influenciando os processos de pensamento e as reações emocionais antes e  
21 perante as situações, entendemos que estudar a perceção de autoeficácia é fundamental  
22 em situações de internamento hospitalar.

23 Utilizando estas duas variáveis como concomitantes, pretende-se estudar o efeito de um  
24 PPPI nos níveis de ansiedade das crianças e adolescentes internados, comparando-o com  
25 o procedimento padrão da unidade.

26 Como complemento deste estudo serão avaliadas as expetativas sobre a qualidade global  
27 do serviço, a satisfação geral com o internamento e com a informação disponibilizada e  
28 tentaremos perceber qual a influência do PPPI sobre estas variáveis.

29 Este estudo, desenvolvido no âmbito do Mestrado em Psicologia na área de  
30 especialização em Psicologia do Desenvolvimento, para além da dimensão académica,  
31 pretende ser um contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados e permitir a

1 obtenção de melhores ganhos em saúde, pelo que, a comprovar-se a sua eficácia, será  
2 proposto para utilização no Hospital Pediátrico de Coimbra.

3 O trabalho é composto por duas partes: o enquadramento teórico e o estudo empírico.

4 Na primeira parte pretende-se realçar o contributo da Psicologia para a saúde, salientar  
5 tipos de programas de preparação psicológica para a hospitalização e enquadrar a  
6 natureza da relação das crianças e adolescentes com o hospital. Definem-se ainda os  
7 conceitos relevantes (ansiedade, vinculação e autoeficácia).

8 A segunda parte do trabalho é constituída pelo estudo empírico: o desenho de  
9 investigação, apresentação, análise e discussão dos resultados, conclusões, limitações e  
10 implicações do estudo.

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29



- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- 16
- 17
- 18
- 19
- 20

**PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## CAPÍTULO I – CONTRIBUTOS DA PSICOLOGIA PARA A SAÚDE

Neste capítulo serão abordados, entre outros aspetos, o contributo da Psicologia para a saúde, salientando a importância da Psicologia Pediátrica; a relevância da Preparação Psicológica para o Internamento e os tipos de programas existentes; a intervenção psicoeducativa como estratégia de melhoria da qualidade. Depois, o que é ser adolescente, estar hospitalizado e ser doente. Serão ainda definidos os conceitos de ansiedade, vinculação e autoeficácia, e por fim, a importância da expectativa e da satisfação em todo este processo.

### **1. A Psicologia e a saúde**

#### **1.1. Psicologia Pediátrica**

Logan Wright, em 1967 introduziu a designação de Psicologia Pediátrica como uma nova área de intervenção, com o objetivo de definir o campo de atividade dos psicólogos nos serviços de saúde infantil (Barros, 1999).

A mesma autora designa-a como um subdomínio da Psicologia da Saúde, sendo o seu objeto de estudo e intervenção, a saúde da criança e do adolescente, tendo nascido do reconhecimento da relevância dos processos psicológicos (comportamentais, cognitivos e emocionais) para os problemas da saúde infantil.

Numa união entre a Pediatria e a Psicologia, surgiam nos anos 60, os Psicólogos de Pediatria e os Pediatras do Desenvolvimento. Com efeito, muitas queixas apresentadas nas consultas de pediatria envolvem problemas puramente psicológicos (e.g. disciplina, aprendizagem) ou problemas que resultam da interação de processos físicos e psicológicos (e.g. perturbações do sono, do comportamento alimentar ou até a dor psicogénica). Por outro lado, os psicólogos encontram nos serviços de saúde um espaço privilegiado para levar às crianças/ adolescentes e famílias, as intervenções psicológicas mais acessíveis e eficazes.

1 Podemos destacar quatro grandes áreas de colaboração da Psicologia com a Pediatria:  
2 adaptação à doença; procedimentos médicos invasivos e hospitalização; promoção da  
3 saúde; e o trabalho com os pais (Grilo, & Pedro, 2005).

4 Para Barros (1999), as atividades do Psicólogo de Pediatria não são novidade e podem  
5 sobrepor-se a muitas das funções de outros psicólogos (clínicos, educacionais, do  
6 desenvolvimento), ou outras especialidades (Enfermagem Pediátrica, Pedopsiquiatria,  
7 Pediatria, Serviço Social). Nesta grande indefinição de papéis, é comumente aceite  
8 pelos profissionais de saúde infantil que é necessário atender aos processos psicológicos,  
9 mas menos consensuais são as funções específicas e o campo de intervenção de cada  
10 profissional.

11 No que diz respeito ao Psicólogo do Desenvolvimento, este interessa-se pelos processos  
12 de desenvolvimento normal ou normativo, enquanto o Psicólogo de Pediatria se ocupa  
13 sobretudo de uma perspetiva mais prática da Psicologia do Desenvolvimento que estuda  
14 os efeitos da saúde e da doença no desenvolvimento e os efeitos do desenvolvimento na  
15 saúde e na doença, assim como as perturbações ou desvios deste processo (Barros, 1999).

16 No entanto, a mesma autora, refere que a Psicologia Pediátrica pode definir-se como um  
17 campo interdisciplinar que tem como objetivo o âmbito completo das questões do  
18 desenvolvimento físico e mental, saúde e doença, que afetam as crianças, adolescentes e  
19 famílias. Explora a relação entre o bem-estar físico e psíquico das crianças e  
20 adolescentes, incluindo a compreensão, a avaliação e a intervenção em situações de  
21 perturbação do desenvolvimento; a avaliação e o tratamento dos problemas e dos  
22 concomitantes comportamentais e emocionais da doença; o papel da Psicologia na  
23 Medicina Pediátrica e na promoção da saúde e do desenvolvimento; e a prevenção da  
24 doença e dos acidentes nas crianças e jovens.

25 Segundo Fonseca (1998), a Psicologia Pediátrica define-se pelo contexto pediátrico onde  
26 trabalha o Psicólogo – serviços de saúde infantil não psiquiátricos (centros de saúde  
27 infantil, hospitais pediátricos, serviços de pediatria, centros de saúde materno-infantil,  
28 centros de reabilitação, equipas de saúde escolar, etc.) e pela faixa etária da população  
29 que assiste (até aos 18 anos). Os modelos teóricos de intervenção centram-se numa  
30 orientação desenvolvimentalista, numa abordagem multidisciplinar e combinam  
31 competência e humanismo.

32 Para Barros (1999), o que melhor caracteriza a Psicologia Pediátrica, para além de se  
33 exercer em serviços de saúde e de utilizar metodologias breves e com objetivos

1 preventivos, é a sua orientação desenvolvimentalista. As crenças infantis sobre saúde e  
2 doença influenciam as atitudes de promoção da saúde e de confronto da doença,  
3 especialmente no momento do diagnóstico, e a sua acuidade, a percepção dos sintomas e  
4 das suas consequências, assim como todo o processo de tratamento e de reabilitação.

5 O atual conceito de saúde, visto como um processo global e não como um modelo  
6 biomédico tradicional, adotou uma abordagem multidisciplinar do sujeito doente e da  
7 própria doença, visto agora sob o ponto de vista biológico, comportamental e social.

8 É assim que num contexto de Psicologia Clínica Infantil surge a Psicologia Pediátrica,  
9 desenvolvendo-se a partir do reconhecimento da relevância dos aspetos psicológicos para  
10 o diagnóstico e prevenção dos problemas de saúde da criança e para o tratamento da  
11 criança fisicamente doente e da sua família.

12 Para Viana e Almeida (1987; 1990) os objetivos fundamentais do Psicólogo Pediátrico,  
13 além de ter em conta as estruturas e expectativas da instituição em que trabalha, das  
14 características do serviço em que se insere e das características da população, são os de  
15 colaborar na implementação de programas de prevenção e promoção da saúde, utilizando  
16 uma abordagem comportamental; a compreensão dos problemas psicológicos e de saúde  
17 da criança numa perspetiva desenvolvimentalista; planear intervenções em crianças de  
18 risco; colaborar no tratamento, recuperação e apoio à criança doente e sua família; e  
19 finalmente participar na investigação aplicada aos fatores psicossociais associados à  
20 saúde e à doença.

21 Neste sentido, a sua intervenção não se restringe à avaliação e diagnóstico, mas também  
22 na prevenção (modificando comportamentos e/ou situações) e na intervenção precoce e  
23 rápida na resolução de problemas de índole psicológica, focalizando a sua ação na  
24 criança, na família e na equipa de saúde, atuando desta forma aos três níveis de  
25 prevenção (Viana, & Almeida, 1987).

26 Fonseca (1998), citado por Roberts (2003), salienta que a prevenção tem dois objetivos:  
27 melhorar o bem-estar enquanto criança e melhorar o estado de saúde futuro, quando  
28 adulto, identificando fatores físicos, comportamentais e ambientais que podem levar ao  
29 aparecimento de doenças ou problemas psicológicos, favorecendo um desenvolvimento  
30 familiar saudável e minimizando desarmonias emocionais graves.

31 Relativamente aos técnicos também é importante sensibilizá-los para a importância da  
32 relação e comunicação com a criança doente e com os pais, transmitindo-lhes informação

1 sobre desenvolvimento psicológico normal, adaptação psicossocial à doença física e os  
2 seus efeitos no funcionamento da criança e da família, levando à modificação de atitudes  
3 através da formação.

4 Quando os problemas já existem, o papel do psicólogo nas equipas interdisciplinares é  
5 fulcral de forma que a abordagem da criança doente seja eficaz e realizada numa  
6 perspetiva global, admitindo uma relação estreita entre fatores comportamentais e saúde.  
7 Neste sentido, os tratamentos médicos são complementados com os psicológicos,  
8 potenciando os seus efeitos e intervindo principalmente sobre os fatores de risco  
9 (Lautrey, 2007).

10 No terceiro nível de prevenção, o objetivo é ultrapassar os efeitos dos transtornos de  
11 determinada doença, evitando recaídas e possíveis efeitos secundários não desejados.  
12 Assim, um papel importante do Psicólogo Pediátrico é transmitir a importância de um  
13 *timing* psicológico (muito diferente do *timing* médico), ser um facilitador de  
14 comunicação entre os diferentes elementos da equipa e a família, esclarecendo  
15 expectativas futuras, identificando e prevenindo potenciais problemas de desenvolvimento  
16 e de comportamento.

17 Assim, de acordo com Olson, Mullins, Chaney e Gillman (1994), o psicólogo pode  
18 intervir a diversos níveis: - consultadoria, quando trabalha como técnico sobre aspetos  
19 psicológicos de determinada doença ou de determinado doente e considera opções para a  
20 resolução do problema; - consulta independente, quando o psicólogo, a pedido do médico  
21 observa e avalia a criança sob o ponto de vista comportamental, do desenvolvimento  
22 psicomotor e cognitivo, de forma a chegar a um diagnóstico conjunto ou necessidade de  
23 intervenção e/ou apoio breve; - consulta de subespecialidades, onde o psicólogo contribui  
24 para um melhor planeamento de intervenções terapêuticas de forma que se tomem em  
25 atenção também fatores psicológicos e a adaptação da criança e família à nova situação  
26 de doença; - e apoio psicológico à criança doente e família que é realizado numa  
27 perspetiva de intervenção breve e com fases distintas em função da evolução da doença  
28 (e.g. crise emocional aquando do diagnóstico, preparação para o internamento,  
29 hospitalização e reabilitação).

30 De acordo com Barros (1996), numa primeira fase do apoio psicológico, o psicólogo  
31 centra-se no apoio aos pais cujo filho foi diagnosticado com uma doença grave ou  
32 crónica, procurando ajudá-los a ultrapassar a crise emocional desencadeada pelo  
33 conhecimento do diagnóstico. Segundo Fonseca (1998), com a criança/ adolescente a

1 intervenção centra-se no ajustamento que deve ser feito, nas explicações sobre causas e  
2 conseqüências da sua patologia, atendendo à fase de desenvolvimento em que se  
3 encontra.

4 Na segunda fase, a intervenção está direcionada para a preparação psicológica da criança/  
5 adolescente e família para o internamento. Após uma explicação breve da sua doença, o  
6 psicólogo deve dotar a criança/ adolescente de um conjunto de atitudes apropriadas que  
7 possibilitem a adesão ao tratamento. Durante o internamento, o objetivo é manter o apoio  
8 à criança/ adolescente (e aos pais) de forma a prevenir ou reduzir tensões emocionais,  
9 acompanhar dificuldades de adaptação à doença e prevenir problemas psicológicos e de  
10 desenvolvimento inerentes ao processo, e ainda, controlar a ansiedade e a dor provocadas  
11 pela hospitalização ou tratamentos invasivos (Barros, 1996).

12 Na última fase, o papel do psicólogo será o de apoiar a criança/ adolescente e família na  
13 sua recuperação, de forma a retomar o seu projeto de vida, possibilitando a prevenção  
14 dos desajustamentos psicológicos paralelos ou resultantes do internamento, criando  
15 alternativas de reorganização e reforçando as capacidades para lidar com os vários  
16 aspetos da doença e com futuras adversidades (Barros, 1996) (incluindo lutos e cuidados  
17 paliativos, acrescentamos nós).

18

## 19 **2. Preparação psicológica para o internamento: relevância e tipos de** 20 **programas**

21 Sabemos que os sistemas de saúde não estão orientados para as ações preventivas  
22 primárias de identificação de riscos potenciais, mas antes voltadas para a alta tecnologia  
23 com altos custos de resposta. Contudo, o processo de doença e de hospitalização é  
24 frequentemente vivenciado com muito sofrimento pela criança/ adolescente e família e  
25 este não depende apenas disso.

26 No hospital, a decisão para cirurgia, internamento hospitalar para tratamento ou exames  
27 complementares de diagnóstico é realizada pelo médico, seja na Consulta Externa, seja  
28 numa situação de urgência ou emergência. O que é dito e o que é apreendido pela  
29 criança, adolescente e família é geralmente insuficiente e, e por isso, exige um  
30 complemento de informações que posteriormente são dadas por diferentes profissionais  
31 de saúde, em tempos diferentes, de forma dispersa, nem sempre coincidentes e, na maior  
32 parte das vezes, de forma muito vaga.

1 Verificamos que a doença e a hospitalização podem originar sofrimento psíquico, neste  
2 sentido, as repercussões psicológicas da hospitalização podem ser várias. O medo do  
3 desconhecido; das lesões físicas e da dor; da perda de controlo; da incerteza do que é  
4 esperado; e da separação da segurança e das rotinas familiares, são as cinco ameaças  
5 principais com que a criança se vê confrontada na admissão ao hospital (Glasper, &  
6 Haggarty, 2006). Estes autores confirmam que um bom método para reduzir a ansiedade  
7 pré-operatória é a combinação de suporte emocional e informações relacionadas com a  
8 admissão ao hospital.

9 Supõe-se que a criança/ adolescente modifica o seu comportamento perante a  
10 hospitalização e a doença por estranheza ao ambiente, aos procedimentos, aos  
11 medicamentos, aos equipamentos e aos técnicos de diferentes profissões. A família fica  
12 desestruturada com a doença de um dos seus membros e a equipa de saúde, por vezes,  
13 tem dificuldade em lidar com as emoções que surgem no contexto hospitalar.

14 Neste sentido, o apoio psicológico reduz os sentimentos dolorosos dos envolvidos nesse  
15 processo, preparando emocionalmente para as situações de angústia e stress, além do  
16 medo, inibição, ansiedade, falta de iniciativa, agressividade, irritabilidade, anorexia e  
17 depressão (esta que por vezes surge de forma disfarçada através de manifestações  
18 psicossomáticas como cefaleias, dores musculares, transtornos do sono, etc.), que podem  
19 ser distúrbios consequentes da má adaptação à doença e à hospitalização, evitando que a  
20 saúde mental seja preservada (Ferro, & Amorim, 2007).

21 As situações de internamento podem desencadear desadaptação emocional, sendo  
22 necessária a atuação do psicólogo nas unidades de internamento, para tentar diminuir o  
23 sofrimento inerente a esse processo. Tendo em conta o aspeto da imprevisibilidade do  
24 tempo de internamento, o atendimento psicológico deve ser breve e focal, objetivando o  
25 alívio do sofrimento vivido pela criança/ adolescente e família (Ferro, & Amorim, 2007).

26 Os mesmos autores salientam que o atendimento psicológico no hospital deve ser  
27 precedido de um planeamento da intervenção através do conhecimento das necessidades  
28 dos pacientes, dos seus familiares e das reais possibilidades de atuação que podem ser  
29 oferecidas.

30 Isto justifica-se segundo Calvetti, Silva e Gauer (2008), porque no ambiente hospitalar  
31 podem ocorrer situações em que familiares e profissionais minimizam ou desconsideram  
32 as perceções e sentimentos do paciente. Tais atitudes podem gerar sentimentos de  
33 insegurança e instabilidade na pessoa hospitalizada.

1 Sendo necessário vínculo e proximidade com as crianças/ adolescentes, diversas  
2 atividades podem ser realizadas: dramatização; desenho; modelagem; fantoches; jogos  
3 pedagógicos; filmes; histórias; etc.. O propósito direciona-se para as necessidades numa  
4 relação terapêutica, maximizando as capacidades de comunicação, compreensão dos  
5 comportamentos e constrangimentos e, também, a possibilidade de treino de um conjunto  
6 de estratégias para controlo emocional. O foco desta relação emerge das ideias,  
7 experiências e sentimentos da criança/ adolescente e família, tendo em mente as quatro  
8 competências básicas referidas por Rogers: compreensão empática; aceitação  
9 incondicional; autenticidade e respeito.

10 Fundamentados na Psicologia do Desenvolvimento, a escolha das metodologias de  
11 confronto com a ansiedade e com a dor deve ser a mais adequada (Grilo, & Pedro, 2005).  
12 Estas são particularmente úteis em situações como a preparação para exames invasivos,  
13 para o internamento e para a cirurgia programada (Grilo, & Pedro).

14 Para Cordeiro (1994), a eficácia da equipa no hospital, resulta não apenas do seu nível  
15 técnico, mas igualmente, e sobretudo, da sua capacidade de resposta à realidade  
16 angustiante e deprimente da doença e hospitalização da criança. Neste contexto, é  
17 importante preparar a hospitalização, explicando os seus objetivos e dando a todos a  
18 possibilidade de verbalizar os seus problemas; realizar um bom acolhimento no momento  
19 da admissão, apresentando o pessoal, as outras crianças/ adolescentes e o funcionamento  
20 do serviço; obter informações sobre a sua situação psicológica; favorecer os contactos  
21 entre a família e a equipa; e criar as condições para que a estadia no hospital seja o mais  
22 agradável possível.

23 Os princípios da preparação psicológica referem-na como um conjunto de procedimentos  
24 técnicos que tem por objetivo geral aliviar as reações emocionais que surgem da situação  
25 de internamento hospitalar e facilitar a adaptação comportamental a este contexto  
26 (Quiles, & Carrillo, 2000). Esta pode ocorrer antes da hospitalização, no momento da  
27 admissão ao hospital ou antes de procedimentos invasivos, como punções venosas e  
28 cirurgias.

29 Se não puder ser realizada antes (das cirurgias, exames e procedimentos) a preparação  
30 psicológica pode ser realizada depois, retomando as informações sobre o procedimento e  
31 esclarecendo o que foi realizado (Ferro, & Amorim, 2007).

32 Pretende-se fazer do paciente um colaborador ativo, aliado do profissional de saúde,  
33 tornando o procedimento terapêutico mais efetivo. Para isso, tendo em conta a Psicologia



1 da Saúde, dão-se informações sobre sintomas, etiologia, tratamento e curso da doença  
2 para aumentar o conhecimento e modificar comportamentos (Andrade, 1999).

3 A preparação psicológica pode ter fins informativos, distrativos e aprendizagem de  
4 técnicas de confronto (Doca, & Junior, 2007). Os programas informativos ou de  
5 transmissão de informação são os mais comuns, sendo que a informação oral prevalece  
6 em relação à escrita (Doca, & Junior).

7 Com vantagens e desvantagens, e com custos superiores, existem os meios audiovisuais,  
8 como por exemplo os filmes. Estes podem ser um meio mais atrativo para crianças e  
9 adolescentes porque potencializam os efeitos visuais e auditivos e têm informações-  
10 chave (são rápidos, reduzindo o tempo de preparação e podem ser facilmente  
11 implantados no contexto hospitalar). Por outro lado, são impessoais, a sua elaboração  
12 envolve custos e os estímulos podem limitar-se ao visual e ao auditivo (Doca, & Junior,  
13 2007).

14 Os procedimentos distrativos, tais como jogos e brincadeiras, têm como objetivo desviar  
15 a atenção da criança/ adolescente do procedimento invasivo a ser realizado para uma  
16 atividade que dá prazer (Franck, & Jones, 2003; Patel, et al., 2006; citados por Doca, &  
17 Junior, 2007). Sendo o brincar (do latim *vinculum* que significa união ou laço) uma  
18 atividade essencial entre as crianças, no contexto hospitalar é uma ferramenta valiosa,  
19 pois facilita a adesão ao tratamento e a continuação do desenvolvimento infantil.

20 Por fim, os procedimentos de confronto ensinam técnicas para a diminuição da atividade  
21 vegetativa excessiva (relaxamento, imaginação guiada e controlo da respiração), técnicas  
22 de reestruturação cognitiva (autoinstruções e auto verbalizações), técnicas de promoção de  
23 condutas de colaboração (reforço, economia de fichas), entre outras. Estes procedimentos  
24 permitem o aumento da sensação de controlo, diminuição das interpretações  
25 aterrorizantes sobre a situação e aumento da probabilidade de obter reforço positivo para  
26 comportamentos considerados adequados ao confronto de situações stressantes (Doca, &  
27 Junior, 2007; Quiles, & Carrillo, 2000; Roberts, 2003).

28 Segundo Barros (1999) e Doca e Junior (2007), os programas de preparação na admissão  
29 hospitalar envolvem o fornecimento de informações sobre normas e rotinas do serviço,  
30 procedimentos a realizar e treino de estratégias de confronto. As formas mais comuns de  
31 transmissão da informação são: a forma oral na admissão da criança/ adolescente e  
32 família; apresentação de folhetos com informação pertinente e forma audiovisual, com  
33 slides e filmes de curta duração.

1 Para Barros (1999), o primeiro passo de qualquer intervenção psicológica em situação de  
2 doença é a criação de condições para uma relação de comunicação aberta e honesta para  
3 com a criança/ adolescente doente e para com a sua família, facilitando a identificação de  
4 competências e áreas de preocupação e permitindo a definição conjunta de objetivos de  
5 intervenção.

6 Segundo La Montagne (1987), citado por Joyce-Moniz (2005), as regras para o  
7 fornecimento de informação a crianças incluem dar oportunidades à criança de fazer  
8 perguntas segundo o seu próprio ritmo e preocupações; fornecer informação simples,  
9 verdadeira e repetida sobre a doença, os sintomas e o tratamento; encorajar a  
10 verbalização das conceções sobre a doença e o tratamento para detetar dificuldades de  
11 compreensão e poder corrigi-las; encorajar a expressão de sentimentos; e organizar  
12 atividades concretas (e.g. jogos, filmes, livros) para ajudar a criança a compreender e  
13 controlar as situações ansiogénicas (e.g. separação dos pais, tratamentos aversivos).

14 O psicólogo é o profissional que está disponível para ouvir e valorizar a perspetiva da  
15 criança/ adolescente e família e proporcionar apoio na resolução dos problemas que se  
16 forem encontrando. Outros profissionais procuram sintomas, diagnósticos e tratamentos  
17 de uma forma mais objetiva. O psicólogo centra-se nas perceções, interpretações,  
18 sentimentos, experiências subjetivas e procura de soluções para os problemas que surgem  
19 como colaterais aos outros profissionais, mas essenciais à criança/ adolescente e família.  
20 Assim, utiliza a escuta empática, a pergunta aberta e a clarificação de dúvidas e receios,  
21 permitindo liberdade e autenticidade.

22 A preparação psicológica é recomendada pelos investigadores em Psicologia da Saúde e  
23 Psicologia Pediátrica. Constitui uma ampla modalidade de intervenção que inclui  
24 diferentes modalidades e técnicas para ser utilizada com pacientes e familiares expostos a  
25 condições potencialmente stressantes. As diferentes modalidades, sugeridas por Gould, et  
26 al., (2004), citados por Pereira (2005), têm um efeito maior do que a utilização dos seus  
27 componentes separadamente, tendo como objetivos a redução dos efeitos adversos  
28 associados à experiência da hospitalização, nomeadamente a redução da ansiedade  
29 antecipatória, o aumento da adesão ao tratamento e o desenvolvimento de estratégias  
30 mais eficazes de confronto (Anderson, & Collier, 1999; Doca, & Junior, 2007; Quiles, &  
31 Carrillo, 2000; Soares, & Bomtempo, 2004).

32 De acordo com Barros (1999), a informação dada pelo psicólogo também obedece a  
33 algumas regras: informar de forma clara sobre quem dá determinada informação;

1 esclarecer alguns pontos duvidosos; garantir coerência e consistência na informação;  
2 dosear a informação; apoiar a informação em material escrito, informático ou outro; não  
3 esconder aspetos menos agradáveis, mas ser verdadeiro; dar informação num processo  
4 sequencial, por vezes repetida, acrescentada ou corrigida; mostrar disponibilidade; a  
5 informação ser adequada à necessidade individual e ser transmitida à criança/ adolescente  
6 antes ou simultaneamente de forma que haja continuidade na explicação.

7 A preparação psicológica para a hospitalização é já uma prática bastante divulgada em  
8 diferentes países, especialmente na América. As visitas ao hospital e a descrição verbal  
9 dos procedimentos são os programas mais utilizados por serem os mais baratos. Barros  
10 (1999) refere que:

11 A implementação de programas de preparação para a hospitalização é necessária para  
12 evitar manifestações de ansiedade e problemas de comportamento durante e após o  
13 internamento e para prevenir outro tipo de perturbações no desenvolvimento ou no  
14 relacionamento familiar a médio prazo, no sentido de que há maior controlo cognitivo e  
15 mantêm a perturbação emocional em níveis mais baixos. (p.74)

16 Leventhall e Johnson (1980), citados por Barros (1999), salientam que o fornecimento de  
17 informação objetiva e concreta sobre situações stressantes, facilita o confronto com as  
18 mesmas, devido à formação de esquemas cognitivos que permitem aumentar o grau de  
19 previsibilidade, diminuir o grau de discrepância entre o esperado e o vivido e aumentar a  
20 capacidade da criança/ adolescente para compreender e interpretar a experiência.

21 Barros (1999) refere mesmo que a preparação para a hospitalização é um direito da  
22 criança como doente. Estudos confirmam que há reais benefícios para as crianças e  
23 também diminuição nos gastos hospitalares.

24 Mendes, Silva, Nunes e Fonseca (2005) referem que a utilização de estratégias para  
25 diminuir a ansiedade no pós-operatório é parte essencial de uma boa prática de cuidados.  
26 A utilização de programas psicoeducativos no pré-operatório, desenvolvidos nas fases de  
27 *aquecimento, exploração e ajuda*, diminuindo a incerteza e aumentando o controlo da  
28 situação, são mais eficazes do que o fornecimento de informação padronizada.

29 Sendo que as diferenças individuais são fundamentais para se conceber um programa  
30 psicoeducativo (Mendes, et al., 2005), este deve ter em conta a quantidade e qualidade da  
31 informação e o tipo de ajuda que as pessoas necessitam. O objetivo visa diminuir a  
32 incerteza, aumentar a autoeficácia e controlo e diminuir a ansiedade.

1 Apesar do estudo de Mendes, et al. (2005) ser relativo a adultos faz-nos sentido, na  
2 medida em que as crianças/ adolescentes e famílias são pessoas, diferentes *per si*, logo, a  
3 informação fornecida também deve ser doseada individualmente.

4 Segundo Doca e Junior (2007) existem alguns pontos-chave para a preparação  
5 psicológica aplicada às crianças internadas, como sejam:

6 a) A intervenção deve ser realizada com a criança (adolescente) e com os seus pais  
7 (ou cuidadores primários).

8 b) Deve ser desenvolvida preferencialmente nos primeiros momentos do  
9 internamento, tendo em conta o seu carácter preventivo.

10 c) Deve combinar diferentes estratégias de intervenção, com avaliações periódicas e  
11 sistemáticas dos seus efeitos.

12 d) Deve envolver toda a equipa multiprofissional.

13 e) Deve ser adaptada à realidade da unidade hospitalar e às necessidades dos  
14 utilizadores, a partir da avaliação psicossocial prévia.

15 O mesmo autor sugere uma proposta de intervenção com ações preparatórias e ações  
16 práticas.

17 Nas ações preparatórias, primeiro surge o envolvimento da equipa de saúde, de forma  
18 que todos possam explicitar a importância da intervenção e os seus benefícios para as  
19 crianças/ adolescentes, famílias e profissionais, no processo de adaptação ao contexto  
20 hospitalar. As evidências baseiam-se na redução de queixas comuns do internamento; na  
21 prevenção de comportamentos disfuncionais das crianças/ adolescentes e famílias,  
22 sentidas como fatores de stress para os profissionais; e na redução de gastos hospitalares  
23 com a diminuição do tempo de internamento, do uso de analgésicos e outros  
24 procedimentos técnicos.

25 Posteriormente surge o treino da equipa de forma que a preparação para o internamento  
26 seja uma intervenção qualificada e conjunta. Aqui, sugere o desenvolvimento de  
27 habilidades sociais tais como a escuta diferenciada, a empatia, a comunicação simples, a  
28 eficiência na resolução de problemas e prioridade para a intervenção em crise (Doca, &  
29 Junior, 2007).

30 No terceiro passo, define-se junto com a equipa, os métodos a utilizar na preparação para  
31 o internamento, adequando-os ao contexto social, cultural, do hospital e dos utentes. O

1 programa é integrado nas rotinas do serviço e é publicitado entre os profissionais que  
2 atendem as crianças/ adolescentes e famílias.

3 A seguir, providenciam-se os recursos necessários para a execução do programa de  
4 acordo com a metodologia definida anteriormente, ou seja, elaborar documentos  
5 informativos, vídeos, disponibilizar materiais lúdicos, entre outros.

6 Num quinto ponto divulga-se o programa e treina-se a equipa para o executar, de forma a  
7 padronizar a conduta e eliminar desconformidades.

8 Por fim, executa-se o programa e faz-se avaliação sistemática periódica dos seus efeitos a  
9 curto e médio prazo.

10 Tendo em conta as ações práticas, Doca e Junior (2006), citados por Doca e Junior  
11 (2007), sugerem também seis etapas para um programa:

12 Na primeira etapa, a receção e o acolhimento incluem: chamar a criança/ adolescente e  
13 família pelo nome, olhar nos olhos e fazer uma breve observação. Pretende-se iniciar  
14 uma relação de ajuda, uma escuta ativa e empática, sendo capaz de perceber as  
15 expetativas da criança/ adolescente e família, bem como avaliar os aspetos gerais da sua  
16 função cognitiva e emocional.

17 Posteriormente, numa segunda etapa, faz-se a apresentação do serviço e o fornecimento  
18 de informações de forma simples sobre normas e rotinas de funcionamento, tais como  
19 horário de refeições, apresentação pessoal, atividades desenvolvidas no serviço e rotinas  
20 médicas e de Enfermagem. No final pode ser distribuído um folheto informativo com as  
21 principais informações, visto que a ansiedade inicial pode prejudicar a retenção (Arora,  
22 2003, citado por Doca, & Junior, 2007) e validação da informação, com indicação de  
23 aspetos a serem revistos.

24 Numa terceira fase surgem os procedimentos técnicos de rotina que devem ser  
25 explicados, nomeados e descritos sucintamente.

26 A seguir (quarta fase) faz-se uma avaliação específica de cada especialidade. No caso da  
27 Psicologia avaliam-se as expetativas quanto ao internamento, nível de adesão ao  
28 tratamento e recursos de confronto.

29 Esta fase leva à seguinte (quinta etapa) e indica o tipo de acompanhamento de acordo  
30 com as necessidades biopsicossociais dos utilizadores, que pode envolver atendimentos  
31 individuais, técnicas de dessensibilização, relaxamento, treino de habilidades sociais, de  
32 confronto, de resolução de problemas entre outros.

1 Uma grande diferença dos programas de preparação para o internamento consiste na  
2 postura dos profissionais perante as crianças/adolescentes e os seus familiares, de forma  
3 afetiva e disponível, atendendo às suas necessidades e direitos, especialmente no que diz  
4 respeito à informação antecipada sobre todos os procedimentos a serem realizados e à  
5 obtenção do consentimento informado.

6 Tendo em conta a alta hospitalar, surge a última etapa do programa (sexta etapa) onde as  
7 crianças/adolescentes e familiares são orientadas sobre como proceder em casa, a fim de  
8 dar continuidade ao tratamento e superar as dificuldades.

9 Doca e Junior (2007) concluem a necessidade dum processo avaliativo contínuo do  
10 programa, identificando falhas e necessidades de ajustes, além da eficácia do programa e  
11 do nível de satisfação dos utilizadores. Assim, os efeitos adversos do internamento  
12 podem ser minorados.

13 Nos programas de preparação para a hospitalização podem incluir-se técnicas de  
14 modelagem, apresenta-se um modelo que demonstra como é que a criança/adolescente  
15 pode controlar o seu medo e ansiedade e como é que os pais podem ajudar o filho,  
16 ficando a informação para segundo plano. São programas baseados na aprendizagem  
17 social de Bandura que modelam atitudes de cooperação com os tratamentos, rotinas e  
18 confronto ativo, através do uso da distração, autoinstrução ou relaxamento. Visam o  
19 controlo da ansiedade e da dor associada a alguns procedimentos (Barros, 1999).

20 A modelagem é um elemento fundamental para adquirir um comportamento. A sua  
21 prática acompanhada de reforço é o elemento fulcral para a sua reprodução motora  
22 (Gonçalves, n.d.), mas os programas estandardizados de preparação com recurso da  
23 modelagem podem não surtir qualquer efeito nas crianças com histórias de internamentos  
24 anteriores, contrariamente aos que não têm essa experiência (Barros, 1998).

25 Independentemente do reconhecimento da importância dos programas, Melamed e Bush  
26 (1985), citados por Barros (1999) alertam para o facto de que estes também podem fazer  
27 aumentar a ansiedade, especialmente nas crianças mais imaturas emocionalmente ou em  
28 casos de crianças hospitalizadas anteriormente que podem reforçar as suas crenças  
29 negativas já existentes.

30 Existem três modalidades de preparação psicológica em função dos objetivos: fornecer  
31 informações orais e/ou escritas, familiarizando o indivíduo com a situação a ser  
32 enfrentada; usar a distração por meio de jogos, brincadeiras e atividades concorrentes

1 com os procedimentos médicos e de enfermagem a serem realizados; e simulação da  
2 situação real por meio de jogos audiovisuais e desempenho de papéis, facilitando a  
3 adaptação comportamental da criança à situação (Doca, & Junior, 2007).

4 Guimarães (1999), Ogden (1999), Reis (1998), Roberts (2003), citados por Doca e Junior  
5 (2007) questionam o porquê de maior número de programas antes dos procedimentos.  
6 Uma das respostas orienta-se pela vigência do modelo biomédico de saúde que tem o  
7 enfoque nas intervenções curativas e não nas preventivas; na doença e não no indivíduo  
8 que a tem; na especialização das técnicas e dos profissionais que as executam e pela  
9 divisão dualista que preconiza a mente e o corpo, não reconhecendo o processo de saúde  
10 -doença como um objeto único, uma continuidade.

11 Outra resposta tem a ver com o potencial aversivo e *stressor* da submissão aos  
12 procedimentos invasivos, o que desperta grande interesse entre os investigadores (Blount,  
13 et al., 2006; Ramsay, 2000; Willemsen, et al., 2002; citados por Doca, & Junior, 2007).

14 Willemsen, et al. (2002), citados por Doca e Junior (2007), numa investigação com  
15 crianças com fobia de agulhas, sugerem várias opções de tratamento: anestesia local ou  
16 não, apoio educacional com explicação e/ou orientação, relaxamento, distração,  
17 dessensibilização e reestruturação cognitiva. Evidenciam que a aplicação e a escolha da  
18 técnica têm a ver com as necessidades psicossociais da criança e devem ser identificadas  
19 pelo profissional de saúde, logo, estes devem ter preparação adequada.

20 Além dos profissionais de saúde, os pais também requerem orientação e treino. O  
21 conhecimento e o entendimento que os pais fazem do internamento apontam para uma  
22 grande variabilidade (Doca, & Junior, 2007). Muitos pais não sabem ou não são  
23 informados sobre o processo de internamento, logo, é necessário informá-los sobre a  
24 doença, suas características, formas de atuação e cuidados necessários durante e após o  
25 internamento (Doca, & Junior).

26 O treino dos pais também é fundamental, como agentes estimuladores do comportamento  
27 de colaboração dos filhos (Cavender, et al., 2004, citados por Doca, & Junior, 2007).  
28 Programas de preparação da hospitalização dirigidos aos pais, programas para a  
29 hospitalização não planeada, programas preventivos dirigidos à criança saudável,  
30 presença dos pais e continuidade nos cuidados diários ou programas de acompanhamento  
31 psicológico para pais são outras diferentes possibilidades de intervenção a ter em conta  
32 na preparação para a hospitalização da criança/ adolescente, porém, saíam do âmbito  
33 deste trabalho.

1  
2       2.1. Programas de redução da percepção de dor como estratégia de controlo da  
3           ansiedade

4 Palavras e silêncios, gestos, expressões faciais e sobretudo ações da criança/ adolescente  
5 (e família) traduzem a necessidade de um olhar mais atento sobre as experiências mais  
6 perturbadoras associadas à doença e aos tratamentos como a ansiedade, o medo ou a dor.

7 Diversos estudos, como os de Dahlquist e Armstrong (1988); e Labré (1999), citados por  
8 Grilo e Pedro (2005) referem que é necessário preparar os doentes para os exames e/ou  
9 tratamentos que vão realizar, nomeadamente, através do fornecimento adequado de  
10 informação e, se necessário, recorrer ao ensino de estratégias de controlo da ansiedade e  
11 da dor.

12 A maior parte dos estudos investiga questões específicas do internamento, como sejam a  
13 punção venosa, e não o processo de internamento como um todo. Por outro lado, as  
14 pesquisas não apontam para resultados conclusivos que especifiquem metodologias  
15 precisas ou modelos de operacionalização que garantam a obtenção generalizada de  
16 efeitos positivos da intervenção psicológica sobre o comportamento das crianças  
17 expostas a procedimentos invasivos (Doca, & Junior, 2007). Segundo os mesmos  
18 autores, a falta desta sistematização metodológica pode ser atribuída à complexidade  
19 clínica, à multiplicidade de variáveis psicossociais relacionadas com o contexto de  
20 tratamento de saúde e às diversas abordagens teórico-filosóficas que estão na base das  
21 intervenções psicológicas.

22 A dor é uma somatização comum e está associada à experiência emocional contra  
23 produtora (ansiedade, depressão, cólera...), faz parte da história de qualquer pessoa  
24 desde o seu nascimento, é uma experiência pessoal, subjetiva que só conhecemos a partir  
25 da comunicação daquele que sofre.

26 A dor foi durante muito tempo subavaliada, especialmente nas crianças mais pequenas.  
27 Além da dor, o sofrimento inerente ao internamento, a alteração da imagem corporal, a  
28 necessidade de isolamento ou imobilização, ou de ventilação e respiração artificial  
29 contribuem para agravar a ansiedade e a probabilidade de sequelas. A avaliação de dor  
30 tem em conta o relatório verbal, a avaliação comportamental e o *score* obtido em escalas  
31 de dor ou outros. Importante é a valorização da dor como um fenómeno intrinsecamente  
32 subjetivo.



1 A intervenção mais adequada para o controlo da dor visa a autonomia de escolha da  
2 criança/ adolescente face a uma variedade de alternativas. Poder-se-á iniciar pela  
3 explicação sobre a auto-monitorização da dor, numa interrogatória socrática sobre a  
4 “História de Dor”, fazendo a seguir o seu registo e a transmissão da informação à equipa  
5 de saúde.

6 A intervenção do psicólogo surge também como fundamental no caso de procedimentos  
7 complexos e dolorosos ou assustadores em crianças/ adolescentes que já passaram por  
8 experiências negativas e estão mais sensíveis à dor, ou que estão integradas em famílias  
9 que têm dificuldade de lidar adequadamente com o medo e a dor da criança/ adolescente  
10 ou ainda no caso de dor crónica.

11 Segundo Blount, et al. (2006), citados por Doca e Junior (2007), os programas de  
12 preparação psicológica devem dar atenção primordial à redução da perceção de dor  
13 durante a exposição aos procedimentos invasivos, prevenir a sua ocorrência, ou ensinar a  
14 lidar com ela, a partir das intervenções, antes do início do internamento. Estes autores  
15 evidenciam os efeitos positivos das intervenções cognitivo-comportamentais como  
16 redutores das queixas de dor, direcionando a atenção para estímulos não relacionados  
17 com o procedimento, fazendo uso da distração.

18 Para Barros (1999), o primeiro passo numa preparação é analisar quais os medos e  
19 ansiedades mais importantes e construir uma intervenção baseada nas capacidades que a  
20 criança/ adolescente demonstra para atribuir significado à situação e confrontar  
21 adequadamente. As estratégias têm em conta vários aspetos:

22 1- Preparação e informação para procedimentos dolorosos ou assustadores que permita à  
23 criança/ adolescente (e pais), ter uma orientação positiva e ganhar algum sentido de  
24 segurança, tendo em conta as expectativas e as construções da criança/ adolescente, no  
25 sentido de obter alguma sensação de controlo sobre a situação ou sobre o estímulo  
26 doloroso. Pretende-se um participante ativo e não uma vítima passiva.

27 A preparação para a hospitalização visa a informação e preparação para os  
28 procedimentos dolorosos que vão ocorrer durante o tempo passado no hospital. A  
29 questão de base é a mesma, a ansiedade pode ser reduzida quando é possível antecipar o  
30 tipo de experiências que se vai viver.

31 A preparação pode ser completada com modelagem e treino de estratégias de confronto  
32 (distração, autoinstrução e reestruturação), no caso de procedimentos prolongados,

1 repetidos ou aversivos. É fundamental uma comunicação adequada ao desenvolvimento  
2 cognitivo e evitar o humor *adultocêntrico* que tantos técnicos inadvertidamente usam.

3 Os programas devem envolver os pais, dando continuidade ao tipo de linguagem a  
4 utilizar. De igual forma, o programa deve contemplar indicações sobre o tipo de  
5 colaboração que os pais podem ter durante o procedimento, podendo decidir qual o grau  
6 de participação que se sentem capazes de ter, e em conjunto, tomarem a decisão  
7 partilhada de colaboração mútua.

8 Tendo em conta a teoria da aprendizagem vicariante de Bandura, em que grande parte da  
9 aprendizagem humana ocorre por um processo de observação de um modelo que executa  
10 a tarefa, sendo este recompensado ou punido, a modelagem é uma técnica  
11 frequentemente utilizada para preparar para situações dolorosas e treino de estratégias de  
12 confronto. Visualizar outra criança/ adolescente a enfrentar o procedimento aversivo sem  
13 consequências negativas, adotando atitudes de distração, controlo de respiração e  
14 posicionamentos confortáveis ao vivo ou em filmes, tem trazido benefícios muito  
15 positivos na aprendizagem de regras ou confrontos interiorizados.

16 A modelagem pode ser de mestria, onde o modelo não apresenta qualquer ansiedade, ou  
17 de confronto, ou onde o modelo evidencia alguma ansiedade, mas consegue vencê-la  
18 graças à aplicação de estratégias adequadas perante o *stressor*.

19 O relaxamento também é uma estratégia de confronto que prepara a criança para a  
20 situação dolorosa, ajudando-a a controlar a ansiedade antes do procedimento doloroso ou  
21 como um facilitador de estratégias de distração.

22 A massagem, com movimentos lentos e firmes; a respiração lenta e controlada  
23 (integrando autoinstruções), e o relaxamento criativo são outras opções de estratégias de  
24 preparação para os procedimentos dolorosos.

25 No caso de ansiedade específica e de fobias, a dessensibilização sistemática, ao vivo ou  
26 imaginada, é largamente utilizada. Baseia-se no princípio da inibição recíproca e do  
27 contra condicionalismo e implica uma exposição gradual a uma hierarquia de estímulos  
28 progressivamente mais próximos da situação temida, acompanhada de uma estimulação  
29 de uma resposta antagónica, geralmente o relaxamento. Como é um procedimento  
30 moroso, não é adequado à maioria das situações que requer uma intervenção mais breve.

31 2- As estratégias de distração permitem ter algum controlo sobre a situação, são fáceis de  
32 aplicar e geralmente suficientes para crianças/ adolescentes com experiências negativas

1 anteriores, para procedimentos breves e não demasiado invasivos ou aversivos (Barros,  
2 1999).

3 Para Joyce-Moniz e Barros (2005), a distração sugere a focalização da atenção na  
4 estimulação exterior, ou em ações próprias e pensamentos considerados contrários ou  
5 incompatíveis com as sensações percebidas e os pensamentos sobre sintomas e  
6 doença que se pretendem anular, evitar ou reduzir (e.g. controlo da dor e do desconforto).

7 A autoinstrução permite a sensação de maior controlo sobre a situação. Considera-se que  
8 é possível substituir verbalizações automáticas e negativas de medo, ansiedade,  
9 antecipação de sofrimento e desejo de fuga, por instruções em que a criança/ adolescente  
10 diz a si mesma para se distrair, pensar que o procedimento vai durar pouco ou só vai  
11 acontecer a seguir.

12 Estratégias de imaginação guiada e de indução hipnótica podem ser utilizadas em  
13 situações de dor, apelando a imagens, cheiros, sons e tato.

14 A hiperempíria é um estado de consciência alterado, envolvendo geralmente o  
15 relaxamento, durante o qual o indivíduo desenvolve um estado de concentração  
16 intensificado numa ideia ou imagem particular. Pode-se obter este estado,  
17 proporcionando uma imagem que ajudará a criança/ adolescente a iniciar a sua  
18 concentração numa situação de viagem, aventura e descoberta, num cenário interessante  
19 e atraente, induzindo a dissociação, mas que a criança/ adolescente pode iniciar e  
20 terminar quando quiser.

21 Na utilização desta técnica é importante: (1) verificar em que medida a criança/  
22 adolescente usa a sua imaginação, (2) explicar a metodologia, (3) envolver na tomada de  
23 decisão sobre a utilização da metodologia, (4) utilizar as imagens que a criança/  
24 adolescente já tem usado, (5) usar os cinco sentidos na construção imagética, (6) sugerir  
25 indiretamente a imagem, (7) usar uma imagem completa de cada vez, (8) verificar se a  
26 imagética se afasta ou aproxima do corpo, (9) servir-se de sugestões e indicações  
27 flexíveis para guiar a construção, (10) servir-se de descrições positivas e de acalmia, (11)  
28 aproveitar os períodos sem dores ou com dores mínimas para ensinar a metodologia, (12)  
29 identificar e analisar as preocupações da criança/ adolescente, (13) anteceder a  
30 construção com uma técnica de relaxamento, (14) praticar a construção imagética e (15)  
31 ensinar à criança/ adolescente uma técnica para finalizar a construção (McCaffery, 1979,  
32 citado por Joyce-Moniz, 2005).

1 A inoculação de stress pode ser usada no controlo da dor, combinando a autoinstrução  
2 com o relaxamento e com a exposição a uma hierarquia de estímulos ansiogénicos. Como  
3 é uma estratégia demorada e exigente não foi desenvolvida neste trabalho.

4 3- Estratégias para modificar o significado da dor: metodologias de reestruturação  
5 cognitiva, onde a intervenção visa prioritariamente a modificação das cognições que  
6 mantêm as reações de medo, ansiedade e depressão (Barros, 1999).

7 Ajudando a criança/ adolescente a compreender o significado da dor, desdramatizando-a,  
8 pode ajudar a diminuir a frequência, duração e severidade da dor experimentada,  
9 podendo recorrer à imaginação para construir significações alternativas sobre a doença e  
10 sobre si mesmo.

11 4- Estratégias para reforçar, valorizando as atitudes de controlo e de colaboração (Barros,  
12 1999).

13 O comportamento é controlado pelas suas consequências: quando positivas, o  
14 comportamento tende a manter-se e a repetir-se; quando negativas, o comportamento  
15 tende a enfraquecer e desaparecer. Este racional operante implica um elevado grau de  
16 bom senso e cuidado e deve ser combinado com estratégias de confronto positivas.

17 O contrato comportamental é muito útil em situações de não cooperação e descontrolo  
18 emocional. Esta técnica deve combinar-se com outras de forma a dar à criança/  
19 adolescente todas as oportunidades para cumprir o contrato (Barros, 1999).

20 5- As intervenções dirigidas aos pais devem fornecer modelos de explicação adequados  
21 ao desenvolvimento cognitivo dos filhos; ensinar metodologias simples de controlo da  
22 dor; ajudar a compreender a importância das suas atitudes no reforço de atitudes mais  
23 cooperantes e facilitadoras do tratamento (sendo não culpabilizante de atitudes menos  
24 adequadas); proporcionar um espaço para discutir e procurar estratégias para lidar com a  
25 ansiedade e o sofrimento; e facilitar a resolução de problemas educacionais e de saúde  
26 que se vão multiplicando com internamentos prolongados (Barros, 1999).

27 Neste contexto, o psicólogo tem um lugar de relevo no ensino às crianças/ adolescentes  
28 de estratégias fáceis, acessíveis e eficazes, de forma a enfrentarem as situações de dor e  
29 ansiedade, num atendimento individualizado em conjunto com outros técnicos de saúde.  
30 Assim, surgem as intervenções psicoeducativas, cuja estrutura, processo e resultados  
31 serão apresentados nos capítulos III e IV desta dissertação.

1 No ponto seguinte abordaremos a sua importância como fator responsável pela qualidade  
2 dos cuidados em saúde.

3

### 4 **3. Intervenções psicoeducativas como estratégia de melhoria da qualidade**

5 Apesar dos importantes ganhos em saúde que têm vindo a ser obtidos, continuam a  
6 existir atrasos na implementação de boas práticas. Por outro lado, os cidadãos têm  
7 expectativas cada vez mais elevadas sobre a transparência na informação e maior  
8 participação nas decisões. No que concerne a estratégias para a melhoria da qualidade  
9 importa apostar nas que são efetivas, monitorizando-as e avaliando-as com rigor (Roque,  
10 2007, citado por Campos, & Carneiro, n.d.).

11 O recurso a metodologias eficazes e de baixos custos permite aos Psicólogos Pediátricos  
12 orientar programas para controlo de comportamentos de saúde de forma pragmática e  
13 positiva, com ênfase em mudanças concretas e rápidas.

14 Estudos comprovam que as intervenções psicoeducativas podem reduzir o sofrimento  
15 psicológico, são fáceis de implementar, podem ser rápidas e são económicas, no entanto  
16 a qualidade destas também é importante (Donker, Griffiths, Cuijers, & Christensen,  
17 2009).

18 Os mesmos autores definem as intervenções psicoeducativas como intervenções cuja  
19 educação é dirigida a indivíduos com perturbações psicológicas ou doentes. Variam  
20 desde informações simples em *websites* até intervenções em grupo com exercícios e  
21 psicoterapias.

22 A intervenção psicoeducativa pode basear-se no fornecimento de informação (sobre a  
23 doença e tratamentos), materiais educativos, conselhos por *feedback*, panfletos, *posters*,  
24 ajuda audiovisual, leituras, material de *internet* ou programas educativos. Podem ser  
25 realizados via *e-mail*, face-a-face, leituras ou informação na *web*.

26 Donker, et al. (2009) falam-nos de dois tipos de intervenção: “passiva” quando se  
27 encoraja, mas não se dão instruções explícitas; e “ativa” quando se realizam intervenções  
28 (e.g. exercícios de relaxamento). Os autores mostram-nos através dos resultados do  
29 estudo que realizaram, que mesmo uma intervenção passiva tem efeitos de redução de  
30 sintomas depressivos e ansiosos.

1 As formas de controlar a dor e a ansiedade provocadas pela hospitalização ou por  
2 tratamentos invasivos e o sofrimento associado à doença, não podem ser meras  
3 adaptações das técnicas de adultos, é necessária compreensão da especificidade infantil  
4 de forma que a informação e a explicação sobre os procedimentos, assim como na  
5 elaboração de metodologias de confronto (como metodologias de distração, imaginação  
6 guiada, auto-hipnose ou hiperempíria) sejam adequadas.

7 As concepções da criança/ adolescente sobre a doença não são só cognitivas, mas  
8 multidimensionais, atendendo também à própria interpretação da experiência e da  
9 modelagem e exposição às crenças e expectativas dos que lhe são próximos. Mais do que  
10 a continuidade ao longo da história individual, ou em relação ao mesmo grupo etário,  
11 interessam as discontinuidades entre significações de crianças da mesma idade, mas  
12 também as discontinuidades no próprio processo de desenvolvimento individual.

13 Ao longo da vida, por meio de vivências de ameaça ou concretização de doença, pais e  
14 filhos vão-se influenciando mutuamente nos processos de aquisição e transformação de  
15 significações sobre saúde e doença, sobre a adesão aos tratamentos e sobre as melhores  
16 formas de confrontar a ansiedade e o sofrimento.

17 Neste sentido, o programa de intervenção planejado (PPPI) tem em conta as crianças/  
18 adolescentes e os seus pais, na mesma linha de Barros (1999), reconhecendo:

19 - A importância dos estudos de Psicopatologia do Desenvolvimento, atendendo ao  
20 impacto das vivências da hospitalização e separação do meio familiar e da doença  
21 (crónica) no processo global de desenvolvimento da criança e da família;

22 - O foco central dos processos de significação infantil sobre doença e saúde,  
23 compreensão da causalidade e do modo de funcionamento dos tratamentos, e a sua  
24 transformação ao longo do desenvolvimento;

25 - A valorização dos processos de significação sobre a doença, as relações entre os  
26 problemas de saúde e o desenvolvimento, e sobre a resolução de problemas e a adesão ao  
27 regime terapêutico instituído. A doença infantil no hospital já não pode ser considerada  
28 como uma experiência traumatizante, com depressão, ansiedade, regressão e problemas  
29 de desenvolvimento. As consequências negativas desta experiência podem sim, estar  
30 associadas a outros fatores de risco, tais como ausência de experiências positivas de  
31 separação, perturbações e carências básicas na família, anteriores ao internamento, a

1 ansiedade parental, a separação do ambiente familiar e a interrupção nos cuidados  
2 básicos por um adulto responsável.

3 A experiência de doença, de tratamentos e de hospitalização cria na criança/ adolescente  
4 a necessidade da sua compreensão, visto que há a construção de ideias ou teorias,  
5 significações, que em consequência geram reações diferentes.

6 Assim, o PPPI proposto integra formas de comunicação adequadas ao nível de  
7 significação adolescente, ajudando a compreender o diagnóstico, a utilizar uma gama  
8 alargada de competências de autocontrolo e resolução de problemas, a ser mais  
9 autónomo, reconhecendo-lhe um papel de colaborador ativo e de confiança.

10 As metodologias de confronto da dor e da ansiedade basearam-se no contacto direto,  
11 técnicas de distração, auto distração e autocontrolo e reestruturação do significado da  
12 doença, com transformação do contexto em que ocorrem os sintomas. Apesar das  
13 crescentes capacidades de autocontrolo, o adolescente necessita de se sentir protegido,  
14 apoiado e acarinhado.

15 Joyce-Moniz (1993) considera que a maior parte das perturbações infantis são  
16 basicamente processos adaptativos a situações de adversidade, stress e crise,  
17 normalmente sob controlo total ou parcial dos adultos, logo, é fundamental a intervenção  
18 também dirigida aos pais.

19 Na verdade os pais são importantes protetores e/ou moderadores da saúde da criança,  
20 tanto pelas suas atitudes concretas como pelas significações que expressam de diferentes  
21 formas e em diferentes contextos.

22 Os pais que acompanham durante o internamento são informados sobre as reações mais  
23 comuns das crianças/ adolescentes perante os procedimentos, e a sua relação privilegiada  
24 com o filho poderá ajudá-lo nos momentos mais difíceis.

25 Até ao final da adolescência são os pais os principais responsáveis pelo cuidado e pela  
26 adesão aos tratamentos, observando os filhos em vários contextos, discriminando as suas  
27 reações; ajudando a dar um sentido à doença, reconhecendo os seus limites, no contexto  
28 das suas vivências; e ter a iniciativa de reconhecer que existe um problema e solicitar  
29 ajuda médica ou outra. Pretende-se uma atitude colaborativa dos pais (e não impositiva)  
30 com os profissionais e uma atitude mais participativa e autónoma pelo adolescente (e não  
31 passiva) (Joyce-Moniz, 1993).

1 As situações de stress na infância e adolescência têm sido associadas a uma maior  
2 probabilidade de doença. Inversamente as experiências de tratamentos e hospitalizações  
3 são reconhecidas como fonte de stress para a criança/ adolescente e família e a forma  
4 como confrontam as suas doenças influencia de forma muito significativa os resultados  
5 positivos ou negativos desses mesmos processos de doença.

6 Neste sentido, falar de stress implica falar do seu confronto. No primeiro tipo, que se  
7 refere aos esforços para modificar ou controlar algum dos aspetos da pessoa, do meio ou  
8 da relação entre eles, considerados como *stressantes*, há uma ação por parte do indivíduo  
9 para modificar a situação (procurar informar-se para poder antecipar o que lhe vai  
10 acontecer e não sentir tanta ansiedade). O segundo tipo refere-se a esforços para controlar  
11 ou regular as emoções negativas associadas à experiência ansiogénica (relaxar, modificar  
12 o significado da situação, ignorando-a, desvalorizando-a ou transformando a sua  
13 interpretação). Concluimos, de acordo com Barros (1999), que o primeiro tipo é mais  
14 comportamental, concreto e instrumental e o segundo, uma transformação da experiência  
15 emocional por processos abstratos e internos.

16 Reconhecemos que o estilo de confronto determina a ansiedade experienciada, em parte  
17 devido à quantidade de informação e à forma como ela é recordada e interpretada. A  
18 diversidade de tipos de confronto aumenta com a idade, reforçando a ideia de que o  
19 confronto é mais diferenciado e adaptado com o desenvolvimento.

20 Os confrontos concretos (e.g. distração ativa, colocar-se numa posição especial, soprar  
21 um balão, autorreforço de comportamentos de colaboração) são os melhores adaptados  
22 para as crianças pequenas (visto que estão presas ao imediato e ao concreto) e, por serem  
23 observáveis, são os que mais facilmente são adquiridos por modelagem direta ou  
24 instruções verbais dos pais e outros adultos.

25 Com o autoconhecimento cognitivo e sociocognitivo surge o autoconhecimento dos  
26 estados emocionais e da possibilidade de os controlar. Progressivamente o adolescente  
27 vai sendo capaz de maior sofisticação e adequação das exigências da situação, sendo que  
28 o confronto tem de passar pela modificação do significado e da reação emocional a cada  
29 situação.

30 Na adolescência, o uso de confronto ativo e centrado no problema é o mais eficaz e este  
31 apela para operações cognitivas e dialéticas de transformação de significado exigente  
32 (Barros, 1999).



1 É reconhecido que as crianças se adaptam melhor quando se envolvem em qualquer tipo  
2 de preparação e controlo sobre as experiências *stressantes* e, no geral, quando utilizam  
3 alguma forma de confronto comportamental ou cognitivamente ativo. A intervenção deve  
4 partir do conhecimento da criança e do seu estilo habitual de lidar com as situações mais  
5 difíceis e constrangedoras. A regra de ouro será manter a intervenção simples (Barros,  
6 1999), centrada no ensino de competências específicas de confronto, sem esquecer os  
7 confrontos espontâneos da criança e da família.

8

## CAPÍTULO II – OS ADOLESCENTES E O HOSPITAL

### 1. Ser adolescente

A opção pelo estudo dos adolescentes justifica-se neste trabalho, porque o Novo Hospital Pediátrico (inaugurado em Janeiro de 2011) alargou a idade pediátrica dos 12 para os 18 anos, logo é fundamental investir nesta fase do desenvolvimento e nas suas especificidades, de forma a prestar os melhores cuidados.

Ser adolescente tem implícita uma maior descentração cognitiva, uma maior diferenciação, uma tomada de perspetiva social (cada vez mais diferenciada), uma necessidade de confronto com tarefas desenvolvimentais e uma integração psicológica para uma nova relação de segurança. É uma fase de revisão entre o possível e o real, uma fase de novas emoções, uma fase de construção autónoma/ individuação que permite a consciencialização da diferença em relação aos outros (pais e pares) (Swanson, Edwards, & Spencer, 2010).

Para Machado, Fonseca e Queiroz (2008), a “patologização” da adolescência poderá ter por base, simples observações por técnicos de gabinete. A observação das vivências individuais dos adolescentes nos contextos de vida em que se inserem, leva-nos a concluir que a grande maioria se relaciona de forma saudável, respeita regras e não tem comportamentos de violência ou aditivos. O investimento será na nossa maneira de pensar e agir face aos jovens, contendo, amparando e apoiando.

A adolescência é encarada como um conjunto de mudanças primárias (alterações na definição social ou expectativas que os outros formam em relação aos adolescentes; transformações físicas que por vezes suscitam alterações da autoimagem e mudanças cognitivas) que operam através de certos contextos sociais (família, grupo de colegas e meio escolar) de forma a produzir mudanças secundárias (relações familiares, autonomia, identidade, perspetivas de realização e intimidade) no indivíduo em desenvolvimento, que podem causar problemas psicológicos aos adolescentes (Sprinthall, & Collins, 1999).

Os mesmos autores referem que Freud (1856-1939) identifica o estágio genital, após a puberdade, onde a adolescência vai reativar a sexualidade, e Erikson (1904-1994) que se refere a definições bipolares de crises, apontando na adolescência realização vs.

1 inferioridade, em competência (dos seis aos doze anos); e identidade *vs.* difusão, cuja  
2 resolução é a fidelidade (dos doze aos dezoito-vingte anos), sendo esta uma capacidade de  
3 nível superior para confiar nos outros, em si próprio e para se devotar a uma causa.

4 Adolescência é o período da vida em que já não se é criança, mas também não se é  
5 adulto. É um período de transformações profundas, no corpo, nas relações com os pais e  
6 com as outras pessoas, e em muitos aspetos da vida. É um período de dificuldades e  
7 conflitos relacionados com todas essas transformações, mas também um período rico em  
8 ideias, experiências sonhos e projetos (Lautrey, 2007; Swanson, et al., 2010).

9 O adolescente vive num espaço, num tempo, num contexto, e no decurso dos vários anos,  
10 algumas tarefas (sem manual de instruções), que devem ser tidas em conta, de acordo  
11 com três núcleos principais: alteração da relação com os pais, com os companheiros e  
12 formação da identidade sexual (Lautrey, 2007; Swanson, et al., 2010).

13 Hall (1844-1924) é considerado o pioneiro da Psicologia adolescente e já no início do  
14 século XX evidenciava a importância da divisão do desenvolvimento em quatro fases,  
15 sendo a juventude dos oito aos doze anos, que incluía a pré-adolescência, e a  
16 adolescência, desde a puberdade até aos 22-25 anos (Muuss, 1996).

17 Já Piaget (1896-1980) estudou o desenvolvimento cognitivo da criança e do adolescente,  
18 dividindo-o em quatro estádios, sendo os dois últimos, o das operações concretas dos sete  
19 aos onze/ doze anos, onde a criança adquire pensamento lógico e é capaz de realizar  
20 operações mentais; e o das operações formais iniciado aos onze/ doze anos, que se  
21 caracteriza por um pensamento abstrato e pela capacidade de raciocínio hipotético-  
22 dedutivo (Sprinthall, & Collins, 1999).

23 Na adolescência surge a conquista lenta e difícil da personalidade, a aprendizagem do  
24 amor e da sua plenitude adulta, exigindo mais tempo e preocupações. Surge um novo  
25 narcisismo: quem sou eu, que virei a ser, como é que me vêm? Surgem os toques, os  
26 jogos, o alimento dos pensamentos eróticos. O sonho tece, modifica, amplia e serve de  
27 guia: sonhos de glória, sonhos de felicidade, sonhos de amor, tudo é bom e bonito!  
28 (Galimard, 1983; Lautrey, 2007).

29 Os pais poderão reagir como se tivessem um estranho em casa (Sampaio, 1994), mas,  
30 esta nova personalidade não é só conflitos e frustrações, é muito mais contributo de  
31 novas riquezas, abertura ao mundo que traz novos ecos, uma descoberta apaixonante.

1 Na adolescência os pais devem acima de tudo estabelecer uma colaboração autêntica,  
2 ajudar a realizar esta mutação difícil que levará o adolescente a um adulto responsável e  
3 livre ou seja, independente dos pais (Lautrey, 2007).

4 O jogo de se apoderar de um corpo estrangeiro, que num momento tem o problema de ter  
5 que sair da infância e noutra, por mutação, quer altos riscos na procura de novos  
6 universos (espaços psíquico e social), traduz a fase da travessia tumultuosa (ou  
7 naufrágio) da adolescência. Logo, o desenvolvimento adolescente deve aprender a  
8 adaptar-se às diferentes mudanças (hormonais, físicas, cognitivas, sociais), visto que  
9 ocorrem de forma sequencial ou simultaneamente (Swanson, et al., 2010).

10 A partir da adolescência, o indivíduo torna-se capaz de abstrair ou seja, identificar  
11 relações, formas e regras; aplicá-las a objetos e situações concretas; traduzi-las por sinais  
12 convencionais; identificar regras para utilização desses sinais e aplicá-las em deduções e  
13 induções. Assim, é capaz de enunciar hipóteses, combinatórias e hierarquizar valores.  
14 Aos onze/ doze anos, as crianças começam a ensaiar operações (seriação e classificação),  
15 sendo capazes de generalizações e combinações; capacidade hipotético-dedutiva;  
16 domínio do grupo I.N.R.C. (Identidade, Negação, Reciprocidade e Correlação). A  
17 capacidade de abstração permite ao adolescente ir além das coisas belas e refletir sobre a  
18 beleza, ir além do que é bom e refletir sobre o bem.

19 Aliás, é através do outro que o adolescente toma conhecimento progressivamente do que  
20 ele é. As dificuldades encontradas nas relações consigo mesmo são induzidas pelas  
21 dificuldades que experimenta nas relações com os outros, e especialmente, pela sua  
22 necessidade de recusar os modelos dados pelos pais. Crise de identidade, a adolescência  
23 deve ser considerada sob o ângulo de uma constante comunicação ansiosa entre o outro e  
24 ele próprio, entre a identificação e a identidade.

25 Ponto de partida: transformações fisiológicas. Ponto de chegada: inserção na sociedade.  
26 Entre ambos: uma revisão profunda da pessoa, na relação consigo mesma e nas relações  
27 com as outras pessoas.

28 As modificações da adolescência marcam quatro esferas de desenvolvimento: pubertário  
29 (onze-quinze anos); intelectual (doze-dezasseis anos); socialização (treze-dezoito anos); e  
30 construção de identidade (catorze-vinte anos). E podemos dividir a adolescência em  
31 cinco fases: pré-adolescência; adolescência precoce (com o primado da genitalidade);  
32 fase intermédia da adolescência (escolha do objeto heterossexual); adolescência tardia

1 (procura de uma forma personalizada de vida); e pós-adolescência (formação do caráter)  
2 (Sampaio, 1994).

3 Tavares e Alarcão (1990, p. 39) afirmam que:

4 ...a adolescência deriva do verbo latino *adolescere*, «crescer», «amadurecer». O  
5 adolescente é aquele que está a crescer, a amadurecer do ponto de vista orgânico,  
6 psicológico, social e humano, contraposto ao adulto, particípio passado do mesmo verbo,  
7 o «crescido», o «maduro». A adolescência é, pois, um crescer para a maturidade humana  
8 que passa por três fases de maturação: orgânica, psicológica e social. Em cada uma destas  
9 fases verifica-se um determinado estágio de transição da criança para a idade adulta.

10 Pode ser definida também como um “segundo nascimento” (Rousseau), tempo de  
11 “embriagues anímica” (Platão) ou como terra de ninguém (Oliveira, 1994).

12 O período da adolescência tem sido subdividido em diferentes fases consoante as  
13 diferentes tarefas desenvolvimentais mais específicas de cada faixa etária. Oliveira  
14 (1994) apresenta-a como um período bastante longo que pode ir desde os 11 ou 12 anos  
15 até aos 18 ou 20 anos, considerando em geral que as meninas se adiantam um ou dois  
16 anos na evolução. O período inicial surge quando ocorre a menarca (12 anos) (atualmente  
17 muitas aos 8-9 anos, acrescentamos nós) ou a puberdade (11-13 anos) – critérios  
18 biológicos, e o seu final (deixar a escola, atingir a maioridade, autonomia) – critérios  
19 sociais.

20 Hotyat (1978, p. 220) apresenta um quadro síntese da evolução na adolescência,  
21 dividindo os períodos dos 10 aos 13-14 anos; 13-14 aos 15-17 e para além dos 15-17,  
22 apontando as diferenças em termos desenvolvimento físico, vida social, conduta  
23 intelectual e afetividade e personalidade.

24 Mas, mais importante do que tais especializações descritas pelos diferentes autores, as  
25 características dos adolescentes e os problemas que eles exteriorizam no seu  
26 comportamento dependem da natureza e intensidade da transição que se está a processar  
27 que podem ser atenuadas nesta ou naquela cultura, mas anuladas nunca (Tavares &  
28 Alarcão, 1990).

29 A parte cognitiva, a afetividade, o relacionamento social, os seus valores (éticos, religiosos  
30 e estéticos), a sua linguagem, a sua personalidade refletem bem essa realidade, através das  
31 quebras do seu rendimento intelectual, da instabilidade no seu equilíbrio afetivo, da  
32 dificuldade no seu relacionamento social, da crise dos seus valores, das suas formas de

1 linguagem, das perturbações e desequilíbrios da sua personalidade. (Tavares, & Alarcão,  
2 1990, p. 43).

3 Mas, a partir de certa altura, começa a emergir o adolescente pensante, intelectual,  
4 idealista, é a fase dos 13- 16 anos, adolescência intermédia. Aqui o que está em jogo é a  
5 transição dos esquemas das operações concretas para os esquemas das operações formais.  
6 Assim o adolescente sente-se mais adulto no domínio das ideias, do pensamento. É capaz  
7 de uma maior generalização, expansão e abrangência.

8 Mas, a sua imagem, o seu modelo de adulto, não coincidem exatamente com aquilo que  
9 encontra na sociedade adulta. Por isso, "...a sua atitude frente ao mundo dos adultos será  
10 a da agressão ao nível das ideias, da oposição, da rejeição." (Tavares, & Alarcão, 1990,  
11 p. 50)

12 ...as meias verdades que defende com entusiasmo, as suas contradições e falta de  
13 consistência dos seus argumentos denotam ainda a sua imaturidade e um certo  
14 desequilíbrio que só superará com a visão de conjunto, a experiência da vida e o bom  
15 senso. (Tavares, & Alarcão, 1990, p. 50)

16 A adolescência é caracterizada essencialmente por modificações sequenciais e interligadas  
17 que vão desde o corpo, o pensamento, a vida social, o eu. Pode-se definir o "eu" sob os  
18 aspetos do corpo, sentimentos e mente. Mas o corpo é a parte mais visível e concreta do  
19 "eu". É este "eu" que está na base dos papéis que cada um desempenha, dos  
20 comportamentos, sentimentos, pensamentos, aspeto físico e até sexual. É o centro através  
21 do qual se tomam decisões que determinam a direção ou rumo na vida (Lautrey, 2007).

22 No conjunto, o adolescente tenta traçar um esboço do futuro através das brumas do  
23 presente, este esboço por vezes é tão vago que se reduz numa simples aspiração ao  
24 amanhã (Hotyat, 1978). É fundamental que os adultos o ajudem a crescer, sendo um bom  
25 suporte afetivo e diálogo de grande importância, para que o jovem adolescente chegue à  
26 idade adulta aceitando-se tal como é e não rejeitando a própria imagem.

27 Num diálogo autêntico há aproximação ao adolescente. Para isso deve haver: clareza de  
28 linguagem, valorização de pontos de acordo, firmeza nas convicções e abertura aos  
29 outros; segredo na escuta que engloba disponibilidade, interesse, interpretação correta  
30 das palavras, observação da linguagem corporal, espírito crítico e prudência nos  
31 conselhos; arte no perguntar que tem em conta perguntas claras, abertas, (nem sempre)  
32 precoces, positivas e progressivas (ppp), sugestivas e discretas; tornando os incentivos  
33 como elogios concretos e oportunos, acelerando o desenvolvimento pessoal.

1

## 2 **2. O contexto dos adolescentes no hospital**

3 O grupo familiar mantém na adolescência a sua importante função como fonte de  
4 segurança, proteção e afeto. Mas o adolescente quer autonomia. Ligado a alguma  
5 ambivalência quer crescer, mas não lhe é fácil fazer o luto pela fonte de segurança da  
6 infância. Também a família não quer perder o seu menino, com o conseqüente trabalho  
7 de luto e teste à sua capacidade de tolerar as separações e fazer novo investimento  
8 (Swanson, et al., 2010). Nesta procura de equilíbrio entre liberdade e responsabilidade  
9 pode surgir a doença e a necessidade de internamento causando um novo desequilíbrio,  
10 com a conseqüente ansiedade característica.

11 No entanto, em muitos casos, a instituição hospitalar pouco faz para sossegar a ansiedade  
12 e as apreensões iniciais, o processo de acolhimento está distante de ser o ideal, sendo por  
13 vezes como que uma prova de obstáculos burocráticos, que poderiam ser tratados noutros  
14 momentos mais adequados, ou que já deveriam ter sido tratados aquando da marcação do  
15 internamento (ou da cirurgia). O ambiente pode ser desconhecido, tendo em conta o  
16 quarto ou enfermaria, outros doentes com quem tem de partilhar o espaço, os dispositivos  
17 estranhos e os aparelhos que têm de permanecer ligados, os horários e as práticas de  
18 tratamento. E ainda, ter de se entregar aos cuidados médicos e de Enfermagem  
19 (realização de análises, higiene pessoal, medir a temperatura e tensão, exames  
20 complementares de diagnóstico, alimentação, etc.), (Joyce-Moniz, & Barros, 2005).

21 Por outro lado, atualmente o panorama hospitalar tem serviços especializados de  
22 pediatria, novas formas de tratamento, maior preocupação com a anestesia e analgesia,  
23 com o mínimo de períodos de isolamento e de internamento e os esforços para criar um  
24 ambiente adequado às atividades habituais da criança/ adolescente, sejam escolares,  
25 familiares ou sociais. Assim, a experiência da hospitalização é totalmente diferente.  
26 Pretende-se não só avaliar as conseqüências negativas, mas também as positivas, e  
27 sobretudo compreender processos complexos de causalidade e mediação, apelando à  
28 identificação de elementos perturbadores e fatores de proteção desses elementos, assim  
29 como de competências de confronto eficazes.

30 Segundo Doca e Junior (2007), os estudos de Psicologia Pediátrica apontam para  
31 repercussões adversas da hospitalização durante e após o internamento (ou perdurar para  
32 toda a vida) e incluem: regressões de comportamento; alterações de humor e de

1 comportamento social; expressão de medos; transtornos de sono; transtornos alimentares  
2 e agressividade.

3 Tendo em conta os pais, as repercussões também podem ocorrer durante o internamento  
4 e podem estender-se por mais tempo, especialmente nos casos de sequelas incapacitantes,  
5 danos irreversíveis ou óbitos (Chiattonne, 2001). Incluem-se manifestações de ansiedade,  
6 depressão, confusão mental, alterações do ciclo sono-vigília, transtornos alimentares e  
7 pensamentos repetitivos e intrusivos (Quiles, & Carrillo, 2000).

8 Atualmente pretende-se acima de tudo a promoção da saúde e bem-estar das crianças/  
9 adolescentes, definindo atuações específicas que visam diminuir o sofrimento e a  
10 ansiedade da criança e família que necessita de ser hospitalizada e prevenir sequelas,  
11 enquanto se potencializam os efeitos positivos.

12 É certo que o mundo da hospitalização infantil está longe de ser um paraíso, apesar dos  
13 pais poderem permanecer junto dos filhos, independentemente das condições físicas. No  
14 caso do Hospital Pediátrico de Coimbra, só desde Janeiro de 2011 é que os pais passaram  
15 a ter efetivamente melhores condições de permanência junto do filho, devido a melhores  
16 infraestruturas. De salientar que começam a surgir novos problemas no contexto atual  
17 (e.g. ausência ao trabalho em situações de precaridade) como crianças/ adolescentes e  
18 familiares que encontram na hospitalização uma fuga aos problemas, seja das  
19 dificuldades escolares, situações de divórcio ou outras. Claro que a interrupção de rotinas  
20 quotidianas e do ambiente familiar, os tratamentos e meios de diagnóstico cada vez mais  
21 sofisticados, o número “exagerado” de técnicos e a impossibilidade de controlar todos os  
22 acontecimentos são condições que se mantêm e dificilmente serão eliminadas.

23 A criança/ adolescente tem perceção da gravidade da situação, percebe as reações dos  
24 pais e dos técnicos e tem dificuldade em compreender a necessidade de confronto com os  
25 processos físicos estranhos. Neste sentido, é fundamental evitar os efeitos prejudiciais da  
26 hospitalização, especialmente em situações pouco preparadas e mal acompanhadas.

27 Para Barros (1998; 1999) a maior preocupação relaciona-se com a perturbação  
28 comportamental e com o aumento da ansiedade da criança e dos pais. A ansiedade tem  
29 sido estudada em termos de alterações de comportamento como birras, choro,  
30 comportamentos de dependência, retrocesso de hábitos, alterações nos comportamentos  
31 alimentares, nos hábitos de sono e no controlo dos esfíncteres; avaliação da perturbação  
32 como medos, fobias e depressão; medidas fisiológicas e ainda de avaliação das  
33 perturbações escolares e da aprendizagem.



1 A ansiedade, na verdade, tanto pode ser causa de dificuldades como consequência do  
2 processo de hospitalização, podendo levar ao seu prolongamento ou criando obstáculos  
3 ao tratamento bem-sucedido.

4 Aquando do regresso a casa há noção que as crianças/ adolescentes necessitam de mais  
5 atenção pelo retrocesso na autonomia, mais sensibilidade e maior número de birras  
6 (Rutter, 1993, citado por Barros, 1999). Por outro lado, a perturbação comportamental,  
7 quer se manifeste por ansiedade, agressividade ou regressão, é em si própria  
8 problemática e pode conduzir a problemas futuros em situações que a criança/  
9 adolescente tenha de lidar com *stressores* médicos (Peterson, & Mori, 1998, citados por  
10 Barros, 1998).

11 Na medida em que a criança/ adolescente pode beneficiar de relações positivas e de  
12 suporte com elementos da equipa de saúde, e de uma relação mais próxima com  
13 familiares, a hospitalização pode ser ocasião de aprendizagem e desenvolvimento. A  
14 criança/ adolescente pode aprender que é capaz de fazer face à dor, estar num lugar longe  
15 de casa e estranho, de desembaraçar-se e de pedir ajuda a diferentes adultos e de que  
16 médicos, enfermeiros e outros técnicos a podem ajudar a curar-se e a diminuir o seu  
17 sofrimento. Pode aprender ao vivo um conjunto de estratégias de confronto do medo, da  
18 ansiedade e da dor (Burstein, & Meichenbaum, 1979, citados por Barros, 1999) e  
19 simultaneamente aumentar a perceção de si como um ser competente e eficaz (Bandura,  
20 1977).

21 A oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento resulta quando surge uma situação  
22 que é nova (primeiro internamento hospitalar) e representa um grau moderado de ameaça  
23 e stress, em conjunto com a disponibilidade de figuras apoiantes e securizantes e de  
24 modelos de atuação adequados.

25 Neste contexto, uma experiência hospitalar positiva é a melhor preparação para  
26 experiências posteriores do mesmo género.

27 No extremo, temos um ambiente hospitalar adequado, com ganhos reais em qualidade de  
28 vida que promove o internamento mais prolongado de alguns que têm ganhos  
29 secundários com isso, mas que entretanto devemos ser capazes de apoiar e encaminhar.

30 Pouco se sabe das consequências da hospitalização nos adolescentes (Barros, 1998;  
31 1999). Por um lado, podem estar fortemente relacionadas com a idade, tendo em conta as  
32 progressivas competências de confronto com o medo e ansiedade. Por outro lado, além

1 da idade, os próprios estilos de confronto com as situações ansiogénicas, os  
2 confrontadores eficazes, com menos ansiedade, maior cooperação e maior tolerância ao  
3 desconforto e à dor, e os confrontadores ineficazes, com características opostas, causando  
4 nestes maiores consequências negativas.

5 Poderemos falar também de estilos de confronto sensitivos e repressivos. Apesar destes  
6 estudos serem essencialmente com adultos, Knigh, et al. (1979), citados por Barros  
7 (1998), encontraram crianças que usavam um estilo mais sensitivo, sendo que estas  
8 faziam mais perguntas e ouviam mais atentamente as informações que lhes eram  
9 fornecidas, enquanto as do estilo repressivo as evitavam. Neste sentido, a quantidade de  
10 informação, a forma como esta é interpretada e recordada pode determinar a ansiedade  
11 experienciada. Logo, a criança é influenciada pelo tipo de preparação que recebe e  
12 também a determina numa interação dinâmica com a situação. Assim, crianças diferentes  
13 necessitam de informações e preparação diferente (Peterson, & Mori, 1988, citados por  
14 Barros, 1998).

15 Barros (1999) refere que diferentes estudos comprovam que as crianças/adolescentes  
16 com experiências anteriores de separação dos pais sofrem menos com a separação  
17 inerente à hospitalização; uma única hospitalização, com menos de uma semana de  
18 duração não traz, à partida, sequelas (o mesmo não se poderá dizer se os internamentos  
19 forem repetidos).

20

## 21 2.1. Vivência da doença

22 A explicação dos comportamentos de saúde e das reações à doença, não faz hoje sentido  
23 sem o contributo das variáveis psicológicas, e, ainda mais, quando se acrescenta a  
24 natureza crónica adquirida pela doença (Grilo, & Pedro, 2005).

25 A significação pessoal de doença e sintomas determina a resposta emocional  
26 consequente, logo, se a significação da doença e do seu confronto e tratamento é  
27 adequada, o sujeito pode controlar as suas emoções e atitudes, respondendo corretamente  
28 às situações, caso contrário ocorre o oposto.

29 No primado da cognição sobre a emoção, a avaliação da situação faz-se de forma  
30 adequada; no equilíbrio das duas, as reações afetivas podem vir antes ou depois das  
31 cognitivas, mas influenciam sempre a cognição e o comportamento (Joyce-Moniz, &  
32 Barros, 2005).

1 Para os mesmos autores, estes dois modelos enfatizam a coerência entre as significações  
2 da pessoa, a sua emocionalidade e o seu comportamento. Se alguém tem uma doença  
3 também pensa em livrar-se dela. As significações da doença levam a significações de  
4 confronto, as primeiras implicam as segundas, e são estas que regulam a vivência da  
5 doença e a adesão eventual ao tratamento. No processo de doença pretende-se um maior  
6 autocontrolo, com compromissos e sem ambivalências.

7 Provenientes da Psicologia Social, existem modelos que explicam a modificação de  
8 comportamentos para a prevenção da doença ou da sistematização de boas práticas para a  
9 sistematização da saúde, são eles: o “Modelo das Crenças de Saúde” que procura explicar  
10 como a pessoa chega a comportamentos adaptados de evitamento da doença ou do seu  
11 confronto; o “Modelo de Ação Refletida”, numa intenção de ação preventiva ou  
12 remediativa e o “Modelo de Autoeficácia” no qual o indivíduo deverá acreditar na sua  
13 capacidade para confrontar a doença com algum sucesso (Joyce-Moniz, & Barros, 2005).

14 As expetativas de eficácia variam em dimensões de dificuldade da ação antecipada,  
15 confiança para empreender com sucesso a ação e generalização da ação a outros  
16 contextos. Estes modelos de motivação para o comportamento positivo, considerados  
17 claros e concisos, têm sido usados para promover ações em prol da saúde ou preventivas  
18 da doença (Joyce-Moniz, & Barros).

19 Quando a doença surge na criança em determinada idade, o seu desenvolvimento vai ser  
20 influenciado pelo curso da doença e vai determinar a forma como a criança/adolescente a  
21 vê e influenciar a própria doença pela interação de fatores familiares, escolares,  
22 ambientais e sociais, num sistema de causalidade circular.

23 O estudo de Bibace e Walsh, citados por Joyce-Moniz (1993), propõe níveis de  
24 significação sobre a saúde e a doença. Este refere que é só com a puberdade que a doença  
25 é conceptualizada em termos de rutura nas estruturas e/ ou funções do organismo, ainda  
26 que a sua etiologia possa depender tanto de causas externas como internas, o  
27 funcionamento do corpo passa a estar completamente separado dos processos  
28 psicológicos e da possibilidade de controlo do organismo pela pessoa - perspectiva  
29 fisiológica. Na adolescência, com a sistematização das operações formais, começam a  
30 conceber-se determinantes fisiológicos, mas também psicológicos para a doença, com  
31 consequente inter-relação entre processos sociocognitivos, atitudinais e orgânicos –  
32 perspectiva psicofisiológica. Logo, para explicar o seu bem-estar, ou as suas doenças, é  
33 necessário ter em conta a dinâmica destes processos holísticos.

1 Adoecer, evento não esperado, ou não desejado, implica exposição e vulnerabilidade de  
2 natureza física, social e psicológica, condicionada por uma série de fatores como sejam a  
3 gravidade da doença, os efeitos colaterais dos tratamentos, o estigma social vinculado à  
4 doença e as restrições ambientais impostas pelo tratamento. Adoecer afeta a rede de  
5 apoio do indivíduo, e, no caso da criança/ adolescente, os seus cuidadores primários  
6 (Barros, 1999; Doca, & Junior, 2007). Adoecer envolve perdas transitórias e/ou  
7 permanentes, e quando surge o internamento o stress pode aumentar (Barros, 1999;  
8 Oliveira, 1997).

9 Neste sentido, o internamento hospitalar pode tornar-se uma experiência adversa do  
10 desenvolvimento. Contudo, as intervenções psicológicas podem reduzir o impacto desta  
11 experiência (Roberts, 2003).

12 A criança compreende e interpreta os fenómenos relacionados com a saúde e com a  
13 doença de forma diferente do adulto. Essa compreensão é determinada pelo  
14 desenvolvimento cognitivo e sociocognitivo, tal como definido por Piaget (Barros,  
15 1999). A mesma autora salienta que a noção de doença sofre transformações de forma  
16 hierarquizada, de progressiva abstração, generalização, integração e flexibilização.

17 Volta-se a referir aqui a importância da Psicologia Pediátrica, que numa perspetiva  
18 desenvolvimentalista, deveria estimular o aperfeiçoamento de metodologias de  
19 comunicação, preparação para o internamento hospitalar ou controlo da dor, mais  
20 adequadas a cada nível de desenvolvimento.

21 No caso dos adolescentes, fase do ciclo de vida escolhida para este trabalho, as  
22 explicações sobre a saúde e a doença direcionam-se numa perspetiva das operações  
23 formais, processos de confronto e de resolução de problemas, (recorrendo ao pensamento  
24 hipotético e à crescente capacidade de abstração), onde existe uma progressiva  
25 capacidade para compreender os processos internos do organismo e para atender uma  
26 maior complexidade no processo de adoecer e no curar, aderindo a metodologias mais  
27 sofisticadas de controlo da dor e da aceitação dos limites impostos pela doença.

28 Tendo em conta que os períodos de internamento são cada vez mais curtos, é importante  
29 que o psicólogo colabore também com a equipa na preparação da alta, avaliando  
30 competências familiares para lidar com os mais diversos tipos de tratamentos a  
31 desenvolver no domicílio. Uma melhor compreensão de como os comportamentos  
32 afetam a saúde e como a saúde afeta os comportamentos, dá-nos o conhecimento da

1 forma como encorajar a promoção da saúde e intervir junto de adolescentes com maiores  
2 riscos (Swanson, et al., 2010).

## 4 2.2. A doença crónica

5 Entendemos abordar este ponto neste trabalho, tendo em conta a população que  
6 atualmente existe no hospital. As situações agudas são em menor número e a cronicidade  
7 sugere estar a aumentar.

8 Não existe uma definição médica única e universal sobre o conceito de “Doença  
9 Crónica”, atendendo às diferenças nas etiologias, evolução e consequências. No entanto,  
10 de uma forma geral, consideram-se como doenças crónicas todas as doenças prolongadas  
11 e irreversíveis. Tendo como denominador comum o facto de não terem uma cura final,  
12 torna-se um desafio para os profissionais, a criação de metodologias de intervenção  
13 criativas, flexíveis e eficazes para diminuir o sofrimento e aumentar a qualidade de vida  
14 das crianças/ adolescentes e das suas famílias.

15 Na perspetiva de uma “Intervenção Psicológica para o Internamento” a uma criança/  
16 adolescente com doença crónica, considerada como um acontecimento de vida *stressante*  
17 ou perturbador que interage com uma pluralidade de outras ocorrências e condições de  
18 desenvolvimento, ficamos na dúvida o que poderemos levar de novo a alguém, sujeito  
19 por vezes a tantos internamentos. Na verdade não será fácil ter uma doença indesejável;  
20 incontrolável ou pouco controlável; com consequências pouco claras ou pouco  
21 previsíveis; com envolvimento de separações temporárias dos amigos, da família, da  
22 escola, da casa; com envolvimento de perdas permanentes e/ou temporárias da  
23 funcionalidade ou da saúde; com envolvimento de diminuições de opções sociais,  
24 ocupacionais, escolares, profissionais, familiares; e ainda, ter perigo ou risco de vida  
25 (Barros, 1999).

26 O internamento hospitalar leva a diversas experiências de perda, temporárias ou não, que  
27 envolvem: o bem-estar físico e psicológico; o seu ambiente natural e alguns pertences  
28 pessoais; a tomada de decisões em relação à rotina diária; o controlo sobre si mesmo e  
29 sobre o ambiente; e a relação com as pessoas da rede social (Doca, & Junior, 2007).

30 Assim, o internamento hospitalar exige adaptações comportamentais em tempo, nem  
31 sempre suficiente para os ajustes emocionais e cognitivos a que os esquemas e crenças  
32 subjacentes podem proceder (Beck, 1976). Neste sentido, o internamento pode surgir

1 como preditor de stress e de outras respostas desadaptativas como diminuição do humor,  
2 protestos, retraimento social e desmotivação nas crianças/ adolescentes, e nos adultos que  
3 as acompanham, relatos verbais, indicando sentimentos de raiva e não-aceitação da  
4 situação (Roberts, 2003).

5 Na verdade, (mais) um internamento, nesta situação, num serviço cirúrgico, obriga a  
6 (mais) experiências aversivas e impede (mais uma vez) as experiências de vida  
7 “normais” que a doença restringe. Não pensando sempre nas consequências negativas  
8 para a criança/ adolescente, a hospitalização de uma criança/ adolescente com doença  
9 crónica pode constituir-se como momento positivo e oportunidade única de novas  
10 aprendizagens e desenvolvimento. Na medida em que pode contribuir para uma  
11 justificação socialmente aceite dos insucessos, para algum alívio da exigência de êxito e  
12 para relevo na vida familiar que não tinha até então, constitui-se como contributo para  
13 que a criança/ adolescente tenha uma adaptação global num processo contínuo e  
14 dinâmico.

15 Mas adaptação de que forma? Efetivamente existem fases de maior equilíbrio e aceitação  
16 e fases de maior ansiedade, revolta ou depressão. A sequência de estádios emocionais  
17 como “choque, negação, depressão, adaptação e reorganização” nem sempre são visíveis  
18 e nem sempre são sequenciais. Além disso podem ocorrer na criança/ adolescente e na  
19 própria família em tempos completamente diferentes e não previsíveis.

20 O internamento será mais um desafio, talvez, onde o terapeuta, o enfermeiro, o educador  
21 terá de facilitar o reconhecimento e utilização de competências de confronto que serão  
22 ativadas quando as necessidades específicas se fizerem sentir (Barros, 1999).

23 A doença crónica na criança/ adolescente na maior parte das vezes não é o aspeto central  
24 da questão, o aspeto central é mesmo a criança/ adolescente que partilha um diagnóstico,  
25 mas diverge entre si numa multiplicidade de experiências, expectativas, valores e  
26 competências. Assim, o importante é o conhecimento que as crianças/ adolescentes têm,  
27 a sua forma de enfrentar ou não as dificuldades, respondentes ou operantes à dor, as  
28 significações sobre o que é ou não problema e a sua capacidade de autonomia para os  
29 resolver.

30 A forma como a criança/ adolescente constrói significados e interpretações com base na  
31 realidade percetiva e concreta e, influenciada pelas interpretações dos adultos mais  
32 próximos, analisa um conjunto de características de doença crónica que poderão estar  
33 associadas a significações da doença e do tratamento mais ou menos (in)adaptativas,

1 permite uma avaliação clínica possível de intervenção individualizada e centrada na  
2 maximização dos processos de confronto adaptativo, quer da parte da criança/  
3 adolescente quer do seu meio.

4 Para Barros (1999), a vivência da criança/ adolescente é determinada pela significação,  
5 ou seja pela interpretação subjetiva da realidade, no entanto, existe um conjunto de  
6 características da doença que pode ser mais ou menos problemático para a adaptação,  
7 tendo em conta o desenvolvimento cognitivo da criança/ adolescente. São elas: a  
8 gravidade e funcionalidade; visibilidade; evolução; início; etiologia; raridade; e  
9 tratamento. Para a mesma autora são também as características da criança e da família que  
10 vão determinar a valorização ou relativização do significado sobre a doença, logo  
11 ocorrendo maior ou menor perturbação emocional.

12 A ideia geral é fazer uma avaliação cuidadosa da criança/ adolescente, dos seus pontos  
13 fortes, dos recursos e dos confrontos eficazes que já existem, procurando maximizá-los.

14 O que determina a capacidade de adaptação da criança/ adolescente à doença crónica é a  
15 sua idade e desenvolvimento cognitivo e sociocognitivo. Barros (1999) refere que os  
16 estudos sobre a doença crónica consideram que a adolescência tende a ser o período de  
17 vida mais difícil para este tipo de vivência. É uma fase de maior vulnerabilidade, em que  
18 o ser diferente dos pares se entende como mais problemático e em que precisa de se  
19 autonomizar dos pais e dos adultos. A problemática da doença e do tratamento pode ser  
20 agora o centro da atenção, nesta fase de redescoberta do corpo, das suas potencialidades e  
21 limites, da sua capacidade de se definir como elemento de atração e relação com os  
22 outros, levando o adolescente a sentir-se diferente face ao grupo de pares ou ao ideal de  
23 beleza juvenil.

24 As atitudes de rebeldia concentram-se nos comportamentos de risco e na não adesão aos  
25 tratamentos, estimados entre os 50 e os 89% (Santos, 2005). Os comportamentos de risco  
26 devem ser vistos como necessários para renegociar as fronteiras da autoridade e de  
27 assumir maior autonomia. A não adesão aos tratamentos depende da doença, do  
28 tratamento, do doente, dos familiares e dos profissionais de saúde, num processo  
29 dinâmico de influências recíprocas que necessitam de reajustamentos constantes. Assim,  
30 será necessária maior flexibilidade e diálogo sobre temas preocupantes como o futuro, a  
31 sexualidade ou outra.

32 A capacidade para estabelecer relações sociais é também uma das características  
33 individuais que pode determinar a adaptação à doença crónica. Ser mais sociável,

1 confiante e assertivo favorece o envolvimento com o novo e o desconhecido, logo maior  
2 capacidade para resolver problemas, enfrentar situações difíceis, compreender a  
3 existências de soluções diversificadas e antecipar consequências das diferentes  
4 alternativas.

5 Toda a adaptação da criança/ adolescente depende do seu ambiente social em geral e da  
6 família em particular, existindo uma interação recíproca entre a criança/ adolescente, a  
7 família e a doença. O papel parental, ou o papel de prestador de cuidados, pode funcionar  
8 como protetor e/ou moderador, facilitando a adaptação à doença e aos tratamentos.  
9 Segundo Barros (1999), as significações parentais que estruturam as atitudes educativas  
10 são parte integrante de um processo global de influência nos filhos.

11 De forma geral, os pais têm sido considerados determinantes: na definição do papel de  
12 doente, modelando a noção do que é ser ou estar doente e quais os privilégios e  
13 benefícios secundários que este estado implica. Muitas vezes não é a doença, mas a  
14 interpretação que os pais fazem das suas consequências e efeitos que limita as  
15 oportunidades de desenvolvimento; outras vezes, obtendo benefícios com a doença. A  
16 criança/ adolescente identifica e valoriza as queixas em vez de confrontar eficazmente os  
17 sintomas.

18 As reações da família perante a doença e a hospitalização dependem do seu estado  
19 emocional frente à situação, do meio em que ocorre o acontecimento, das suas vivências  
20 e da ligação afetiva com a criança/ adolescente doente, determinando assim a  
21 participação ou fuga da situação emergente (Ferro, & Amorim, 2007).

22 Outros elementos do meio, a escola e outras redes de apoio social, também são  
23 indispensáveis ao desenvolvimento e bem-estar da criança. Neste sentido, o ambiente  
24 hospitalar preza em manter o acompanhamento escolar, facilitando o sucesso, tantas  
25 vezes contrariado pelos internamentos repetidos e prolongados.

26 Os modelos de intervenção com crianças/ adolescentes e famílias com doença crónica  
27 não podem ser centrados nas áreas de disfunção, ou de problemas, mas sim a partir da  
28 identificação dos recursos, áreas de funcionalidade, competência, resiliência e sucesso,  
29 de forma a facilitar a utilização de soluções autónomas, generalizáveis e adequadas  
30 individualmente (Barros, 1999). Neste sentido, a Psicologia Pediátrica poderá ser um  
31 recurso, facilitando a aceitação e adaptação à doença e limitações associadas,  
32 modificando as rotinas na medida do necessário facilitando o desenvolvimento global; e  
33 promovendo uma adesão responsável ao tratamento.



1 Também aqui, na vivência da doença crónica, a procura e obtenção de informação  
2 permite adquirir confiança em si próprio e nos cuidadores, por meio de atribuições  
3 positivas de autocontrolo e controlo externo das rotinas e dos imprevistos do processo,  
4 auxilia o confronto com os sintomas, permite aprender o que fazer por si próprio e o que  
5 pode contar dos cuidadores. O equilíbrio entre o que o doente pretende e o que o  
6 cuidador deve razoavelmente informar é dialeticamente instável, pelo que exige muito  
7 profissionalismo e responsabilidade, indicando ao doente estratégias de confronto e  
8 processos adaptativos, facilitando as tomadas de decisão por comparação de alternativas  
9 (Joyce-Moniz, 2005).

10

### 11 **3. Conceitos de relevo no adolescente hospitalizado**

12

#### 13 3.1. Ansiedade

14 A primeira descrição de ansiedade como uma disfunção da atividade mental data do  
15 início do séc. XIX, com Augustin-Jacob Landré-Beuvais (1772-1840), em 1813,  
16 descrevendo a ansiedade como uma síndrome composta por aspetos emocionais e por  
17 reações fisiológicas (Ferro, & Amorim, 2007).

18 A alteração do humor mais marcante na condição de dor é a ansiedade, esta emoção  
19 potencia a dor, reduz a tolerância e a resistência ao estímulo (Ferro, & Amorim).

20 A ansiedade é um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos, que  
21 faz parte do espectro normal das experiências humanas, sendo propulsora do desempenho.  
22 Está direcionada em relação ao futuro e tem implícita a sensação de perigo iminente, sem  
23 risco real ou com emoção desproporcionalmente mais intensa (Andrade, & Gorenstein,  
24 1998).

25 Para os mesmos autores, a ansiedade abrange sensações de medo, sentimentos de  
26 insegurança e antecipação apreensiva, conteúdo do pensamento dominado por  
27 incompetência pessoal, aumento de vigília ou alerta, sentimento de constrição  
28 respiratória, levando à hiperventilação, tensão muscular causando dor, tremor e  
29 inquietação e diversos desconfortos somáticos consequentes da atividade do sistema  
30 nervoso autónomo.

1 A ansiedade é definida como um conjunto de manifestações comportamentais que pode  
2 apresentar-se como estado ou traço (Andrade, & Gorenstein, 1998). A “ansiedade  
3 estado” é definida como uma condição emocional temporária que varia em intensidade e  
4 flutua com o tempo, enquanto a “ansiedade traço” é uma característica da personalidade  
5 que permanece relativamente estável (Moro, & Módolo, 2004).

6 Durante o período que antecede uma anestesia geral a ansiedade pode manifestar-se de  
7 diferentes formas como medos ou alterações de comportamento. Algumas crianças  
8 podem ficar assustadas, agitadas, não falam, choram ou desenvolvem até incontinência  
9 urinária. Os medos frequentes dizem respeito ao medo da separação dos pais, à incerteza  
10 da anestesia, da cirurgia e dos procedimentos, ao medo da dor, ao medo de não  
11 sobreviver e até de todos os sons hospitalares.

12 Os adolescentes toleram melhor a separação dos pais, compreendem as explicações e  
13 comunicam os seus medos (como o acordar ou não da cirurgia ou o medo de perder o  
14 controle). Por este motivo necessitam de informação, questionam sobre a sua sexualidade  
15 e têm necessidade de conformidade e dignidade (Moro, & Módolo, 2004).

16 Sendo um fator expectável a ansiedade pode surgir no pré-operatório devido ao medo da  
17 anestesia, da dor e do desconforto, da operação em si mesma e de ficar inconsciente. Esta  
18 está relacionada com recuperação pós-operatória mais lenta, mais complicada e mais dor  
19 (Mendes, et al., 2005).

20 Muitas vezes, a ansiedade é uma forma do paciente se tentar proteger das situações  
21 ansiogénicas que envolvem o ambiente hospitalar (Calvetti, et al., 2008).

22 Num documento recente da Ordem dos Psicólogos, diversos autores evidenciam o papel  
23 efetivo que a Psicologia pode ter nas diferentes patologias e perturbações, como é o caso  
24 da ansiedade (Ordem dos Psicólogos, 2011).

25 Podemos dizer que a ansiedade potencia a dor e esta promove a ansiedade. Medo e  
26 ansiedade aumentam os sentimentos de sofrimento físico e reduzem a tolerância à dor.  
27 Também a dor crónica pode ser potencializada pela ansiedade, assim como por  
28 experiências anteriores em que não houve um confronto eficaz de dor (Barros, 1999).

29 Araújo, Favaretto e Sperfeld (2008) referem que a ansiedade pode ser considerada uma  
30 sensação desconfortável, causada pela insegurança. Pelo que, é tão importante avaliar a  
31 ansiedade, como as competências de confronto da criança/ adolescente e família para  
32 lidar com essa ansiedade (Barros, 1998).

1 Segundo Lima (2004), a criança pode ter duas raízes para a ansiedade quando  
2 hospitalizada: uma externa, relacionada com os factos reais e concretos vindos do  
3 contexto hospitalar, outra interna, manifestada pela aflição ocasionada pela própria  
4 doença ou ideia que tem da mesma.

5 Logo, é importante olhar a criança como um todo, com comportamentos e atitudes  
6 flexíveis e carinhosas (Chiattonne, 2003).

7 A família também pode sentir ansiedade perante a doença e o internamento da criança/  
8 adolescente. As fontes de ansiedade são: instalação inesperada da doença, incerteza sobre  
9 o prognóstico, medo que a criança/ adolescente sinta dor, sensação de não estar a ser  
10 devidamente informada, falta de privacidade, ambiente desconhecido e medo da morte  
11 (Ferro, & Amorim, 2007). Neste, sentido os profissionais de saúde devem cuidar também  
12 da família, enquanto cuidam da criança/ adolescente.

13 Estes autores referem que apesar da importância da comunicação, os pais relatam que  
14 recebem poucas informações sobre a doença da criança/ adolescente e em relação ao  
15 papel parental que devem desempenhar no hospital, sendo que a primeira é um dos  
16 aspetos que mais provoca ansiedade.

17 *Porquê estudar a ansiedade?*

18 Moro e Módolo (2004), demonstraram que quanto maior é o grau de ansiedade no pré-  
19 operatório mais distúrbios de comportamento surgem no pós-operatório, (e.g.  
20 irritabilidade, ansiedade de separação, pesadelos, problemas na alimentação, choros  
21 noturnos, desobediência). Tendo em conta o eixo hipotálamo-hipofisário-adrenal, podem  
22 surgir alterações no sistema imunológico e aumento da suscetibilidade às infeções;  
23 Broering e Crepaldi (2011) acrescentam respostas de pânico, agitação, resistência ativa  
24 aos procedimentos, grande evitamento dos cuidadores e/ou um longo período de  
25 recuperação após a cirurgia.

26 Moro e Módolo (2004) referem ainda que as crianças mais novas são mais ansiosas,  
27 temem mais a separação dos pais e são menos colaborantes do que as mais velhas, na  
28 indução anestésica. Estudos realizados por outros autores (Kain, Mayes, & Caramico,  
29 2001) verificaram o oposto e outros verificaram que a ansiedade não se altera com a  
30 idade.

1 Crianças com experiência prévia hospitalar têm mais ansiedade se a primeira experiência  
2 foi negativa (Kain, et al., 2001, citados por Moro, & Módolo, 2004), logo a qualidade das  
3 primeiras experiências é crucial para determinar o grau de ansiedade induzida.

4 Numa revisão sobre o tema, Moro e Módolo (2004) destacaram que elevados níveis de  
5 ansiedade estão associados a:

- 6 - Maior intensidade de dor pós-operatória
- 7 - Mais pedidos de analgesia (controlada pelo paciente – PCA)
- 8 - Baixos níveis de satisfação com o tratamento
- 9 - E alterações de comportamento após a cirurgia.

10 Considerando que a hospitalização pode ter como consequências a ansiedade, esta pode  
11 ser causadora de dificuldades durante esse mesmo processo, perturbando o tratamento,  
12 surgindo omissão ou exagero de queixas que dificultam o diagnóstico exato, não adesão  
13 ao regime terapêutico, hiperatividade e não colaboração em procedimentos invasivos  
14 (Barros, 1998). Logo, é importante estudá-la e analisar formas de a reduzir, visto que  
15 pode ser relacionada com a duração da hospitalização, episódios de vômitos,  
16 necessidades de medicação analgésica e o número de complicações pós-cirúrgicas, ou  
17 outras.

18

### 19 3.2. Vinculação

20 A teoria da Vinculação, conceito desenvolvimental muito importante, deve-se a John  
21 Bowlby (1958) e foi operacionalizada por Mary Ainsworth. Investigadores na área  
22 confirmam que as experiências precoces de vinculação não predizem o futuro, mas  
23 chama a atenção para a intrincada rede de influências ao longo do desenvolvimento. A  
24 teoria justifica-se porque nos oferece uma base que incorpora aspetos comportamentais,  
25 cognitivos e afetivos do desenvolvimento (Berlin, Ziv, Amaya-Jackson, & Greenberg,  
26 2005).

27 Bowlby (1969) define vinculação como a propensão dos seres humanos para estabelecer  
28 laços afetivos fortes com determinadas pessoas, tendo como consequência ficar  
29 emocionalmente afetado quando ocorrem separações ou perdas inesperadas e/ou  
30 indesejadas. Para Guedeney e Guedeney (2004), o sistema de vinculação define-se como  
31 aquilo que mantém a proximidade e o seu corolário interno, o sentimento de segurança.

1 As emoções mais positivas da teoria da vinculação são o sentimento de segurança  
2 (*safety*), a noção de bem-estar e de conforto que dele decorrem.

3 Outros conceitos surgiram de colaborações posteriores de Bowlby e da integração de  
4 novas teorias no conceito de vinculação. Um desses conceitos surgiu em 1982, o conceito  
5 de “parceria corrigida quanto ao objetivo” e desenvolvido por Greenberg em 1988. Este  
6 conceito é fundamental para compreender o papel da capacidade de negociação de  
7 conflitos como indicador da qualidade de vinculação (Guedeney, & Guedeney, 2004).

8 As relações de vinculação para além da infância têm um papel importante no ajustamento  
9 geral das pessoas. Desde o início dos anos 70 que se desenvolvem estudos de vinculação  
10 nos adultos e na adolescência, embora os primeiros estudos sobre o conceito datem dos  
11 anos 40 e 50 do século passado.

12 Considera-se que a teoria da vinculação se estende a todo o ciclo de vida (desde o berço à  
13 sepultura (Bowlby, 1979), e para outras figuras significativas (Machado, & Oliveira,  
14 2007).

15 Durante a adolescência há a possibilidade de atualizar, ou favorecer rigidificações na  
16 qualidade dos padrões estabelecidos durante a infância ou na construção de novas  
17 relações. Por outro lado, pode permitir a consolidação da organização interna global da  
18 vinculação, resultante da integração sintetizadora de vinculações significativas.

19 Numa interação entre proximidade e afastamento com os cuidadores, o sistema de  
20 vinculação controla o sistema exploratório de forma alternada, sendo que este só é  
21 ativado quando há acessibilidade da figura de vinculação (Berlin, et al., 2005; Soares,  
22 1996).

23 Fleming (1993), refere que da qualidade dos vínculos iniciais e atuais depende a maior  
24 ou menor capacidade de autonomização da criança, e posteriormente do adolescente e do  
25 adulto.

26 De acordo com Machado e Oliveira (2007), a abertura para o campo da representação  
27 abre agora na adolescência inúmeras perspetivas de análise,

28 ... multiplicam-se também as divergências, defendendo alguns que, à medida que a idade  
29 avança, não fará muito sentido continuar preso à avaliação da qualidade das vinculações  
30 primárias, uma vez que os estados mentais actuais sobre a vinculação (e relações) não  
31 correspondem obrigatoriamente ao que foi efectivamente vivido nesses momentos;

1 admitindo todavia que fará todo o sentido ter em consideração os relatos que os sujeitos  
2 fazem (retêm) no presente. (p. 98)

3 O que justifica a aplicação de instrumentos de representação da vinculação.

4 Ribeiro e Sousa (2002) referem que os comportamentos de vinculação estão organizados  
5 de forma a manter e restaurar a segurança, aproximando-se de alguém que é especial e  
6 preferido e, tendo em conta Bowlby (1969), têm uma base genética e são sensíveis a uma  
7 ativação pelo meio ambiente.

8 A qualidade dos padrões das relações e do *self*, construídos a partir das relações precoces  
9 rotineiras, significativas e continuadas, constitui um alicerce para o desenvolvimento  
10 dum *self* coeso e autónomo, para competências de lidar com separações e capacidades  
11 para estabelecer novas relações significativas (Machado, 2007).

12 De forma indiscriminada, no final do primeiro ano, o bebé está apto a descobrir como  
13 deve fazer para acabar com as situações que lhe causam desconforto (insegurança) e a  
14 partir desta idade pode-se falar mais concretamente de padrões de vinculação que se  
15 distinguem pela sua qualidade.

16 Tendo em conta Steinberg, citado por Fleming (1988), o modelo de Bowlby pode ser  
17 descrito em cinco proposições: (1) o indivíduo deve ter um modelo interno no seu meio  
18 ambiente/ mundo que se desenvolve ao longo do tempo e tem aspetos cognitivos e  
19 afetivos; (2) precisa de manter proximidade aos seus pais (comportamento de vinculação  
20 à procura de proximidade); (3) os pais respondem a esta necessidade com um  
21 comportamento de cuidados – *caretaking*; (4) a criança precisa de explorar o seu meio  
22 ambiente (comportamento exploratório), o que requer afastamento das figuras parentais;  
23 (5) estes quatro anteriores arranjam-se em sistema de controlo dinâmico.

24 Machado (2007) refere que os padrões de vinculação podem ser seguros e inseguros e  
25 distinguem-se por particularidades na forma de gerir a distância ou proximidade perante  
26 a necessidade de recorrer à figura de vinculação, em momentos potencialmente  
27 *stressantes* ou ameaçadores. Um Padrão Seguro (padrão B), normativo, evidencia aquele  
28 em que o sujeito pode contar incondicionalmente com a figura de vinculação e, por isso,  
29 pode recorrer a ela sempre que se sentir mais fragilizado, em momentos de perigo ou de  
30 ansiedade. Na presença da mãe surge conforto e segurança. O Padrão Inseguro pode  
31 evidenciar dois tipos de situações, numa, o sujeito não pode contar com a figura de  
32 vinculação quando dela necessita, porque não está disponível (podendo ser rejeitante) e,  
33 neste caso, a estratégia de negação da necessidade da figura pode ser adaptativa, surgindo

1 o Padrão Inseguro de Evitamento (padrão A); noutra, a figura de vinculação alterna, de  
2 forma imprevisível, a qualidade das suas respostas, inviabilizando a construção de  
3 expetativas pelo sujeito, que pode ainda assim, tentar alguns comportamentos de  
4 aproximação ou aumentar as manifestações de ansiedade, comportamentos de cólera,  
5 irritação/ agitação, no entanto sem ter a garantia de ser atendido, traduzindo assim o  
6 Padrão Inseguro Ambivalente ou Inseguro Ansioso (padrão C). Um quarto padrão, o  
7 Desorganizado/ desorientado (padrão D), foi identificado mais tarde, caracterizando  
8 essencialmente crianças em situação de risco, evidenciando comportamentos  
9 contraditórios de aproximação/ resistência, apreensão, confusão ou imobilização face à  
10 figura de vinculação quando dela necessitam, interpretando a desorganização como uma  
11 resposta de medo da figura de vinculação (Machado, 2009; Matos, & Costa, 1996).

12 Nalguns casos, pouco frequentes, a criança pode manifestar, temporariamente, uma  
13 desorganização nas estratégias de vinculação, apresentando quase em simultâneo  
14 comportamentos opostos na sua tentativa de lidar com a ansiedade e aproximação à  
15 figura de vinculação.

16 Podemos considerar alguma estabilidade dos padrões de vinculação ao longo da vida e de  
17 como esses padrões influem na resolução de tarefas desenvolvimentais, no entanto, nos  
18 últimos anos, diversos estudos apontam para um decréscimo na estabilidade, justificável  
19 por hipóteses não validadas como sejam a inclusão do padrão D nas classificações; as  
20 alterações no tipo de cuidados maternos devido, por exemplo, ao aumento do número de  
21 mães a trabalhar; a alteração do papel do pai na família, muito mais presente; e o  
22 aumento das tensões devido à insegurança profissional. Claro que a estabilidade dos  
23 padrões depende da estabilidade dos cuidados, mas esta relação é complexa e não  
24 imutável.

25 Nos adolescentes e adultos as avaliações centram-se nas representações que fazem acerca  
26 das suas experiências de vinculação na infância e destaca o estado mental presente e não  
27 nos comportamentos. Avalia-se a segurança nos modelos internos de vinculação e  
28 surgem assim: o padrão F – seguro autónomo, onde faz uma descrição das experiências  
29 passadas positivas e negativas e admite a sua importância; o padrão D – inseguro  
30 desligado: com minimização da importância das relações de vinculação, idealização das  
31 experiências de infância com dificuldade em ilustrá-las com exemplos; e o padrão E –  
32 inseguro preocupado: dá muito relevo às relações de vinculação e manifesta preocupação

1 com experiências passadas e apresenta dificuldade em descrever concretamente as  
2 memórias de infância (Machado, 2004).

3 Sendo que, no adulto, o sistema comportamental é recíproco e simétrico, alternando entre  
4 cuidador e cuidado, numa situação de internamento pediátrico é comum o cuidado –  
5 cuidador (assimétrica e complementar), ou seja a criança/ adolescente é cuidado por  
6 outro(s), o que pode trazer algumas incoerências. Na nossa opinião (no caso dos  
7 adolescentes) ocorre também a reciprocidade, quando são os adolescentes a cuidarem dos  
8 pais (ou acompanhante), nas mais diversas situações, protegendo-os muitas vezes do seu  
9 próprio sofrimento. Nesta encruzilhada, surgem implicações nas situações mais  
10 *stressantes*, dificultando a forma de lidar com as mesmas.

11 Na adolescência, a relação pais-filhos pressupõe a história relacional passada, embora  
12 sem causalidade linear, nem começo absoluto, esta põe à prova o que se construiu ao  
13 longo dos anos e regula novamente a distância entre ambos.

14 Num certo sentido, a adolescência pode ser vista como uma fase de revisão de forma a  
15 fazer boas escolhas, ensaiando um novo percurso mais pessoal, tendo por detrás um  
16 ponto de referência e apoio. Com o pensamento formal (11-12 ou 12-15 anos, formal  
17 emergente e 15-20 consolidação do formal), pode refletir/ pensar além do que lhe é  
18 próximo, no possível, e impossível ou desejado, confrontando-se muitas vezes com um  
19 real (o real como apenas uma parte do possível) que lhe limita a prossecução dos seus  
20 ideais (Machado, 2007), como num internamento, por exemplo, desencadeando eventuais  
21 movimentos de revolta, ou zanga, acrescentamos nós.

22 As mudanças que surgem a nível da cognição (maior argumentação do que birras), do  
23 corpo (que pode agradar ou não) e das relações, influenciam-se mutuamente na  
24 adolescência, o operatório formal facilita o repensar dos significados atribuídos às  
25 relações passadas e presentes e a emergência de uma representação interna relativa à  
26 vinculação (mais internalizada e menos dependente de uma relação específica)  
27 (Machado, & Oliveira, 2007) e a redefinição da identidade própria. Esta necessidade de  
28 equilíbrio entre separação/ dependência é talvez a maior dificuldade deste período.

29 Conclui-se que a vinculação não impede a autonomia e a separação, mas sim é o  
30 elemento-chave desse processo, na garantia dum pensamento (e não necessariamente  
31 presença física) de base segura e apoio emocional, com certeza na acessibilidade,  
32 disponibilidade e sensibilidade (Berlin, et al., 2005). Quanto mais seguro o adolescente  
33 se sentir no seio da família, mais confiança tem na construção da sua identidade separada



1 da mesma, tendo maior capacidade de integrar as experiências emocionais ocorridas no  
2 seio da família, e fora dela, numa transformação de uma relação de reciprocidade para  
3 complementar.

4 O modelo interno de si-mesmo (*self*), dos outros e das relações reflete o sentimento  
5 interior que o sujeito construiu de ser amado, cuidado e compreendido; ou ignorado,  
6 negligenciado e incompreendido, consoante se desenvolva uma vinculação segura ou  
7 insegura.

8 Influenciada por interpretações desenvolvimentais clássicas sobre a adolescência, onde o  
9 distanciamento físico dos pais traduziria um enfraquecimento da vinculação, atualmente  
10 em diferentes estudos se comprova relações positivas entre vinculação segura e  
11 indicadores psicossociais e vinculação insegura e problemas de comportamento diversos  
12 (Machado, & Oliveira, 2007).

13 Na compreensão dos desejos dos pais, com adequada “parceria corrigida para os  
14 objetivos” surge maior sintonia entre a ativação/desativação das estratégias de vinculação  
15 e correspondentes respostas parentais.

16 Nas famílias com padrões seguros (flexíveis, abertos a correções e que facilitam a  
17 ativação do sistema de exploração sem medo de perda das figuras de vinculação) não se  
18 compromete a relação e favorece-se a autonomia social, cognitiva e emocional do  
19 adolescente; nas famílias com padrões inseguros (com estratégias de evitamento/ negação  
20 ou de ansiedade/ ambivalência) traduzem uma ameaça à relação, tendo em conta que o  
21 adolescente teme “partir porque não tem para onde voltar” (Machado, & Oliveira, 2007).

22 McCarthy, et al. (2006), citados por Machado (2007) referem implicações da qualidade  
23 da vinculação: a) relações positivas entre vinculação segura e estratégias de *coping* mais  
24 eficazes; b) relações positivas entre o padrão seguro e maior adequação no controlo das  
25 emoções (especialmente as emoções negativas).

26 Tanto a vinculação como a individuação, são cruciais para o comportamento adaptativo,  
27 na reformulação do *self* e na construção da identidade (Machado, 2007). A vinculação  
28 segura, juntamente com a promoção da autonomia e o suporte emocional leva a  
29 comportamentos adaptativos, logo maior competência social, maior segurança, bem-estar  
30 e mais estratégias de *coping*.

31 A vinculação aos pais funciona como fator protetor na capacidade para enfrentar  
32 situações estranhas – como um internamento hospitalar, sugerimos. Também

1 acontecimentos não-normativos potencializam transições desenvolvimentais, no sentido  
2 de que exigem reorganizações pessoais e a adaptação a uma nova circunstância da vida  
3 (Matos, & Costa, 1996). Na situação de crise, como no caso de uma doença grave, o  
4 recurso aos modelos construídos na relação com as figuras parentais é mais intensa, tanto  
5 quanto o acontecimento estiver ligado à perda real ou simbólica da figura de vinculação  
6 principal.

7 Os conflitos existentes entre os pais e os filhos, normalmente mundanos e repetitivos ao  
8 longo das gerações, são vistos atualmente como elementos chave do desenvolvimento,  
9 num processo de autonomia face aos pais. Estes conflitos aumentam com a idade e  
10 decrescem quando o jovem sai de casa. A qualidade da relação envolve o processo e não  
11 só o resultado, depende da forma como as pessoas se envolvem e resolvem o conflito,  
12 validando os padrões de comunicação entre pais e filhos, dando importância ao contexto,  
13 explicitando os pontos de vista e favorecendo compromissos. Neste sentido, o sistema  
14 familiar deve facilitar o equilíbrio entre a liberdade e a responsabilidade, mesmo que seja  
15 numa situação de doença (sendo que lhes é frequentemente explicado o tratamento a  
16 realizar, questionando inclusive se querem ser operados ou não).

17 Para Machado (2007), a consolidação da autonomia psicológica implica a interiorização  
18 do que era externo (valores, normas e controlo). A individualização, processo  
19 complementar, envolve a consciencialização da diferença em relação aos outros, e não  
20 implica a adoção de atitudes e valores diferentes dos pais, mas implica que tais valores  
21 sejam opção pessoal, uma construção autónoma.

22 A autonomia não se desenvolve no isolamento, mas numa relação próxima e persistente  
23 com os pais (Guedeney, & Guedeney, 2004).

24 O papel dos pais é muito importante para além dos anos da infância. Neste sentido a  
25 família continua a ter um papel considerável no desenvolvimento dos adolescentes, sendo  
26 que a qualidade das relações parentais continua a ser um forte preditor da saúde mental,  
27 durante e no final da adolescência (Claes, 2004, citado por Machado, 2007). No decurso  
28 do desenvolvimento, são os próprios adolescentes que afirmam a importância da relação  
29 com os pais, manifestando pesar, nostalgia ou sentimentos de mal-estar face a uma  
30 perceção negativa do seu apoio (Armsdem, & Greenberg, 1987; Claes, 1998; e 2004;  
31 Taborda Simões, et al., 2004, citados por Machado, 2007).

32 Na adolescência, o desenvolvimento psicológico maduro baseia-se na autonomia e no  
33 relacionamento saudável com os pais. No entanto, das relações com os pais, as principais

1 figuras de vinculação, passa-se agora, nesta fase, para uma reorganização que leva  
2 também às relações com os pares, ficando os pais a funcionar como suporte parental em  
3 momentos de *distress* (West, Rose, Spreng, Sheldon-Keller, & Adam, 1998). Segundo  
4 estes autores, o sucesso no desenvolvimento de laços com outras figuras é influenciado  
5 pelos padrões anteriormente desenvolvido com as figuras parentais.

6 Assim, a qualidade das relações internas de si e dos outros faz muito sentido, ou seja,  
7 uma representação dos outros enquanto pessoas de confiança e dispostas a ajudar, facilita  
8 o pedido espontâneo de ajuda quando necessário. Por outro lado, padrões internos em  
9 que os outros são percebidos como indiferentes ou punitivos, são fatores de risco para  
10 o isolamento ou refúgio em outros (pares) igualmente frágeis que nada questionam  
11 (Machado, 2007).

#### 12 *Porquê estudar a vinculação nos adolescentes?*

13 O crescente interesse por esta fase da vida em que se inicia mais cedo e termina mais  
14 tarde (Arnett, 1999, 2001; Arnett, & Taber, 1994; citados por Machado, et al., 2008;  
15 Swanson, et al., 2010), tem originado enviesamentos na divulgação não científica que  
16 tendem a salientar problemas de comportamento e grandes conflitos familiares.  
17 Ensombrando a realidade, esta é antes composta por muitos adolescentes sem problemas,  
18 de maior, a nível das relações com os pais e de outros com problemas que não se vêm tão  
19 facilmente como os problemas de internalização.

20 Num estudo de Dekovic (1999), citado por Machado, et al. (2008), conclui-se que os  
21 fatores familiares – entre os quais a representação da vinculação nos adolescentes, eram  
22 os melhores preditores dos problemas de externalização, tendo as raparigas mais  
23 problemas de interiorização.

24 Para Machado, et al. (2008), as transformações normativas desenvolvimentais na  
25 adolescência ativam o sistema de vinculação e, correlativamente, a alternância entre esta  
26 e a ativação do sistema exploratório. A segurança na vinculação alia-se simultaneamente  
27 à combinação do respeito mútuo pais-filhos em momentos de divergência, à  
28 desidealização dos pais e à sensibilidade e suporte parental. As interações muito  
29 emaranhadas, que entravam o desenvolvimento da autonomia, têm sido associadas à  
30 insegurança da vinculação; nestas, a autonomia é ressentida como ameaça à própria  
31 (qualidade da) relação.

1 Talvez a maioria dos adolescentes enfrentem sem problemas as tarefas de  
2 desenvolvimento típicas deste período, como por exemplo a ameaça/ vivência da  
3 autonomia, alterações da imagem corporal, construção de novas relações amorosas, etc.,  
4 e talvez não apresentem problemas de maior na relação com os pais, no entanto outros  
5 têm menos recursos psicológicos para enfrentar os desafios deste período como os  
6 padrões inseguros.

7 Claro que a vinculação não é a única variável que interfere no desenvolvimento dos  
8 adolescentes. A supervisão parental é útil desde que não seja excessiva, levando a  
9 perturbações de ansiedade (Machado, & Fonseca, 2009), reforçando as ideias iniciais de  
10 Bowlby (1973), citado por Machado e Fonseca (2009), acerca do efeito da vinculação  
11 insegura no desenvolvimento da ansiedade.

12 Perante isto, como promover a autonomia - capacidade de realizar tarefas por si próprio,  
13 de tomar decisões, evidenciando um sentido de autodecisão - em situações de  
14 internamento, quando a vinculação é insegura, ou quando há percepção de alienação -  
15 ideia de que os pais não se preocupam consigo ou sentimento de isolamento  
16 relativamente às figuras?

17 No nosso estudo é condição de inclusão a presença dos pais, mas em que medida o  
18 adolescente tem confiança na figura de vinculação, acessível, disponível e fiável quando  
19 necessita dela (dimensão disponibilidade)? Em que medida há percepção de  
20 indisponibilidade das figuras de vinculação (dimensão zanga)? Ou em que medida os  
21 adolescentes têm em consideração as necessidades e sentimentos das figuras de  
22 vinculação (dimensão parceria corrigida para objetivos)?

23 Independentemente da qualidade da vinculação, ou destas dimensões em separado, neste  
24 estudo interessa-nos saber se o (maior ou menor) ajustamento às figuras de vinculação  
25 está relacionado com a ansiedade.

26

### 27 3.3. Autoeficácia

28 O construto de autoeficácia percebida, segundo Bandura (2002), citado por Silva e  
29 Paixão (2007) define-se como a crença na nossa capacidade para organizar e executar as  
30 linhas de ação requeridas para produzir certas realizações. Este conceito, explicativo do  
31 comportamento humano, destaca-se como um dos mecanismos psicológicos mais  
32 heurísticos e profundamente estudados, visto que procura encontrar resposta a um grande

1 anseio do homem que é a capacidade para controlar os acontecimentos que controlam as  
2 suas vidas. De facto, se tiverem controlo, os indivíduos poderão sentir-se mais capazes de  
3 realizar futuros desejados e prevenir os indesejados.

4 Os mesmos autores referem que mais do que a “verdade” objetiva, as crenças de eficácia  
5 pessoal, ou aquilo que as pessoas acreditam ser verdadeiro sobre elas próprias,  
6 constituem as causas principais dos níveis de motivação, dos estados afetivos e dos  
7 cursos de ação das pessoas.

8 A perceção de eficácia pode ter diversos efeitos no comportamento, nos padrões de  
9 pensamento e nos aspetos emocionais. A perceção de eficácia influencia a escolha de  
10 atividades e dos ambientes ou situações. Determina também quanto esforço o indivíduo  
11 vai despender e durante quanto tempo persistirá perante obstáculos e más experiências. A  
12 perceção acerca da capacidade própria influencia ainda os processos de pensamento e as  
13 reações emocionais antes das e perante as situações (Goncalves, n.d.; Ribeiro, 1995)

14 De acordo com Bandura (1982), quanto mais forte for a perceção de autoeficácia, mais  
15 vigoroso e persistente é o esforço. Os que se julgam incapazes de lidar com situações  
16 exigentes evitam envolver-se nelas, estas preocupações dificultam a ação e distraem a  
17 atenção da tarefa para se centrarem em si próprios. Neste sentido, as pessoas tendem a  
18 evitar situações que crêem exceder as suas capacidades e enfrentam as que se julgam  
19 capazes de lidar.

20 A adolescência traz novas oportunidades de exploração (facultada pelas operações  
21 cognitivas e maior autonomia), logo o estudo que favoreça mais respostas adaptativas e  
22 maior competência nos adolescentes tem vindo a impor-se. Os indicadores de  
23 competência têm um carácter desenvolvimental, podendo considerar-se significativo a  
24 autoeficácia, o bem-estar subjetivo, as relações românticas, entre outras (Arnett, 2000;  
25 Braconnier, 2003; Dias, & Fontaine, 2001, citados por Machado, & Fonseca, 2009).

26 A adaptação à doença exige que a criança/ adolescente desenvolva uma série de  
27 competências de controlo da doença e dos sintomas. Adotando a autoinstrução, através  
28 do uso de verbalizações previamente escolhidas e ensaiadas, seguindo passos  
29 necessários, pela ordem correta, a criança/ adolescente consegue manter-se calma e  
30 aumentar a adesão aos tratamentos. A modelagem por pares, ensaio de atitudes e  
31 metodologias de relaxamento e de dessensibilização nos momentos de agravamento de  
32 sintomas também facilitam o sentimento de autoeficácia e de controlo. O autocontrolo de

1 dor, com competências de auto-observação e registo, permitem melhor autoconhecimento  
2 e controlo das recaídas.

3 O potencial de autoeficácia é um construto cognitivo, relacionado com a criança e o  
4 funcionamento familiar, que pode ser amplamente definido como a expectativa dos  
5 cuidadores quanto à capacidade para serem pais de sucesso. (Bandura, 1977; Jones, &  
6 Prinz, 2005). É um ato definido intencionalmente que reflete a percepção individual de  
7 influência sobre aquilo que fazem.

8 Cognações de autoeficácia são consideradas facetas do ser humano, em que este acredita  
9 que o que faz provoca os resultados pretendidos. Extrapolando desta definição, a  
10 autoeficácia envolve a crença dos pais na capacidade de influenciar os filhos e o meio  
11 ambiente, promovendo o desenvolvimento infantil e o sucesso (Jones, & Prinz, 2005).

12 Numa revisão da literatura Coleman e Karraker (1998) citados por Jones e Prinz (2005)  
13 verificaram indícios de que um alto potencial de autoeficácia tem sido associado com  
14 competência e práticas parentais, estratégias e comportamentos positivos. Igualmente,  
15 Bandura (1977) sugere que o potencial de autoeficácia é um fator determinante nos  
16 comportamentos dos pais, nas estratégias de *coping*, esforços e persistência perante a  
17 adversidade.

18 O potencial de autoeficácia pode ser aumentado através da intervenção e pode ser um  
19 preditor de programas de intervenção com pais, assim como um preditor de resultados de  
20 tratamentos (Jones, & Prinz, 2005).

21 Jones e Prinz (2005) demonstraram que as intervenções destinadas a melhorar o  
22 comportamento dos pais e dos filhos podem aumentar o potencial de autoeficácia, por  
23 exemplo, através da formação comportamental dos pais, assim como de programas  
24 baseados nos *media*.

25 Continuando a evidenciar a importância deste conceito, Hill e Bush (2001) citados por  
26 Jones e Prinz (2005), realçaram que o potencial de autoeficácia protege as crianças de  
27 desenvolver ansiedade, ainda que indiretamente, através das práticas parentais, sendo que  
28 os comportamentos parentais têm impacto na autorregulação da competência  
29 psicossocial.

30 Jones e Prinz (2005) referem também que o potencial de autoeficácia favorece a  
31 adaptação das crianças de forma direta e indireta, através da aprendizagem de princípios  
32 sociais em que devem acreditar na sua própria eficácia e autoestima, ouvindo e

1 observando os seus pais. O mesmo autor refere que os pais com maior potencial de  
2 autoeficácia são pró-ativos e diminuem os riscos dos filhos. Para as famílias com riscos  
3 acrescidos é um fator protetor de stress.

4 Se a autoeficácia tem impacto no comportamento e na forma como a pessoa deve agir, as  
5 atividades que escolhe persistem perante a adversidade, barreiras ou situações *stressantes*  
6 (Bandura, 1977).

7 As crenças de autoeficácia influenciam o funcionamento do ser humano: ao nível da  
8 escolha do comportamento; dos esforços despendidos; dos padrões de pensamento e  
9 reações emocionais; e da produção de comportamento em vez de fazer prognósticos do  
10 mesmo (Bandura, 1986).

11 Para o mesmo autor, as fontes de autoeficácia são as experiências de mestria/ domínio;  
12 influência indireta; persuasão social; estados fisiológicos; e processamento cognitivo das  
13 informações de autoeficácia (Bandura, 1986).

14 *Porquê estudar a autoeficácia nos adolescentes?*

15 Ribeiro (1995) refere que um baixo nível de perceção de autoeficácia determina uma  
16 fraca adesão terapêutica.

17 Para além dos efeitos no comportamento, influencia também a motivação, os padrões de  
18 pensamento e as questões emocionais (O’Leary, 1992).

19 De acordo com Bandura (1977), a autoeficácia é uma variável cognitiva com uma função  
20 motivacional, sendo que a motivação se refere à ativação e persistência do  
21 comportamento e a atividade cognitiva suporta-a. Esta tem em conta a representação  
22 cognitiva de resultados futuros, a definição de objetivos e a avaliação da realização  
23 pessoal.

24 Também Pintrich e Schunk (1996) referem que a autoeficácia é o mais importante  
25 medidor de comportamentos de realização, acrescentando que as perceções de  
26 autoeficácia nos jovens são reais porque existem reais consequências na motivação e nos  
27 comportamentos ou na perceção das habilidades. E no nosso ponto de vista, acreditar que  
28 se “é hábil e capaz”, é muito importante em contexto hospitalar.

29 A autoeficácia afeta a saúde de duas maneiras diferentes: uma através da prática de  
30 comportamentos que influenciam a saúde (entre eles a recuperação na doença ou o  
31 controlo da dor) e a outra através da resposta fisiológica ao stress, reduzindo o seu  
32 impacto negativo (O’Leary, 1985; 1992).

1 No mesmo sentido, a autoeficácia (em especial a autoeficácia académica e emocional)  
2 está inversamente relacionada com a depressão, sendo mais evidente nas raparigas do que  
3 nos rapazes. Considera-se também que a autoeficácia deveria ser estudada enquanto forte  
4 preditor de psicopatologia, entre eles os distúrbios de ansiedade (Muris, 2001).

5 As aprendizagens que os indivíduos fazem constituem fontes para a generalização de  
6 perceções de autoeficácia em diversos contextos e tarefas. São estas generalizações que  
7 explicam as dimensões de confrontação com as tarefas: se um comportamento será  
8 iniciado ou não, a quantidade de esforço despendido e ainda a persistência face a  
9 obstáculos e circunstâncias adversas (Gonçalves, n.d.). Neste sentido, acreditamos que  
10 em contexto hospitalar seria útil estudar a autoeficácia (e relacioná-la com a ansiedade).

#### 11 12 **4. Expetativa e satisfação**

13 Para Sampaio (2009) os técnicos que se dedicam ao trabalho com crianças e adolescentes  
14 precisam de sair dos seus gabinetes e ir para o terreno, na busca de uma visão integrada  
15 dos problemas. As inúmeras consultas a que são sujeitas as crianças e famílias e o  
16 recurso ao subsídio assistencialista são alternativas erradas à promoção da capacitação e  
17 da resolução autónoma dos problemas.

18 A parceria e a promoção da autonomia exige uma participação dos interessados (das  
19 famílias) e nunca apenas uma colaboração entre os técnicos, porque sem os conhecermos  
20 melhor, arriscamo-nos a servir os nossos interesses e não os deles. E a escuta surge como  
21 o ingrediente chave na procura de soluções.

22 O interesse em assegurar a qualidade nos serviços de saúde tem crescido nos últimos  
23 anos. Se em termos técnicos e científicos assistimos a grandes progressos nos cuidados  
24 de saúde prestados (Magnusson, Garrett, & Sundelin, 2000), um aspeto primordial da  
25 qualidade dos serviços, sob o ponto de vista dos recetores, é a sua satisfação com os  
26 serviços de saúde.

27 Westaway, Rheeder, Van Zyl e Seager (2003) referem que a satisfação do cliente é  
28 considerado um dos resultados desejados nos serviços de cuidados, sendo indispensável  
29 para as avaliações da qualidade e para delinear e gerir os sistemas de cuidados de saúde.  
30 A eficácia dos serviços é determinada, entre outros fatores, pela satisfação com esses  
31 serviços. Indicadores desta relação são os estudos que mostram que pacientes satisfeitos  
32 tendem a utilizar mais frequentemente os serviços de saúde.



1 O conceito de satisfação depende do modelo de origem e dos objetivos dos autores,  
2 sendo que existem modelos de satisfação relativos aos Serviços de Saúde.

3 A satisfação pode ser definida como o grau de discrepância entre expetativas e  
4 experiências, ou seja a satisfação ocorre quando a experiência é igual ou maior que a  
5 expetativa e a insatisfação quando a experiência não corresponde às expetativas (Stallard,  
6 1996; Stallard, Hudson, & Davis, 1992).

7 Elbeck e Fecteau (1990) consideram dois fatores de satisfação na prestação de cuidados:  
8 apoio e suporte (o que envolve boas relações entre paciente e técnicos) e a manutenção  
9 da autonomia.

10 O modelo apresentado por Donabedian baseia-se no pressuposto de que a satisfação é  
11 uma consequência da total experiência dos cuidados recebidos, sendo uma reação a três  
12 aspetos:

13 - Estrutura - atributos dos contextos da prestação de cuidados: acessibilidade;  
14 disponibilidade de serviços; custos; aspetos burocráticos; tempo de espera; quantidade,  
15 frequência e duração do serviço; adequação dos serviços recebidos, de acordo com as  
16 necessidades da criança ou família; e estruturas do meio.

17 - Processo - o que efetivamente se faz na prestação de cuidados: com respeito e suporte;  
18 competência; cooperação entre técnicos e família; continuidade e coordenação da  
19 prestação de cuidados; informação fornecida; e quantidade de informação fornecida pelo  
20 técnico.

21 - Resultado - efeitos da prestação de cuidados (King, Cathers, King, & Rosenbaum,  
22 2001).

23 O Modelo de Satisfação do Consumidor apresentado por Gerkenmeyer e Austin (2005)  
24 é chamado um modelo de discrepância, definindo a satisfação como o resultado da  
25 diferença entre os serviços atuais percebidos e as perceções dos serviços ideais,  
26 esperados ou desejados.

27 Sem preferência por um ou outro autor, reconhecemos que é fundamental atender às  
28 necessidades e expetativas dos doentes, à forma como se estão a desenvolver os cuidados  
29 de saúde e a procura dos mesmos.

30 O nosso objetivo será propor mudanças na prestação de cuidados e nos aspetos  
31 estruturais.

1 Pretende-se utilizar recursos existentes, ser acessível a todas as crianças/ adolescentes e  
2 famílias, de forma segura e com equidade, sendo adequada e oportuna, com cuidados  
3 centrados no doente, nos seus interesses, expetativas e valores, de forma continuada e  
4 com respeito.

5 Estas dimensões (expetativa e satisfação) serão complementares do nosso trabalho, tendo  
6 subjacente a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde.

7

8

9

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- 16
- 17
- 18
- 19
- 20

**PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO**

### CAPÍTULO III – DESENHO DE INVESTIGAÇÃO

Neste capítulo apresentam-se os objetivos, a questão e as hipóteses de investigação. Enunciamos o que temos intenção de fazer para obter resposta à questão e às hipóteses de investigação. Estas precisam os objetivos, delimitam as variáveis, as suas relações, assim como a população estudada.

#### **1. Objetivos**

Para Fortin (2003, p.100), “O objetivo de um estudo indica o porquê da investigação”, neste sentido, os objetivos gerais deste trabalho são:

Avaliar os resultados da aplicação de um PPPI, na redução dos níveis de ansiedade dos adolescentes, tendo em conta a perceção de vinculação e o nível de autoeficácia.

Analisar as expetativas dos adolescentes relativamente à qualidade global do serviço e a satisfação geral com o internamento e com a informação disponibilizada.

#### **2. Questão e hipóteses de investigação**

Esta investigação começou por uma grande questão que nos interessava confirmar:

Há diferença significativa nos níveis de ansiedade entre o grupo experimental que é submetido ao PPPI e o grupo controlo que é submetido ao procedimento padrão da unidade, depois de controlados os efeitos das variáveis vinculação e autoeficácia?

Desta, emergiram variáveis e relações entre variáveis que levaram às hipóteses preliminares:

Hipótese 1 - Os níveis de ansiedade-estado dos adolescentes no momento da admissão são influenciadas pela perceção de vinculação aos pais.

Hipótese 2- Os níveis de ansiedade-estado dos adolescentes no momento da admissão são influenciadas pela perceção de autoeficácia.

Sem ter por base nenhum modelo, como referido anteriormente, mas pela necessidade de complementar melhor o nosso estudo, surgiram as hipóteses complementares, avaliando

1 a questão das expetativas sobre a qualidade global do serviço; a satisfação geral com o  
2 internamento; e a satisfação com a informação disponibilizada no momento de admissão,  
3 com ou sem PPPI:

4 Hipótese 1 - No momento da alta há diferença estatisticamente significativa entre o grupo  
5 submetido ao PPPI e o grupo de controlo, relativamente às expetativas sobre a qualidade  
6 global do serviço.

7 Hipótese 2 - No momento da alta há diferenças estatisticamente significativas entre o  
8 grupo submetido ao PPPI e o grupo de controlo relativamente à satisfação geral com o  
9 internamento.

10 Hipótese 3 - No momento da alta há diferenças estatisticamente significativas entre o  
11 grupo submetido ao PPPI e o grupo de controlo relativamente à satisfação com a  
12 informação disponibilizada.

13

### 14 **3. Metodologia**

15 Neste capítulo pretende-se referir os métodos que foram usados para responder à questão  
16 de investigação e às hipóteses formuladas. Será definida a amostra, os procedimentos e a  
17 descrição dos instrumentos utilizados com referência às suas propriedades psicométricas.  
18 Será ainda feita a descrição do programa utilizado como variável experimental.

19

#### 20 **3.1. Constituição da Amostra**

21 O nosso estudo foi realizado no Serviço de Ortopedia/ Neurocirurgia do HPC. Este  
22 possui duas unidades de internamento num total de 27 camas, sendo 22 de Ortopedia e  
23 cinco de Neurocirurgia. O serviço recebe crianças e adolescentes até aos dezoito anos,  
24 internados para cirurgia programada, de urgência, para tratamentos ou exames. A demora  
25 média é de cinco dias.

26 Durante o período definido para a realização do nosso estudo e que se enquadrou entre os  
27 dias 15 de Março e 30 de Junho de 2011, foram admitidos 233 utentes no serviço. Destes,  
28 111 tinham idades compreendidas entre os 10 e os 18 anos podendo ser integrados no  
29 nosso estudo. Em função dos critérios estabelecidos inicialmente e que descreveremos de  
30 seguida, acedemos a 60 indivíduos, o que corresponde a 54% da população elegível e a  
31 cerca de 5% dos 1212 casos atendidos no HPC durante o mesmo período.

1 A amostra foi constituída por todas as crianças e adolescentes (n= 60) internados  
2 consecutivamente no serviço de Ortopedia e Neurocirurgia do HPC durante o período  
3 definido e que cumpriam os seguintes critérios de inclusão:

- 4 1) Ambos os sexos;
- 5 2) Idade compreendida entre os 10 e os 18 anos;
- 6 3) Estarem acompanhados por um ou por ambos os pais;
- 7 4) Ausência de défices cognitivos significativos;
- 8 5) Clinicamente estáveis;
- 9 6) Nacionalidade portuguesa;
- 10 7) Admissões realizadas de segunda a sexta-feira durante o turno da manhã (8h-16h);
- 11 8) Previsão de período de internamento superior a 48h.

12

### 13 3.2. Procedimento

14 Após um primeiro contacto com a secretária clínica para a realização do registo de  
15 internamento foi solicitado aos intervenientes (pais, crianças, adolescentes) a colaboração  
16 no estudo. Assim, todas as crianças/ adolescentes (e pais) participantes assinaram um  
17 termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 1).

18 O estudo obedeceu às diretrizes e normas reguladoras de pesquisas, envolvendo seres  
19 humanos, foi autorizado pela direção da instituição onde foi realizado e foi aprovado pela  
20 comissão de ética.

21 Foi elaborado um requerimento e solicitada autorização oficial ao Presidente do  
22 Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Coimbra, à Direção de  
23 Enfermagem, ao Diretor do Serviço e à Enfermeira Chefe do Serviço para a realização do  
24 estudo. Desse pedido, constava ainda o âmbito e os objetivos do estudo. O despacho de  
25 autorização encontra-se em Anexo 2.

26 No caso de existir algum interesse por parte da instituição, propusemos desde o início,  
27 facultar o acesso às conclusões do trabalho.

28 Foi realizado um estudo quasi-experimental do tipo pré-teste/pós-teste com dois grupos  
29 homogéneos e com a manipulação da intervenção (PPPI) (variável independente), para  
30 avaliar os seus efeitos sobre a variável dependente (nível de ansiedade), tendo em conta a  
31 autoeficácia e a vinculação.

1 O estudo foi realizado com dois grupos de crianças e adolescentes internados no serviço  
2 de Ortopedia/Neurocirurgia do Hospital Pediátrico de Coimbra, um experimental e outro  
3 de controlo.

4 Os participantes foram alocados aleatoriamente para cada um dos grupos. Foi utilizado  
5 um saco opaco dentro do qual se encontravam dois cartões. Num estava escrito  
6 “Controlo” e no outro “Experimental”. Sempre que era admitida no serviço uma criança  
7 ou adolescente que cumprisse os critérios de inclusão, era pedido a um dos elementos da  
8 equipa de Enfermagem que retirasse do saco um dos cartões e em função do resultado, a  
9 criança ou adolescente integrava o grupo correspondente.

10 Quando um dos grupos atingiu um  $n = 30$ , manteve-se o procedimento até à conclusão do  
11 outro grupo.

12 Obtiveram-se dois grupos aleatórios, com igual número de participantes. Ao grupo  
13 experimental ( $n = 30$ ) foi aplicado o PPPI. Ao grupo de controlo ( $n = 30$ ) foi realizado o  
14 procedimento padrão da unidade.

15 Aos dois grupos foram aplicadas três escalas no momento da admissão no serviço ou nas  
16 primeiras oito horas de internamento: “Escala de Autoavaliação de Ansiedade de Zung”,  
17 aferida e validada para a população portuguesa por Serra, Ponciano & Relvas (1982); a  
18 “Escala de Avaliação da Vinculação em Adolescentes, validada para a população  
19 portuguesa por Ribeiro & Sousa (2002) e ainda a “Escala de Avaliação da Autoeficácia  
20 Geral, validada por Ribeiro (1995) (Anexo 3).

21 A “Escala de Autoavaliação de Ansiedade de Zung” foi aplicada novamente aos dois  
22 grupos até às 16h de internamento: ao grupo experimental após a realização da  
23 intervenção (PPPI); ao grupo de controlo após a realização do procedimento padrão da  
24 unidade.

25 Em função do que ocorresse primeiro, ao sétimo dia de internamento ou imediatamente  
26 antes da alta, foram colocadas algumas questões relacionadas com as expectativas sobre a  
27 qualidade global do serviço prestado, satisfação geral com o internamento e satisfação  
28 com a informação fornecida.

29 No quadro 1 podemos observar a representação esquemática do procedimento de recolha  
30 de dados.

31

32

1 *Quadro 1*2 *Esquematização do procedimento de recolha de dados*

	Primeiras 8h de internamento	Até às 16h de internamento	Ao 7º dia de internamento ou antes da alta
Grupo Experimental	Escala de Ansiedade Escala de Vinculação Escala de Autoeficácia	Teste de Ansiedade após PPPI	Questões sobre: expetativas sobre a qualidade global do serviço, satisfação geral com o internamento e satisfação com a informação disponibilizada.
Grupo de controlo	Teste de Ansiedade Teste de Vinculação Teste de Autoeficácia	Teste de Ansiedade após procedimento padrão da unidade	Questões sobre: expetativas sobre a qualidade global do serviço, satisfação geral com o internamento e satisfação com a informação disponibilizada.

3

4

## 5 3.3. Descrição dos instrumentos de avaliação utilizados

6 As técnicas utilizadas para avaliar o comportamento específico em situação de  
 7 internamento hospitalar foram a observação e o questionário, sendo este um método  
 8 simples e menos dispendioso que outros (Oliveira, 1994).

9 O questionário utilizado é composto por um conjunto de questões de caracterização  
 10 sociodemográfica e três escalas de autoavaliação: “Escala de autoavaliação de ansiedade  
 11 de Zung”; “Escala de Avaliação da Vinculação em Adolescentes” e a “Escala de  
 12 Avaliação de Autoeficácia geral”, tendo autorização do autor que realizou a adaptação e  
 13 validação para a população portuguesa destas duas últimas.

14

15 *Escala de autoavaliação de ansiedade de Zung*

16 A S.A.S. (*Self Anxiety Scale*) de Zung é uma escala de autoavaliação destinada a avaliar a  
 17 ansiedade-estado. Foi construída em 1971 por William Zung e foi validada para a  
 18 população portuguesa por Serra, et al. (1982).

19 É constituída por 20 itens configurando uma escala de tipo Likert com quatro opções de  
 20 resposta: “nenhuma ou raras vezes” - pontuação (1); “algumas vezes” - pontuação (2);



1 “uma boa parte do tempo” - pontuação (3) e finalmente “a maior parte ou a totalidade do  
2 tempo” - pontuação (4).

3 A escala é multifatorial sendo constituída por quatro componentes ou fatores, permitindo  
4 registar as variações da ansiedade ao nível “cognitivo”, “vegetativo”, “motor” e do  
5 “Sistema Nervoso Central”, dando ênfase aos aspetos somáticos, mas também ao humor,  
6 cognição, comportamento, entre outros (Andrade, & Gorenstein, 1998).

7 O *componente cognitivo* é composto pelas questões 1, 2, 3, 4 e 5, sendo a pontuação  
8 máxima obtida de 20 pontos. O *componente vegetativo* é formado pelas questões 10 a 18  
9 e a pontuação máxima obtida é de 36 pontos. O *componente motor* é composto pelas  
10 questões 6, 7, 8 e 9, sendo o valor máximo do componente de 16 pontos. Finalmente, o  
11 *componente do Sistema Nervoso Central* é representado apenas por duas questões, 19 e  
12 20, sendo o valor máximo a obter de 8 pontos.

13 Dos vinte itens, quinze exprimem níveis crescentes de ansiedade e cinco exprimem  
14 níveis decrescentes pelo que, na avaliação das pontuações obtidas, necessitam ser  
15 invertidos.

16 A pontuação total da escala pode variar entre os 20 e os 80 pontos. De acordo com Zung  
17 (1971), pontuações entre 20 e 44 compreendem “níveis normais de ansiedade”; entre 45 e  
18 59 “níveis suaves de ansiedade”; entre 60 e 74 “níveis severos de ansiedade” e entre 75 e  
19 80 “níveis extremos de ansiedade”. Assim, a pontuações mais elevadas correspondem  
20 maiores níveis de ansiedade.

21 A versão portuguesa da escala evidenciou bons níveis de fidelidade e de validade,  
22 permitindo obter um índice correspondente ao grau de ansiedade da pessoa, sendo este  
23 calculado, dividindo o *score* total obtido por 80 e multiplicando por 100. O valor  
24 encontrado pode ser interpretado como a percentagem da ansiedade medida pela escala  
25 (Ponciano, Serra, & Relvas, 1982).

26

### 27 *Escala de Avaliação da Vinculação em Adolescentes*

28 De acordo com Ribeiro e Sousa (2002, p. 69) o *Adolescent Attachment Questionnaire*  
29 (A.A.Q.) “...é um questionário desenvolvido com base na teoria e confirmado  
30 empiricamente *a posteriori* por recurso a meios psicométricos convencionais”.

31 O estudo da versão portuguesa do A.A.Q. considerou a versão final do estudo de West, et  
32 al. (1998). Os autores começaram por desenvolver itens para várias subescalas tomando

1 em consideração as dimensões “Disponibilidade” (*Availability*); “Zanga” (*Angry*  
2 *Distress*) e “Parceria Corrigida para Objetivos” (*Goal-corrected Partnership*)  
3 consideradas fundamentais por Bowlby (1973).

4 A “Disponibilidade” (*Availability*) propõe-se avaliar em que medida o adolescente tem  
5 confiança na figura de vinculação enquanto figura acessível e disponível, de um modo  
6 fiável, na maior parte das situações em que necessita dela.

7 A “Zanga” (*Angry Distress*) refere-se às respostas negativas, à perceção de  
8 indisponibilidade das figuras de vinculação.

9 A “Parceria Corrigida para Objetivos” (*Goal-corrected Partnership*) avalia quanto o  
10 adolescente tem em consideração as necessidades e sentimentos da figura de vinculação.

11 Foi desenvolvida uma escala com três dimensões e 15 itens por dimensão em que as  
12 respostas eram dadas numa escala ordinal de tipo Likert de cinco posições, variando de  
13 “concordo totalmente” a “discordo totalmente”.

14 O estudo da versão portuguesa do A.A.Q. designada “Escala de Avaliação da Vinculação  
15 em Adolescentes” foi realizado por Ribeiro e Sousa (2002) e resultou numa solução de  
16 três fatores (dimensões) (de três itens cada) com correlação item-fator  $> .50$  e coeficiente  
17 de fidelidade de  $.55$  a  $.72$  para as subescalas e de  $.77$  para a escala total. As respostas são  
18 dadas numa escala ordinal do tipo Likert de cinco posições.

19 À dimensão “Disponibilidade” correspondem os itens 2, 5 e 8; à dimensão “Zanga”  
20 correspondem os itens 1, 4 e 7 e à dimensão “Parceria Corrigida para Objetivos”  
21 correspondem os itens 3, 6 e 9. O *score* a obter em cada uma das subescalas pode variar  
22 entre 3 e 15 pontos e para o total da escala a pontuação variará entre 9 e 45 pontos.

23 A pontuação mais alta traduz melhores níveis de ajustamento exceto nos itens 1, 4 e 7  
24 que foram invertidos pelo que os melhores níveis de ajustamento correspondem a  
25 pontuações mais baixas.

26 A decisão dos itens a conservar foi orientada por considerações teóricas e psicométricas,  
27 nomeadamente, validade de conteúdo relativamente aos conceitos definidos, validade  
28 discriminante e convergente, consistência interna e teste-reteste (Ribeiro, & Sousa,  
29 2002).

30 Alguns autores criticam o facto da avaliação da vinculação (da representação da  
31 vinculação no caso dos participantes do nosso estudo) ser realizada através de  
32 “questionários de autoavaliação”. Os autores referem que estes instrumentos só

1 apreenderiam as componentes conscientes das mesmas, no entanto justificam que possam  
2 ser uma opção válida, tendo em conta as correlações com instrumentos que incluem  
3 entrevistas clínicas ou com anteriores avaliações de observações comportamentais das  
4 relações com os pais (Machado, & Oliveira, 2007).

5

#### 6 *Escala de Autoeficácia Geral*

7 A teoria da autoeficácia (AE), apresentada por Bandura em 1977, representa uma das  
8 variáveis mais importantes, emergidas nos últimos anos, nas áreas específicas da  
9 promoção e proteção da saúde, bem como na prevenção e reabilitação das doenças.

10 A autoeficácia refere-se ao juízo pessoal que os indivíduos fazem acerca de quanto são  
11 capazes de organizar e implementar atividades, em situações desconhecidas, passíveis de  
12 conter elementos ambíguos, imprevisíveis e geradores de stress (Ribeiro, 1995).

13 A “Escala de Autoeficácia Geral” de Ribeiro (1995) resulta da adaptação e validação  
14 para a população portuguesa da “*Self-Efficacy Scale*” de Sherer, et al. (1982), que  
15 constitui uma medida de autoeficácia geral.

16 O instrumento original era composto por 23 itens conservados após tratamento estatístico  
17 de uma *poule* original composta por 36 itens, escolhidos com base na validade de  
18 conteúdo. Os itens foram agrupados em dois fatores designados de “autoeficácia geral”  
19 com 17 itens e “autoeficácia social” com 6 itens. As respostas eram dadas numa escala de  
20 tipo Likert de catorze intervalos.

21 O estudo de adaptação realizado processou-se em dois momentos: o estudo piloto com  
22 128 sujeitos e o estudo definitivo com 609 sujeitos com distribuição homogénea em  
23 termos de género e resultou num instrumento composto por 15 itens e uma solução  
24 fatorial de três fatores, explicando 52,9% da variância total.

25 A subescala definida pelo primeiro fator “Iniciação e persistência” qualifica a apreciação  
26 que o indivíduo faz acerca da sua vontade para iniciar e completar uma ação e integra os  
27 itens 1, 5, 6, 7, 14 e 15.

28 A subescala definida pelo segundo fator “Eficácia perante a adversidade” avalia a  
29 vontade para persistir numa atividade em situações que são adversas. Nela são integrados  
30 os itens 2, 4, 8, 9 e 12.

31 A subescala definida pelo terceiro fator “Autoeficácia social” avalia as expetativas  
32 perante situações sociais e integra os itens 3, 10, 11 e 13.

1 Na versão adaptada utilizou-se uma escala ordinal de tipo Likert de 7 pontos, variando de  
2 “discordo totalmente” a “concordo totalmente”, onde as pontuações obtidas variam de 15  
3 a 105 pontos e podem ser utilizadas como um perfil das diferentes subescalas ou como  
4 uma nota global.

5 Acerca da pontuação da escala, os itens de construção negativa (1, 2, 6, 11 e 13)  
6 permanecem com o mesmo valor enquanto os restantes, de construção positiva,  
7 necessitam de ser invertidos. O somatório dos valores obtidos traduz o nível de  
8 autoeficácia por dimensão e total. Quanto mais baixa a pontuação, menor a percepção de  
9 eficácia.

10 A escala apesar de utilizar menos itens do que o questionário original e de ver alterada a  
11 sua estrutura fatorial, evidencia melhores propriedades psicométricas e constitui-se como  
12 um instrumento adequado para avaliação da autoeficácia.

13

#### 14 3.4. Propriedades psicométricas dos instrumentos de avaliação

15 Para ser considerado útil, um instrumento deve ter propriedades psicométricas  
16 adequadas, como sejam a validade e a fidelidade (Montoya, 2003).

17 Boas qualidades psicométricas de um instrumento de medida garantem-nos que as  
18 variáveis são medidas sem erro ou com garantia de fiabilidade e permitem-nos avaliar a  
19 generalização que os resultados poderão alcançar.

20 Os estudos de validade abrangem três aspetos fundamentais: validade de conteúdo;  
21 validade de critério; e validade de construto (Fortin, 2003). Dentro destes, a validade de  
22 construto subordina todas as outras e procura encontrar resposta para a seguinte questão:  
23 “em que medida o instrumento mede realmente o construto que pretende medir?”. Neste  
24 contexto, a validade de construto nunca é provada, é simplesmente aceite, dado que as  
25 provas a favor se evidenciam como superiores às provas contrárias (Fortin).

26 Os estudos de fidelidade dizem-nos algo sobre o grau de confiança ou exatidão que  
27 podemos ter na informação obtida. Avaliam a estabilidade temporal e a consistência  
28 interna ou homogeneidade dos itens (Ferreira, & Marques, 1998).

29 Entende-se por consistência interna o grau de coerência e de homogeneidade entre as  
30 respostas do sujeito a cada um dos itens de um teste quando aplicado num determinado  
31 momento. Por outras palavras, avalia o grau em que a variância do resultado global do  
32 teste está associada ao somatório das variâncias item a item (Almeida, & Freire, 2000).

1 O quadro 2 mostra-nos os valores de consistência interna dos três instrumentos utilizados  
 2 no nosso estudo. Os valores apresentados referem-se ao estudo atual comparativamente  
 3 com os estudos originais de validação dos instrumentos para a população portuguesa.  
 4 Um dos métodos mais utilizados para a análise de consistência interna é o cálculo do  
 5 coeficiente Alfa de Cronbach (Anastasi, 1990; Polit, & Hungler, 1995; Ribeiro, 1999).  
 6 Relativamente à “Escala de Avaliação da Autoeficácia Geral” e à “Escala de Avaliação  
 7 da Vinculação em Adolescentes”, os dados apresentados referem-se a valores de Alfa de  
 8 Cronbach. No nosso estudo, em ambas as escalas, tanto para as dimensões como para a  
 9 escala total, os valores podem ser considerados satisfatórios com exceção das subescalas  
 10 “Eficácia social” e “Zanga” onde os valores são modestos. Porém, se analisarmos o  
 11 número de itens de cada uma das subescalas verificamos que são compostas por quatro e  
 12 três itens respetivamente, podendo este dado justificar os valores encontrados. Como nos  
 13 refere Fortin (2003), o  $\alpha$  está relacionado com o número de enunciados de uma escala.  
 14 De acordo com Murphy e Davidshoper (1991), um número reduzido de itens ou baixas  
 15 correlações entre eles pode contribuir para a redução do valor de consistência interna.

16

17 *Quadro 2*18 *Valores do coeficiente de consistência interna dos instrumentos utilizados*

Escalas	Estudo atual	Estudo original
Escala de Autoavaliação de Ansiedade de Zung		
Escala total	.514** (.758*)	.625**
Escala de Avaliação da Autoeficácia Geral		
Iniciação e persistência	.762*	.800*
Eficácia perante a adversidade	.730*	.800*
Eficácia social	.582*	.600*
Escala total	.822*	.840*
Escala de Avaliação da Vinculação em Adolescentes		
Parceria corrigida para objetivos	.656*	.700*
Disponibilidade	.707*	.720*
Zanga	.504*	.550*
Escala total	.776*	.770*

19

\*\*valores de  $r$ : método *split half*; \*Valores de Alfa de Cronbach

1 Relativamente à “Escala de Autoavaliação da Ansiedade de Zung”, podemos observar os  
2 valores de correlação ( $r$ ) obtidos pela aplicação do método de bipartição (*split half*),  
3 método utilizado no estudo original, pelo que também o utilizámos no nosso estudo.  
4 Obteve-se em ambos os casos um valor de correlação positivo e bastante significativo.  
5 Estes resultados evidenciam uma consistência interna elevada, boa homogeneidade e  
6 consequentemente uma boa capacidade da escala para medir o mesmo atributo.  
7 Em suma, os valores encontrados, para além de satisfatórios, são muito semelhantes aos  
8 dos estudos originais.

9

#### 10 **4. Programa de Preparação Psicológica para o Internamento (PPPI)**

11

##### 12 *Justificação do PPPI*

13 Tendo em conta o Plano Nacional de Saúde, 2011-2016 (no ponto 4.6 do mesmo  
14 documento) é fulcral elaborar e implementar normas de orientação clínica (NOC) que se  
15 destinam a apoiar o profissional de saúde e/ou o doente na tomada de decisões acerca de  
16 intervenções ou cuidados de saúde (Roque, 2007, citado por Campos, & Carneiro, n.d.).  
17 Para os sistemas de saúde, as NOCs melhoram a eficiência dos serviços, estabelecem  
18 padrões comparativos de qualidade dos cuidados e otimizam recursos (Campos, &  
19 Carneiro, n.d.).

20 É igualmente importante promover a participação e o *empowerment* dos doentes (ponto  
21 4.9), neste sentido será necessário maior democratização da informação; reconhecimento  
22 dos utentes, por parte dos profissionais, como sujeitos no processo do cuidado com a  
23 saúde e não somente como objeto de práticas e prescrições; consciencialização dos  
24 utentes quanto aos seus direitos e ao seu papel na defesa dos próprios interesses, sendo  
25 que a evidência mostra bons *outcomes* em saúde com as estratégias de *empowerment*  
26 (Campos, & Carneiro, n.d.).

27 De acordo com Rutter, citado por Barros (1999), é fundamental dar valor ao  
28 desenvolvimento da criança/ adolescente e à preparação prévia para o internamento e/ou  
29 para o procedimento invasivo, dois aspetos que estão relacionados com os processos de  
30 significação que a criança/ adolescente é capaz de desenvolver sobre a doença e a  
31 hospitalização.

1 Sendo que vamos no sentido do Plano Nacional de Saúde e do respeito e valorização dos  
2 utentes propomos o Programa de Preparação Psicológica para o Internamento (PPPI).  
3 Este tornou-se a nossa variável experimental (independente), aplicado ao grupo  
4 experimental.

5 Com este programa pretendemos favorecer uma relação de compromisso com a criança/  
6 adolescente (e família), onde o psicólogo esclarece o que pode ajudar a diminuir a  
7 ansiedade, o medo e a dor; como ser mais auto eficaz consigo próprio e na relação com  
8 os outros profissionais de saúde, ou outros, como sejam os companheiros de quarto; e  
9 como manter a vinculação à família, procurando a disponibilidade dos pais, respeitando-  
10 os como pessoas, procurando corresponder às expetativas e satisfação de ambos.

11 Com este propósito, a intervenção (que se pretende validar) é baseada num programa  
12 psicoeducativo, aplicado no momento da admissão. É disponibilizada informação e  
13 ensino de técnicas cognitivas e comportamentais com a possibilidade de instrução e  
14 treino de algumas, tendo em conta as necessidades, o conhecimento e a evolução da  
15 doença, os tratamentos e as consequências da não adesão ao tratamento, de forma que a  
16 criança/ adolescente e família possam ter maior autonomia e um papel mais ativo durante  
17 o internamento, acreditando que conhecendo e compreendendo melhor todo o processo  
18 haverá maior adaptação e adesão às prescrições dos técnicos, logo com maior  
19 tranquilidade, menor ansiedade e maior satisfação.

20

### 21 *Descrição do PPPI*

#### 22 **Objetivos:**

23 - Diminuir as incertezas acerca do internamento.

24 - Diminuir a ansiedade.

25 - Favorecer maior controlo da situação de internamento às crianças/ adolescentes e  
26 família.

27 - Favorecer a confiança entre famílias e prestadores de cuidados (Justus, et al., 2006).

#### 28 **Organização dos conteúdos:**

29 O Programa teve por base a fundamentação teórica descrita anteriormente, tendo algumas  
30 adaptações à realidade da unidade hospitalar.

1 Num primeiro momento optou-se pela componente relacional seguida pelas questões do  
2 conhecimento, tendo em conta cada criança/ adolescente, pai ou mãe e posteriormente  
3 pela aprendizagem de confronto emocional, consoante as necessidades individuais.

4 A sessão (única) teve por base um modelo colaborativo. A intervenção, com um tempo  
5 estimado de 20-25 minutos, seguiu uma determinada sequência e uma estrutura não  
6 rígida. A intervenção deve ser “breve” (Donker, et al., 2009), suficientemente informal,  
7 possibilitando dar resposta a questões imediatas, na construção de uma relação apoiante,  
8 recíproca e não culpabilizante, fundamentada numa metodologia com componentes  
9 afetivos, cognitivos e comportamentais (Thompson, Grow, Ruma, Daly, & Burke, 1993).

10 A dinamização do programa exige que seja um técnico com formação em Psicologia e  
11 familiarizado com a especificidade da unidade hospitalar.

12 Tendo em conta a estruturação definida, o programa poderá ser implementado noutros  
13 contextos hospitalares, desde que reúnam as condições físicas e técnicas necessárias.

14 O programa (intervenção psicoeducativa) baseia-se em quatro pontos principais:

15 A- Pressupostos;

16 B- Recolha de informação e observação geral breve;

17 C- Tipo de informação fornecida;

18 D- Controlo emocional.

19

#### 20 **A- Pressupostos**

21 1. Nesta situação concreta o programa é realizado em contexto hospitalar no  
22 momento de admissão ao internamento (Anderson, & Collier, 1999; Doca, &  
23 Junior, 2007; Joyce-Moniz, & Barros, 2005) (considerando as primeiras oito  
24 horas de internamento).

25 2. É realizado com crianças/ adolescentes (Arnett, 1999; Machado, 1999), 10-18  
26 anos e os seus pais (Doca, & Junior, 2007).

27 3. O programa exige a obtenção do consentimento informado da criança/  
28 adolescente e dos seus pais (Doca, & Junior, 2007), onde se explica em que  
29 consiste o programa, os objetivos e a metodologia.

30 4. O técnico apresenta-se pelo nome e a criança/ adolescente (e família) é tratada  
31 pelo nome (preferido) (Doca, & Junior, 2007).



1 5. Os pais podem tomar a decisão partilhada de colaboração mútua (Barros, 1999;  
2 Cavender, et al., 2004; Doca, & Junior, 2007; Dodgson, et al., 2000). Facilitando  
3 o diálogo entre os profissionais e os pais, abrem-se vias mais construtivas e  
4 eficazes (Barros, & Santos, 2006) de tomada de decisões. Também se destaca a  
5 importância do fortalecimento do vínculo equipa, criança/ adolescente e  
6 familiares no processo de internamento.

7 A equipa, madura para essa comunicação, tende a adquirir a contribuição da  
8 família nos cuidados com a criança/ adolescente, o que contribui para uma melhor  
9 qualidade de cuidados e um processo de recuperação mais efetivo (Calvetti, et al.,  
10 2008).

11 6. A comunicação é adequada ao desenvolvimento cognitivo e emocional (Doca, &  
12 Junior, 2007), evitando o humor *adultocêntrico* (Barros, 1998; 1999).

13 7. No programa é valorizada a comunicação não-verbal: postura do corpo: (respeito  
14 pelo espaço pessoal); utilização de expressões faciais (retro informação); contacto  
15 ocular (procura de *feedback*); maneios da cabeça (encorajamento); jogo de  
16 músculos faciais (espelho de sentimentos); movimentos e gestos; características  
17 verbais e vocais (tom e ritmo); e a capacidade de escuta (emoções e sentimentos).  
18 O olhar, o toque, a palavra, são integrados nos procedimentos necessários ao  
19 cuidado à criança/ adolescente, sendo elementos importantes na recuperação da  
20 saúde. No ambiente hospitalar o profissional necessita da competência técnica  
21 integrada à sensibilidade na prestação de cuidados (Calvetti, et al., 2008).

22 8. É realizado numa sala própria para o efeito: sala ampla, com marquesa, mesa,  
23 quatro cadeiras, leitor de CD e computador, num local sem ruídos, confortável e  
24 agradável (Doca, & Junior, 2007), num ambiente acolhedor e informal.

25 9. Os registos das informações obtidas são realizados em computador perante a  
26 criança/ adolescente e família num ícone de “Avaliação Inicial” estruturada (com  
27 acesso a SAM – sistema de apoio ao médico e SAPE – sistema de apoio à prática  
28 de Enfermagem).

## 29 **B- Recolha de informação e observação geral breve**

30 1. Iniciar uma relação de ajuda, numa escuta ativa e empática (Doca, & Junior,  
31 2007), de forma que a criança/ adolescente verbalize as suas crenças mais  
32 negativas e expresse as suas emoções (Grilo, & Pedro, 2005), com a finalidade de  
33 uma relação terapêutica (Goldman, Whitney-Saltiel, Granger, & Rodin, 1991;

- 1           Gonçalves, s.d; Swanson, et al., 2010). Esta fase é crucial para a motivação e  
2           adesão ao programa.
- 3           2. Esclarecer dúvidas imediatas, mostrando disponibilidade, fornecendo  
4           informações concretas sobre as preocupações (Joyce-Moniz, 2005), de forma a  
5           ensinar a controlar as incertezas sobre o internamento (Pereira, 2005).
- 6           3. Recolher informações sobre as expetativas quanto ao internamento, da criança/  
7           adolescente e família (Doca, & Junior, 2007; Joyce-Moniz, 2005), anotando  
8           preocupações (Pereira, 2005).
- 9           4. Recolher informações sobre o nível de adesão ao tratamento (Doca, & Junior,  
10          2007).
- 11          5. Recolher informações sobre os recursos de confronto à hospitalização (Doca, &  
12          Junior, 2007).
- 13          6. Recolher informações sobre a história da criança/ adolescente (e família) (Doca,  
14          & Junior, 2007).
- 15          7. Analisar medos (medo do desconhecido - pessoas, materiais, equipamentos,  
16          espaços, momentos, sons; - medo de fazer análises; - medo de morrer; - medo de  
17          ficar sozinho; - do escuro... ou outros que poderão ocorrer durante o tempo  
18          passado no hospital) e ansiedades (Barros, 1999).
- 19          8. Recolher informações sobre a história da doença (Andrade, 1999; Colom, &  
20          Vieta, 2004).
- 21          9. Nas crianças/ adolescentes e famílias com doença crónica: identificar os recursos,  
22          áreas de funcionalidade, competência, resiliência e sucesso, de forma a facilitar a  
23          utilização de soluções autónomas, generalizáveis e adequadas individualmente  
24          (Patterson, 1995, citado por Barros, 1999).

### 25          **C- Tipo de informação fornecida**

- 26          1. A informação é adaptada às necessidades individuais da criança/ adolescente e  
27          família, garantindo coerência (Barros, 1999; Moro, & Módolo, 2004).
- 28          2. A informação é doseada, coerente, consistente e sequencial (Barros, 1998, 1999;  
29          Doca, & Junior, 2007; Joyce-Moniz, 2005; Mendes, et al., 2005; Teixeira, &  
30          Figueiredo, 2009).

1 3. A informação é clara sobre quem dá determinada informação no hospital, de  
2 forma a esclarecer alguns pontos duvidosos.

3 4. A informação pretende familiarizar a criança/ adolescente e família com a  
4 situação de hospitalização (Cavender, et al., 2004; Franck, & Jones, 2003;  
5 Martins, et al., 2001; World Health Organization, 1993; citados por Doca, &  
6 Junior, 2007).

7 5. A informação deve ser validada posteriormente de forma a evitar mal-entendidos  
8 e corrigir crenças distorcidas sobre as preocupações (Pereira, 2005).

9 6. Avança-se para o passo seguinte, caso se identifique interesse e capacidade  
10 cognitiva formal das crianças/ adolescentes.

#### 11 **D- Estratégias de intervenção para o controlo emocional**

12 Pretende-se obter controlo emocional de acordo com: técnicas cognitivas que buscam a  
13 modificação do auto diálogo gerador de ansiedade; técnicas comportamentais que  
14 consistem em fornecer as instruções comportamentais específicas à criança/ adolescente  
15 que facilitem a sua recuperação, exigindo a sua colaboração ativa e as técnicas  
16 combinadas destas duas (Gaudêncio, et al., 2000).

#### 17 **Técnicas cognitivas:**

18 1. Informação selecionada (Barros, 1999) apresentada por escrito, num dossier<sup>1</sup>  
19 (Doca, & Junior, 2007):

#### 20 *Informação a dar à criança/ adolescentes e aos pais*

21 - Informação sobre o espaço físico da unidade de internamento (com apresentação  
22 primeiro em fotos e no final do programa com visita guiada) e de uma forma mais  
23 genérica sobre o espaço físico do hospital, especialmente de serviços a que podem  
24 recorrer, nomeadamente o Bloco Operatório e/ou Ludoteca, em especial o espaço  
25 pedagógico do “Hospital sem Medos”. Neste, as crianças/ adolescentes podem manipular  
26 os diferentes materiais com os quais poderão contactar (e.g. sondas, ligaduras, gesso,  
27 oxímetros, dinamaps).

28 - Informação básica sobre os elementos da equipa (com apresentação em foto de equipa  
29 especialmente dos elementos responsáveis) e das funções inerentes a cada profissional,  
30 identificando-os pela cor das fardas e respetivas metodologias de trabalho, cuidados em  
31

---

<sup>1</sup> Para consulta contactar a autora: dc.maiorca@sapo.pt

- 1 parceria, papel parental, cuidados pré-operatórios, horários de refeições, higiene pessoal,  
2 horários de visitas e atividades escolares e de lazer.
- 3 - Informação sobre as particularidades de outras crianças com quem vai conviver,  
4 especialmente as do mesmo quarto e de crianças com a mesma patologia (Bergmann, &  
5 Freud, 1978).
- 6 - Informação sobre rotinas de funcionamento, rotinas médicas (visita médica e consultas)  
7 e de Enfermagem e atividades desenvolvidas no serviço (Barros 1999; Doca, & Junior,  
8 2007).
- 9 - Informação sobre procedimentos a realizar, medir a temperatura e tensão arterial,  
10 exames complementares de diagnóstico, punções venosas, ... (Joyce-Moniz, & Barros,  
11 2005).
- 12 - Informação sobre alguns projetos hospitalares, nomeadamente o relacionado com a dor.
- 13 - Informação sobre direitos (Barros, 1999) e deveres das crianças/ adolescentes e  
14 acompanhantes.
- 15 - Informações sobre sintomas, etiologia, tratamento e curso da doença de forma  
16 verdadeira e repetida (Andrade, 1999; La Montagne, 1987, citado por Joyce-Moniz,  
17 2005).
- 18 - Informações sobre outros serviços do hospital a que podem recorrer e organizações que  
19 colaboram com o hospital.
- 20 - Informações sobre contactos do hospital e do serviço.
- 21 *Informação específica a dar aos pais*
- 22 - Documentação necessária para o internamento.
- 23 - Sem ignorar, mas sem desdramatizar, os pais são informados que devem facilitar a  
24 aceitação da doença se aceitarem a ideia de um filho doente, se modificarem as  
25 expectativas, projetos e rotinas; se ajudarem o filho a aceitar a sua doença, nas suas  
26 limitações e tratamentos; e se mantiverem algum equilíbrio nas outras áreas da sua vida  
27 enquanto pessoas (cônjuges, amigos, profissionais entre outras).
- 28 São bons modelos de confronto para os filhos os pais que são capazes de procurar e  
29 trabalhar informação, de manter uma atitude otimista, de estabelecer metas razoáveis, de  
30 reconhecer pequenos progressos e de encontrar um sentido positivo para as suas  
31 experiências. Logo, são estes que vão dar um maior apoio e incentivo aos filhos (Barros,

1 1999), facilitando desta forma a adaptação da família à doença (Pfefferbaum, 1990;  
2 Rowland, 1990, citados por Grilo, & Pedro, 2005).

3 - Na resolução de problemas concretos opta-se pela promoção de expectativas de eficácia  
4 e controlo e de atribuições de paciência, persistência e criatividade.

5 - No confronto entre significações diferentes, importa refletir sobre o alcance e limites do  
6 papel parental, seja para o pai, seja para a mãe, discutir significações de outros pais reais  
7 ou imaginados, tentar compreender as emoções e os pensamentos do filho, antecipar  
8 problemas, ensaiar alternativas de soluções e inventariar possíveis consequências,  
9 tomando consciência de que “bons cuidados” é subjetivo e global, atendendo sempre  
10 tanto às necessidades físicas como psicológicas (Barros, & Santos, 2006).

11 - Na preparação para a alta e encaminhamentos (Doca, & Junior, 2007) questionar: a  
12 criança/ adolescente já é autónoma (idêntico ao que era antes do internamento)? Há  
13 cuidadores disponíveis no domicílio capazes de prestar ajuda necessária? Existem outras  
14 pessoas dependentes na mesma casa? O cuidador principal é saudável? E existem  
15 recursos financeiros adequados aos cuidados em casa, além das condições físicas e  
16 materiais? (Joyce-Moniz, & Barros, 2005).

17

18 2. Técnicas de reestruturação cognitiva com autoinstruções e auto verbalizações (Doca,  
19 & Junior, 2007; Odriozola, 2001; Quiles, & Carrillo, 2000; Roberts, 2003).

20 Aqui a intervenção visa prioritariamente a modificação das cognições que mantêm as  
21 reações de dor, medo, ansiedade e depressão, além de algumas ideias irracionais sobre a  
22 hospitalização, a cirurgia e as suas consequências. São substituídas verbalizações  
23 automáticas e negativas de medo, ansiedade, antecipação de sofrimento e desejo de fuga,  
24 por instruções em que a criança/ adolescente se diz a si mesma para se distrair, pensar  
25 que o procedimento vai durar pouco ou no vai acontecer a seguir (Joyce-Moniz, &  
26 Barros, 2005).

27

28 3. Autocontrolo de reações emocionais e instrumentais (*e.g.* ansiedade excessiva),  
29 (Doca, & Junior, 2007; Joyce-Moniz, 2005), confronto concreto e vivência de  
30 experiências adaptativas/ positivas: aprendizagem de técnicas de confronto (favorecer  
31 a compreensão do sujeito da importância do confronto real com o meio e/ ou a  
32 aquisição de aptidões de confronto com o meio (hospitalar) e/ou com o medo)

1 (Anderson, & Collier, 1999; Doca, & Junior, 2007; Mendes, et al., 2005; Quiles, &  
2 Carrillo, 2000; Soares, & Bomtempo, 2004;), permitindo o choro e comportamentos  
3 de negação (Neirahuerta, 1996).

4  
5 4. Imaginação guiada (Joyce-Moniz, & Barros, 2005), verificando em que medida a  
6 criança/ adolescente usa a sua imaginação, explicando a metodologia e  
7 envolvendo-a na tomada de decisão sobre a utilização da metodologia  
8 (McCaffery, 1979, citado por Joyce-Moniz, 2005) de acordo com um Guião<sup>2</sup>  
9 (adaptado de Young, Klosko, & Weishaar, 2003):

10 «Vamos usar a **imaginação** para te ajudar a relaxar. Se quiseres, podes fechar os olhos,  
11 talvez te ajude a viajar para um lugar bem longe daqui e de que gostes muito. Começa  
12 por imaginar que estás muito contente, feliz, satisfeito(a) e bem-disposto(a). Imagina que  
13 estás a fazer algo que gostas muito.

14 Onde é que estás? Imagina o que consegues ver, olha à tua volta e diz para ti próprio(a)  
15 todas as coisas que gostas de ver nessa situação... as cores que tem, os movimentos que  
16 fazem...Agora vais ouvir os vários sons que há nesse local e que gostas, fazem-te sentir  
17 bem, repara se são fortes ou suaves, agudos ou graves, leves...

18 E cheiros...estás a sentir algum? Quais são os cheiros que mais gostas nessa situação?  
19 Fica com eles no nariz e deixa-te navegar nesse momento... Também é capaz de haver  
20 sabores, de conseguires saber a que é que sabe a tua boca, de juntar a esse belo momento  
21 os sabores daquilo que mais gostas...saboreia com todo o tempo e... Deixa-te ficar a  
22 olhar, ouvir, sentir... se está frio, calor, morno...se estás a tocar em alguma coisa, se  
23 sentes algo na pele, como é essa sensação? Junta todas essas coisas e deixa-te estar a ver  
24 o filme da situação que escolheste, enquanto te apetecer... repara como é bonita,  
25 agradável, como é que te sentes quando olhas para tudo isso. Ouve esses sons, cheiras  
26 esses perfumes...saboreias coisas boas e estás bem, confortável...

27 Termina-se a sessão, pedindo à criança/ adolescente para abrir os olhos e em seguida  
28 perguntar: “Como foi a experiência para ti?”»

29  
30 5. Distração: as rotinas mais complexas de distração implicam que o técnico utilize  
31 os seus dotes de dramatização, estimule a curiosidade, introduza a surpresa, de

---

<sup>2</sup> Para consulta contactar a autora: dc.maiorca@sapo.pt

1 modo a manter a atenção da criança/ adolescente presa em estímulos diferentes  
2 (Joyce-Moniz, & Barros, 2005).

- 3
- 4 6. Estratégias de prevenção e controlo da dor: com preparação e informação para  
5 procedimentos dolorosos ou assustadores que permita à criança/ adolescente (e  
6 pais), ter uma orientação positiva e ganhar algum sentido de segurança, tendo em  
7 conta as expetativas e as construções da criança/ adolescente, no sentido de obter  
8 alguma sensação de controlo sobre a situação ou sobre o estímulo doloroso  
9 (Barros, 1999).

10 Tendo em conta as expetativas eram identificadas estratégias de prevenção e controlo da  
11 dor propondo questionar: Como são as minhas dores? Qual a sua frequência e duração?  
12 Quando é que ocorrem? Quando é que pioram? Tenho razão em me queixar? O que faço  
13 para aliviar as dores? Penso nas alternativas aos analgésicos? Que alternativas tenho?  
14 Qual delas surte mais efeito? Tenho medo da dor? Posso aceitar alguma dor? (McGrath,  
15 Finley, Ritchie, & Dowden, 2003).

16

17 **Técnicas comportamentais:**

- 18 1. Relaxamento (Barros, 1999; Doca, & Junior, 2007; Swanson, et al., 2010). Treino  
19 de relaxamento ativo (ou criativo) (leitor de CD), diferenciando sensações de  
20 forma alternada de tensão e relaxamento de grupos musculares.

21 Os adolescentes são informados que podem utilizar o CD em qualquer situação,  
22 preferencialmente antes dos procedimentos que sugerissem dor (punções venosas ou  
23 realização de tratamentos de feridas) (Doca, & Junior, 2007), antes de ir para o Bloco  
24 Operatório e na situação de insónias (Barros, 1999). O conteúdo do CD, suportado com  
25 som<sup>3</sup> de fundo, descreve-se de seguida (adaptado de Koeppen, 1974 e 1997):

26 Instruções: (deitado na marquesa):

27 «Existem algumas regras que debes seguir para conseguires bons resultados com estes  
28 exercícios. Deves fazer exatamente o que eu disser, mesmo que por vezes te pareça um  
29 pouco idiota. Deves esforçar-te por fazer o que eu disser. Deves tomar atenção ao teu  
30 corpo. Ao longo destes exercícios toma atenção à forma como os teus músculos se

---

<sup>3</sup> Para consulta contactar a autora: dc.maiorca@sapo.pt

1 sentem quando estão tensos e quando estão soltos e relaxados. Deves praticar, quanto  
2 mais praticares mais relaxado te sentirás.

3 Queres fazer alguma pergunta? Estás pronto para começar? Muito bem. Primeiro sente-te  
4 o mais confortavelmente possível, deixa os teus braços caírem soltos ao longo do corpo.  
5 Muito bem, fecha os olhos e não abras enquanto eu não disser. Não te esqueças de seguir  
6 as minhas instruções rigorosamente.

7 (Mãos e Braços) Imagina que tens um limão inteiro na tua mão direita. Agora espreme-o  
8 com força. Tenta espremer todo o sumo. Sente a tensão na tua mão e no teu braço  
9 enquanto espresmes. Agora deixa cair o limão. Repara como os teus músculos se sentem  
10 quando estão relaxados. Pega noutro limão e espreme-o, tenta espremer com mais força  
11 do que o primeiro. Muito bem. Com força. Agora larga o limão e relaxa. Repara como a  
12 mão e o braço estão melhor quando estão relaxados. Uma vez mais, pega noutro limão  
13 com a tua mão direita e espreme-lhe o sumo todo. Não deixes uma só gota. Espreme-o  
14 bem. Assim mesmo. Agora relaxa e deixa cair o limão. (Repetir o processo para a mão  
15 esquerda).

16 Depois: (Braços e Ombros), (Ombros e Pescoço), (Maxilar), (Cara e Nariz), (Estômago),  
17 (Pernas e Pés)

18 Conclusão: ...deixa que o teu corpo se torne mole e sente os teus músculos relaxados.  
19 Daqui a alguns minutos vou pedir-te que abras os olhos... Agora muito devagar, abre os  
20 olhos e sacode os músculos. Muito bem. Fizeste um bom trabalho...».

21

22 2. Modelagem de atitudes de cooperação com os tratamentos (Bandura, 1971;  
23 Odriozola, 2001, citado por Joyce-Moniz, 2005): confronto ativo, através do uso  
24 da distração (Joyce-Moniz, & Barros, 2005), como por exemplo: técnica da  
25 terceira pessoa; contar histórias; biblioterapia; três desejos; jogo de associação de  
26 palavras; prós e contras; e brincadeiras (“guidance and teaching”, Vygotsky  
27 1896-1934).

28 Primeiro é dada alguma informação sobre a necessidade do comportamento alvo (Ex:  
29 punção venosa) e suas vantagens. A seguir é decomposto o comportamento alvo  
30 desejável em várias etapas de aproximação sucessiva. Depois, define-se a primeira  
31 aproximação (ficar quieto/a na cadeira) e aplica-se um reforço (por exemplo um elogio).  
32 A seguir, passa-se para a aproximação seguinte (deixar colocar o garrote) e assim



1 sucessivamente (deixar puncionar a veia com agulha, deixar aspirar o sangue) até à  
2 realização do comportamento terminal (tirar a agulha, aplicar compressa com álcool e  
3 colocar um penso rápido). Depois da apresentação do modelo (de enfrentamento, em vez  
4 de mestria), passa-se à prática comportamental ao vivo seguido de um relato de auto-  
5 observação (Gonçalves, n.d.).

6  
7 3. Em situações de não cooperação é utilizado o contrato comportamental (Barros,  
8 1999). O comportamento é controlado pelas suas consequências, quando  
9 positivas, o comportamento tende a manter-se e a repetir-se; quando negativas, o  
10 comportamento tende a enfraquecer e desaparecer. Este racional operante implica  
11 um elevado grau de bom senso e cuidado, e deve ser combinado com estratégias  
12 de confronto positivas: estratégias de reforço, valorizando as atitudes de controlo  
13 e de colaboração com aceitação de limites. Na adolescência, o uso de confronto  
14 ativo e centrado no problema é o mais eficaz e este apela para operações  
15 cognitivas e dialéticas de transformação de significado exigente (Barros).

16  
17 4. Por fim, há validação da informação, com indicação de aspetos a serem revisados,  
18 incluídos num folheto informativo para a criança/ adolescente (Doca, & Junior,  
19 2007), cujo conteúdo<sup>4</sup>, além do Guião de Imaginação Guiada é:

20  
21 *No Hospital:*

22 - Todos os profissionais estão empenhados em cuidar bem de mim e em resolver a minha  
23 situação o mais rápido possível.

24 - Há um médico responsável pela minha situação e em cada turno de Enfermagem existe  
25 também um enfermeiro responsável por mim.

26 - Serei sempre informado de todos os procedimentos e da evolução da situação, a não ser  
27 que recuse.

28 - Os meus pais podem estar sempre comigo e ficam identificados com um cartão que  
29 voltam a entregar no momento da alta, entre as 23 e as 7h só permanece um comigo.

30 - Os meus pais podem colaborar nos cuidados desde que desejem, se sintam à-vontade e  
31 desde que sejam ensinados, instruídos e treinados pelos profissionais.

---

<sup>4</sup> Para consulta contactar a autora: dc.maiorca@sapo.pt

- 1 - Devo respeitar-me e respeitar as outras crianças/ adolescentes internadas na intimidade
- 2 e privacidade.
- 3 - Posso dar continuidade aos meus estudos no hospital desde que solicite.
- 4 - Posso usar os meus objetos e roupa pessoal, exceto quando for para o Bloco Operatório.
- 5 - Posso ter visitas entre as 14 e as 19h, diariamente, num total até 3 pessoas.
- 6 - Antes da alta não me posso esquecer de levar os documentos necessários, como sejam:
- 7 a justificação para a escola, a marcação de consulta e as cartas médica e de enfermagem.
- 8 Na ANSIEDADE ou na prevenção e controlo da dor devo:
- 9 - Referir tudo o que sinto de forma a encontrar a melhor solução para o meu problema.
- 10 Sempre que me sentir mais ansioso/a ou quiser prevenir e controlar a dor devo:
- 11 - Saber que toda a gente tem medos e eu devo identificar os meus e tentar enfrentá-los
- 12 com a ajuda dos profissionais. E posso:
- 13 ➤ Pedir para exemplificar e esclarecer tudo o que me vão fazer
- 14 ➤ Distrair-me: ler, ouvir música, jogar no meu computador, ver televisão ou solicitar
- 15 outra atividade
- 16 ➤ Fazer relaxamento com CD
- 17 ➤ Fazer imaginação guiada com guião
- 18 ➤ Ter pensamento positivo
- 19 ➤ Solicitar massagem abdominal e/ ou dorsal
- 20 ➤ E alterar as ideias negativas que tenho sobre a dor
- 21 ➤ Fazer a técnica da respiração
- 22 ➤ Solicitar para ser posicionado
- 23 ➤ Solicitar para ser aplicado calor ou frio local
- 24 ➤ Solicitar medicação para a dor ou pedir o apoio de um especialista.
- 25
- 26

## CAPÍTULO IV - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo iremos apresentar e analisar os resultados do nosso estudo.

### 1. Resultados do estudo

Depois de concluída a intervenção e realizada a recolha de dados, foi realizada a sua análise, utilizando o programa estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 18.0.

Os resultados do estudo serão apresentados de seguida e incluem as características demográficas da amostra, características demográficas dos pais das crianças e adolescentes e os resultados relativos às hipóteses preliminares, questão de investigação e hipóteses complementares.

#### 1.1. Características demográficas da amostra

A tabela 1 descreve as características demográficas da amostra. Os sujeitos representam de forma diferente ambos os géneros com uma predominância de indivíduos do sexo feminino, sendo mais significativa no grupo experimental.

As idades variaram entre os 10 e os 18 anos, sendo que a idade média no grupo experimental é de 14,17 e no grupo de controlo é de 13,83.

Relativamente à escolaridade verificamos que a maior frequência em ambos os grupos se situa ao nível do 3º ciclo, com 46,7% para o grupo experimental e 43,4% para o grupo de controlo.

Os dois grupos são diferentes relativamente à zona de residência verificando-se que no grupo experimental a maioria dos adolescentes (60%) reside em meio urbano enquanto no grupo de controlo a maior percentagem reside em meio rural (70%).

Em ambos os grupos, a maioria dos adolescentes tem já experiência prévia hospitalar, respetivamente 63,3% do grupo experimental e 73,3% do grupo de controlo.

1 Finalmente, em termos de diagnóstico clínico, verificamos que tanto no grupo  
 2 experimental como no grupo de controlo, cerca de metade dos indivíduos apresentam  
 3 patologia aguda, respetivamente 50% e 46,7% enquanto os restantes apresentam  
 4 problemas de evolução crónica, respetivamente 50% e 53,3%.

5

6 *Tabela 1*

7 *Frequência e percentagens das características demográficas da amostra (n = 60)*

Variável	Experimental		Controlo	
	N	%	N	%
Sexo:	30		30	
Masculino	11	36,7	14	46,7
Feminino	19	63,3	16	53,3
Idade:	30		30	
10	1	3,3	1	3,3
11	3	10,0	3	10,0
12	4	13,4	5	16,7
13	2	6,6	3	10,0
14	6	20,0	8	26,7
15	5	16,7	3	10,0
16	5	16,7	5	16,7
17	3	10,0	0	0,0
18	1	3,3	2	6,6
Escolaridade:	30		30	
2º Ciclo	7	23,3	10	33,3
3º Ciclo	14	46,7	13	43,4
Secundário	9	30,0	7	23,3
Zona de residência:	30		30	
Rural	12	40,0	21	70,0
Urbana	18	60,0	9	30,0
Experiência hospitalar:	30		30	
Sim	19	63,3	22	73,3
Não	11	36,7	8	26,7
Diagnóstico clínico:	30		30	
Doença crónica	15	50,0	16	53,3
Doença aguda	15	50,0	14	46,7

8

1 Pela análise do quadro 3 verificamos ainda que a maioria dos indivíduos tem entre 14 e  
 2 os 16 anos (53,4%), sendo a média das idades de 14 anos com um desvio padrão de 2,05.  
 3 No que se refere ao sexo, verificamos uma predominância de indivíduos do sexo  
 4 feminino em todas as idades exceto nos 12 anos onde existem mais indivíduos do sexo  
 5 masculino.

6

7 *Quadro 3*8 *Distribuição dos sujeitos em função da idade e do sexo*

Idade	Sexo		Feminino		Total	
	Masculino	Feminino	N	%	N	%
10	0	0,0	2	3,3	2	3,3
11	0	0,0	6	10,0	6	10,0
12	6	10,0	3	5,0	9	15,0
13	1	1,7	4	6,7	5	8,4
14	7	11,7	7	11,7	14	23,4
15	4	6,7	4	6,7	8	13,4
16	5	8,3	5	8,3	10	16,6
17	1	1,7	2	3,3	3	5,0
18	1	1,7	2	3,3	3	5,0

9 Média – 14; Moda – 14; Desvio padrão – 2,05; Mínimo – 10; Máximo – 18

10

## 11 1.2. Características demográficas dos pais das crianças/ adolescentes

12 Sendo os pais elementos colaboradores do nosso estudo julgamos importante a sua  
 13 caracterização.

14 A tabela 2 descreve as características demográficas dos pais das crianças e adolescentes  
 15 participantes no estudo.

16 Os sujeitos respondentes, acompanhantes das crianças e adolescentes no momento da  
 17 admissão, representam de forma significativamente diferente ambos os gêneros com uma  
 18 grande maioria de indivíduos do sexo feminino (mães), sendo a sua distribuição  
 19 homogênea em ambos os grupos.

20 A grande maioria dos indivíduos tem entre 31 e 50 anos (88,4%) e apenas 6 indivíduos  
 21 (10%) têm mais de 50 anos.

1 *Tabela 2*2 *Frequência e percentagens das características demográficas dos pais*

Variável	Experimental		Controlo	
	N	%	N	%
Acompanhante respondente:	30		30	
Mãe	27	90,0	26	86,7
Pai	3	10,0	4	13,3
Idade:	30		30	
21 - 30	0	0,0	1	3,3
31 - 40	8	26,7	19	63,4
41 - 50	20	66,7	6	20,0
51 - 60	2	6,6	4	13,3
Estado civil:	30		30	
Casado	22	73,3	21	70,0
Divorciado	4	13,4	5	16,7
União de facto	1	3,3	3	10,0
Viúvo	1	3,3	0	0,0
Outra	2	6,7	1	3,3
Escolaridade:	30		30	
Básico	15	50,0	5	16,7
Secundário	8	26,6	19	63,3
Superior	7	23,4	6	20,0
Zona de residência:	30		30	
Rural	12	40,0	21	70,0
Urbana	18	60,0	9	30,0
Situação profissional:	30		30	
Empregado	24	80,0	17	56,7
Desempregado	4	13,3	12	40,0
Outro	2	6,7	1	3,3
Nível socioeconómico:	30		30	
Baixo	5	16,7	13	43,3
Médio	24	80,0	17	56,7
Elevado	1	3,3	0	0,0

3

4 Relativamente ao estado civil verificamos que a grande maioria (86,7%) dos  
5 respondentes são casados ou divorciados.

1 A distribuição do estado civil dos acompanhantes pelos dois grupos é homogénea.  
2 Em termos de escolaridade verificamos que a maioria dos indivíduos (45%) têm o ensino  
3 secundário, 33,3% têm o ensino básico e os restantes 21,7%, o ensino superior.  
4 Relativamente à distribuição pelos grupos podemos observar que no global, o grupo de  
5 controlo evidencia melhores níveis de escolaridade.  
6 Os dois grupos são diferentes relativamente à zona de residência verificando-se que no  
7 grupo experimental a maioria dos acompanhantes (60%) reside em meio urbano  
8 enquanto no grupo de controlo a maior percentagem reside em meio rural (70%).  
9 Em ambos os grupos a maioria dos acompanhantes encontra-se em situação de emprego  
10 estável, respetivamente 80% do grupo experimental e 56,7% do grupo de controlo. Dos  
11 restantes, 26,7% encontram-se desempregados, sendo o número significativamente  
12 superior no grupo de controlo.  
13 Finalmente, relativamente ao nível socioeconómico verificamos que tanto no grupo  
14 experimental como no grupo de controlo, a grande maioria dos indivíduos refere ter um  
15 nível socioeconómico médio, enquanto 30% refere ter um nível baixo, sendo este mais  
16 evidente no grupo de controlo.

17

### 18 1.3. Hipóteses preliminares

19 De forma a podermos dar resposta às duas hipóteses preliminares realizámos a análise  
20 das correlações entre as variáveis (Ansiedade, Vinculação e Autoeficácia), calculando o  
21 coeficiente de correlação de Pearson para as somas das pontuações obtidas em cada uma  
22 das escalas.

23 Este método constitui uma medida da variância partilhada entre duas variáveis e permite  
24 estudar as relações ou associações entre as variáveis, fornecendo um valor situado entre 1  
25 e -1 que nos indica como as variáveis variam conjuntamente. Não há a necessidade de  
26 definir as relações de causa e efeito, ou seja, qual é a variável dependente e a  
27 independente.

28 Hipótese 1- Os níveis de ansiedade-estado dos adolescentes no momento da admissão são  
29 influenciadas pela perceção de vinculação aos pais.

30

1 Analisando os dados apresentados no quadro 4 podemos verificar a existência de uma  
 2 correlação positiva fraca entre a ansiedade e a percepção de vinculação ( $r = .165$ ) o que  
 3 nos indica que apenas cerca de 3% da variância dos *scores* da ansiedade é linearmente  
 4 explicada pela variância dos *scores* da percepção de vinculação.

5 Como o valor da significância é superior ao alfa de .05 ( $p = .208$ ) podemos concluir que  
 6 não há correlação estatisticamente significativa entre os níveis de ansiedade e a percepção  
 7 de vinculação. Desta forma não existem evidências suficientes para aceitarmos a hipótese  
 8 experimental.

9 Hipótese 2 - Os níveis de ansiedade-estado dos adolescentes no momento da admissão  
 10 são influenciadas pela percepção de autoeficácia.

11 De acordo com os dados apresentados no quadro 4 verificamos a existência de uma  
 12 correlação negativa moderada a forte entre os níveis de ansiedade e a percepção de  
 13 autoeficácia, ( $r = -.424$ ). Avaliando o coeficiente de determinação ( $r^2$ ) encontramos um  
 14 valor de  $r^2 = .179$  o que significa que aproximadamente 18% da variância dos *scores* da  
 15 ansiedade é linearmente explicada pela variância dos *scores* da autoeficácia.

16 Como o valor da significância ( $p < .01$ ) é muito baixo, podemos concluir com margem de  
 17 erro inferior a 1% que há correlação estatisticamente significativa entre as variáveis, ou  
 18 seja, quanto maior a percepção de autoeficácia, menor o nível de ansiedade. Desta forma  
 19 aceitamos a hipótese experimental.

20

#### 21 *Quadro 4*

#### 22 *Correlações entre as variáveis: Ansiedade, Vinculação e Autoeficácia*

Variáveis	I	II	III
I – Ansiedade	1	.165 $p = .208$	-.424** $p = .001$
II – Vinculação		1	.074 $p = .575$
III – Autoeficácia			1

23  $p < .01$

24

25 Após o teste das hipóteses preliminares, visando avaliar a correlação das variáveis  
 26 envolvidas (vinculação e autoeficácia) com a ansiedade, de forma a utilizá-las como co-  
 27 variáveis na resposta à questão de investigação, verificamos que só a autoeficácia



1 apresenta uma correlação significativa. Assim, iremos utilizá-la de seguida como co-  
2 variável.

3

#### 4 1.4. Questão de investigação

5 Para responder à questão de investigação utilizaremos o teste de análise de Covariância  
6 (ANCOVA) de forma a poder analisar o efeito do PPPI na redução dos níveis de  
7 ansiedade, depois de controlada a co-variável “Autoeficácia”.

8 A ANCOVA determina a covariação (correlação) entre as co-variáveis e a variável  
9 dependente e depois remove a variância associada com as co-variáveis dos resultados da  
10 variável dependente, antes de determinar se as diferenças entre as médias nas condições  
11 experimentais são estatisticamente significativas.

12 As co-variáveis representam fontes de variância que se julga que influenciam a variável  
13 dependente, mas que não foram controladas pelos procedimentos experimentais.

14 No nosso estudo medimos a co-variável “Autoeficácia” de forma a poder controlar a sua  
15 influência na variável dependente “Ansiedade”, nomeadamente incluindo-a no modelo de  
16 ANCOVA. O objetivo é conhecer qual o efeito que a variável independente “PPPI” tem  
17 sobre a variável dependente depois do efeito da variável concomitante ser controlado, ou  
18 seja, depois de removermos (parcializarmos) o seu efeito.

19 De forma a podermos efetuar a análise da ANCOVA devemos ter em atenção e respeitar  
20 um conjunto de suposições:

21 1 – As variáveis concomitantes ou co-variáveis são medidas antes da intervenção ou  
22 manipulação experimental.

23 No nosso estudo, a variável “Autoeficácia” foi medida no momento da admissão no  
24 serviço ou então nas primeiras 8 horas, sempre antes de realizado o PPPI.

25 2 – As variáveis concomitantes são medidas sem erro ou com uma garantia de fiabilidade  
26 a mais elevada possível.

27 No nosso estudo, para medir a co-variável utilizámos a “Escala de Avaliação da  
28 Autoeficácia Geral”. Esta escala, descrita anteriormente, apresenta bons valores de  
29 fiabilidade como podemos observar no quadro 2 ( $\alpha = .822$ ). Assim estamos em condições  
30 de afirmar que a co-variável foi medida com garantia de fiabilidade.

31 3 – As co-variáveis não estão fortemente relacionadas.

- 1 Como neste estudo temos apenas uma co-variável, este problema não se coloca.
- 2 4 – Existe uma relação linear entre a variável dependente e a co-variável (linearidade).
- 3 Para verificar a existência de uma associação linear entre os níveis de ansiedade (T2) e a
- 4 autoeficácia calculámos a correlação entre as variáveis.
- 5 Pela análise do quadro 5 verificamos que a correlação de (-.395) entre a VD a e a co-
- 6 variável é estatisticamente significativa ( $p = .002$ ) para qualquer erro do tipo I, o que
- 7 torna vantajoso o uso do procedimento ANCOVA (Pestana, & Gageiro, 2008).
- 8 O sinal do  $r$  de Pearson mostra que a ansiedade e a autoeficácia variam em sentidos
- 9 contrários onde em média, melhores níveis de autoeficácia se associam a níveis mais
- 10 baixos de ansiedade (e vice-versa).

11

## 12 *Quadro 5*

### 13 *Correlações entre a VD e a co-variável*

Variáveis	I	II
I - Ansiedade (T2)	1	-.395 $p = .002^*$
II – Autoeficácia		1

14

\* $p < .01$

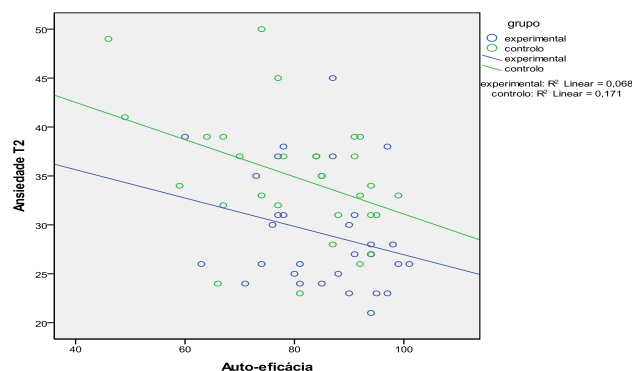
- 15 O diagrama de dispersão expresso no gráfico 1 permite visualizar a associação linear
- 16 entre as variáveis. A comparação foi feita em termos do paralelismo e da inclinação das
- 17 retas de regressão.

18

## 19 *Gráfico 1*

### 20 *Diagrama de dispersão (grupo experimental; grupo controlo)*

### 21 *VD: Ansiedade T2; Co-variável: Autoeficácia*



22

1 5 – A relação entre a co-variável e a variável dependente é a mesma em todos os grupos  
2 (homogeneidade dos declives de regressão).

3 Para verificar a homogeneidade dos declives de regressão ou seja, para testar a existência  
4 de uma interação entre a co-variável e a manipulação experimental realizou-se o teste dos  
5 efeitos entre sujeitos (*Test of Between-Subject Effects*).

6 O quadro 6 mostra que a interação não é significativa ao nível de alfa de .05. [ $F(1, 56) =$   
7  $.124, p = .726$ ]. Tendo por base estes resultados verificamos que não se viola a  
8 homogeneidade da reta de regressão Grupo\*Autoeficácia pelo que podemos prosseguir  
9 com a ANCOVA.

10

### 11 *Quadro 6*

#### 12 *Teste dos efeitos entre sujeitos*

Fonte	<i>F</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Modelo corrigido	7,480	3	.000
Interceção	71,747	1	.000
Grupo	,647	1	.425
Autoeficácia	6,762	1	.012
Grupo* Autoeficácia	,124	1	.726

13

$R^2 = .286$ ;  $R^2$  ajustado = .248

14

15 Para analisar o pressuposto da homogeneidade de variância da Variável Dependente entre  
16 os grupos utiliza-se o teste de Levene, que testa a hipótese nula de que a variância da VD  
17 se mantém constante.

18

### 19 *Quadro 7*

#### 20 *Teste de Levene à homogeneidade de variâncias*

Variável Dependente	<i>F</i>	<i>gl1</i>	<i>gl2</i>	<i>Sig.</i>
Ansiedade T2	.017	1	58	.897

21

Desenho: Intercept + autoeficácia + grupo

22

Os resultados obtidos permitem verificar a igualdade de variâncias dentro dos grupos para a VD [ $F(1,58) = .017, p = .897$ ]. Assim, verifica-se o pressuposto da homogeneidade das variâncias.

De seguida, avaliaremos a hipótese nula de que as médias ajustadas da população são iguais. Os resultados da análise, expressos no quadro 8 indicam que esta hipótese deve ser rejeitada,  $F(1, 57) = 10,26, p < .05$ . O teste avalia as diferenças entre as médias ajustadas para os dois grupos, que são respetivamente 29,13 e 34,93 (quadro 9).

Uma análise de co-variância (ANCOVA) foi realizada neste estudo para responder à questão de investigação. A variável independente, PPPI, foi testada no grupo experimental. A variável dependente foi constituída pela pontuação dos testes de ansiedade e a co-variável, constituída pelos níveis de autoeficácia.

Uma análise preliminar destinada a avaliar as assunções relacionadas com a ANCOVA mostrou que nenhuma foi violada, sendo que, relativamente à homogeneidade dos declives de regressão verificámos que a relação entre a co-variável e a VD não diferiu significativamente como uma função da variável independente,  $F(1,56) = 0,65, p = .726$ . A ANCOVA foi significativa,  $F(1,57) = 10,26, p < .05$  (ver quadro 8). No entanto, apenas 11% ( $\omega^2 = .11$ ) da variância total dos escores da ansiedade contabilizada é explicada pelo efeito do PPPI, controlando o efeito dos níveis de autoeficácia.

Poderemos assim afirmar que há diferença significativa nos níveis de ansiedade entre o grupo experimental que foi submetido ao PPPI e o grupo controlo que foi submetido ao procedimento padrão da unidade, depois de controlados os efeitos da variável autoeficácia.

#### Quadro 8

##### Análise de co-variância para ansiedade/grupo

Fonte	<i>SQ</i>	<i>Gl</i>	<i>MQ</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Autoeficácia	267.506	1	267.506	7,852	.007
Grupo	349.359	1	349.359	10,255	.002
Erro	1941.82	57	34.067		
Total	64282.0	60			
Corrected Total	2713,933				

1 *Quadro 9*

2 *Médias ajustadas ansiedade T2*

Grupo	$\bar{x}$	$s$
Experimental	29,13	5,96
Controlo	34,93	6,38

4 1.5. Hipóteses complementares

5 Para responder às três hipóteses complementares utilizámos as pontuações obtidas nas  
6 questões formuladas (expetativas sobre a qualidade global do serviço; satisfação geral  
7 com o internamento e satisfação com a informação disponibilizada). Estas questões  
8 foram respondidas numa escala de tipo Likert de cinco pontos, onde 1 correspondia a  
9 muito baixa satisfação ou não correspondeu às expetativas e 5 muito alta satisfação ou  
10 correspondeu totalmente às expetativas. As pontuações obtidas em cada uma das  
11 questões variam entre 1 e 5 pontos.

12 Hipótese 1- No momento da alta há diferença estatisticamente significativa entre o grupo  
13 submetido ao PPPI e o grupo de controlo, relativamente às expetativas sobre a qualidade  
14 global do serviço.

15 Relativamente às expetativas sobre a qualidade global do serviço (quadro 10), o grupo  
16 experimental apresenta médias mais elevadas ( $\bar{x} = 4.50$ ) que o grupo de controlo  
17 ( $\bar{x} = 4.03$ ). O teste  $t$  para amostras independentes revela diferenças estatisticamente  
18 significativas entre os grupos  $t(58) = 2.580, p < .05$ .

19 Assim, aceitamos a hipótese experimental podendo concluir com margem de erro inferior  
20 a 5% que o grupo experimental confirmou melhores expetativas sobre a qualidade global  
21 do serviço.

23 *Quadro 10*

24 *Teste t para grupos independentes*

25 *VI: Grupos; VD: Expetativas sobre a qualidade global do serviço (n = 60)*

Variável	Grupos	$\bar{x}$	$s$	$t$	$p$
Expetativas sobre a qualidade global do serviço	Experimental	4.50	.682	2.580	.012*
	Controlo	4.03	.718		

26 \* $P < .05$

1 Hipótese 2 - No momento da alta há diferenças estatisticamente significativas entre o  
2 grupo submetido ao PPPI e o grupo de controlo relativamente à satisfação geral com o  
3 internamento.

4 Relativamente à satisfação geral com o internamento (quadro 11), o grupo experimental  
5 apresenta níveis mais elevados (Média = 4.50) que o grupo de controlo (Média = 4.23).  
6 Contudo, o teste  $t$  para amostras independentes revela não existirem diferenças  
7 estatisticamente significativas entre os grupos  $t(58) = 1.645, p > .05$ .

8 Assim, rejeitamos a hipótese experimental, podendo concluir que, apesar de a média ser  
9 maior no grupo experimental, não existem diferenças estatisticamente significativas entre  
10 os dois grupos relativamente à satisfação geral com o internamento.

11

12 *Quadro 11*

13 *Teste  $t$  para grupos independentes*

14 *VI: Grupos; VD: Satisfação geral com o internamento ( $n = 60$ )*

Variável	Grupos	$\bar{x}$	$S$	$t$	$p$
Satisfação geral com o internamento	Experimental	4.50	.630	1.645	.105
	Controlo	4.23	.626		

15  $P > .05$

16

17 Hipótese 3 - No momento da alta há diferenças estatisticamente significativas entre o  
18 grupo submetido ao PPPI e o grupo de controlo relativamente à satisfação com a  
19 informação disponibilizada.

20 Relativamente à satisfação com a informação disponibilizada (quadro 12), o grupo  
21 experimental apresenta níveis mais elevados (Média = 4.37) que o grupo de controlo  
22 (Média = 3.57). O teste  $t$  para amostras independentes revela diferenças estatisticamente  
23 significativas entre os grupos  $t(58) = 4.027, p < .01$ .

24 Assim, aceitamos a hipótese experimental, podendo concluir com margem de erro  
25 inferior a 1% que o grupo experimental evidencia maior satisfação com a informação  
26 fornecida.

27

28

29

- 1 *Quadro 12*
- 2 *Teste t para grupos independentes.*
- 3 *VI: Grupos; VD: Satisfação com a informação fornecida (n = 60)*

Variável	Grupos	$\bar{x}$	<i>s</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Satisfação com a informação fornecida	Experimental	4.37	.765	4.027	.000*
	Controlo	3.57	.774		

4 \* $P < .01$

5

### CAPÍTULO V - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo realizaremos a discussão dos resultados mais importantes do estudo, interligando-os com a fundamentação teórica desenvolvida anteriormente e com outros estudos realizados no mesmo domínio.

Este trabalho vem juntar-se à reduzida literatura existente em Portugal (embora o problema tenha vindo a despertar um interesse crescente nos últimos anos) sobre a importância da preparação psicológica para o internamento em crianças e adolescentes, incidindo sobre o fenómeno da ansiedade e das suas consequências, em termos de custo-efetividade nos serviços de saúde (Ordem dos Psicólogos, 2011).

O estudo teve como objetivo avaliar os efeitos de um Programa de Preparação Psicológica para o Internamento nos níveis de ansiedade em crianças/ adolescentes hospitalizados, analisando também a satisfação geral com o internamento e com a informação disponibilizada e as suas expectativas relativamente à qualidade global do serviço. Decorreu em duas fases, procurando dar resposta à seguinte questão de investigação:

- “Há diferença significativa nos níveis de ansiedade entre o grupo experimental que foi submetido ao PPPI e o grupo controlo que foi submetido ao procedimento padrão da unidade, depois de controlados os resultados das variáveis vinculação e autoeficácia”.

Foram ainda formuladas duas hipóteses preliminares, visando avaliar a correlação das variáveis envolvidas (vinculação e autoeficácia) com a ansiedade, de forma a utilizá-las como co-variáveis na resposta à questão de investigação e três hipóteses complementares relacionadas com satisfação e expectativas.

No presente trabalho não foi nossa intenção avaliar questões específicas do internamento, mas, antes, estudar um conjunto de fatores interferentes no processo de internamento como um todo. Apesar de termos corrido alguns riscos relacionados com a complexidade clínica, a multiplicidade de variáveis psicossociais envolvidas no contexto de tratamento e as diversas abordagens teórico-filosóficas que estão na base das intervenções psicológicas, podemos considerar os resultados bastante positivos, permitindo e sustentando um conjunto de possíveis transformações para a prática clínica.



1 Realizou-se uma intervenção psicoeducativa visando dotar os adolescentes (e os pais) de  
2 um conjunto de informações facilitadoras da adaptação à situação de hospitalização,  
3 permitindo compreender e lidar melhor com as consequências negativas do internamento,  
4 melhorar as competências de confronto e de autocontrolo da ansiedade e um maior  
5 envolvimento com colaboração ativa no tratamento.

6 Os resultados obtidos serão discutidos de seguida.

7

8 De forma a responder à primeira hipótese preliminar “*Os níveis de ansiedade-estado dos*  
9 *adolescentes no momento da admissão são influenciados pela percepção de vinculação*  
10 *aos pais*”, realizámos a análise das correlações entre as variáveis (Ansiedade e  
11 Vinculação), calculando o coeficiente de correlação de Pearson para as somas das  
12 pontuações obtidas em cada uma das escalas.

13 Os resultados obtidos permitem concluir que não existem evidências suficientes de que  
14 os níveis de ansiedade-estado dos adolescentes no momento da admissão são  
15 influenciados pela percepção de vinculação aos pais.

16 Sendo a vinculação a propensão dos seres humanos para estabelecerem laços afetivos  
17 fortes com determinadas pessoas, tendo como consequência ficar emocionalmente  
18 afetado quando ocorrem separações ou perdas inesperadas e/ou indesejadas (Bolwby,  
19 1969), nesta situação concreta, isso não acontece. O Hospital Pediátrico promove e  
20 facilita a presença dos pais 24 horas por dia durante o internamento. Desta forma,  
21 seguindo as orientações propostas por Doca e Junior (2007), um dos fatores de inclusão  
22 no estudo era a presença dos pais.

23 O estudo realizado por Niditch e Varela (2012) mostra que a ansiedade nos jovens tem  
24 uma correlação significativa com a percepção de um estilo de parentalidade negativa por  
25 parte das mães (maior controlo e rejeição) do que dos pais. Logo, a rejeição maternal é  
26 um forte preditor de ansiedade. No nosso estudo, em ambos os grupos, as crianças/  
27 adolescentes estiveram acompanhados pela mãe em cerca de 90% das situações, o que  
28 promove conforto e segurança (Machado, 2007), sendo que uma rutura na vinculação dá  
29 lugar a ansiedade, a inquietação e a depressão (Guedeney, & Guedeney, 2004).

30 No mesmo sentido, Cardoso (2010) refere a importância do acompanhamento familiar no  
31 controlo da ansiedade da criança/ adolescente durante a hospitalização. Contudo, de  
32 acordo com Melamed (1988), citado por Barros (1998), a questão da perturbação da

1 vinculação vai perdendo centralidade neste contexto, tendo em conta que a hospitalização  
2 já não implica a separação das figuras parentais, nem interrupção da vida familiar tão  
3 prolongada.

4 Assim, de acordo com o referido anteriormente, podemos considerar que a presença dos  
5 pais durante o internamento (condição necessária para o nosso estudo) pode justificar os  
6 resultados obtidos.

7 Outros fatores poderão também estar relacionados com a ausência de relação  
8 significativa entre a perceção de vinculação e os níveis de ansiedade, no nosso estudo.

9 Segundo Bowlby, citado por Montagner, et al. (1993), se a criança não tiver  
10 oportunidade de se vincular a uma pessoa específica no decorrer dos primeiros anos,  
11 pode levar a uma incapacidade de estabelecer relações afetivas satisfatórias com os  
12 outros e daí o desenvolvimento de ansiedade. Na mesma linha, West, et al. (1998)  
13 referem que a qualidade da relação com a família joga um papel importante nas  
14 perturbações emocionais na adolescência, ou seja, relações positivas entre vinculação às  
15 figuras parentais e bem-estar, e relações negativas entre vinculação e depressão e  
16 ansiedade.

17 Por outro lado, ser adolescente implica separação, independência e autonomia, mas estas  
18 não impedem os vínculos ou laços afetivos aos pais (Soares, 1988). É certo que num  
19 momento de stress, estando os pais presentes, mesmo que haja dependência temporária,  
20 estes substituem os filhos, por exemplo nos auto cuidados, podendo até ser um fator de  
21 estreitamento dos vínculos, e, por essa razão, fator de proteção e não de risco.

22 Assim, se a vinculação é reativada numa situação de stress, quer dizer que os modelos  
23 internos (modelo de si próprio e dos outros que predizem o comportamento, pensamentos  
24 e sentimentos) não se alteram num dado momento (estado) (Meredith, Strong, & Feeney  
25 2006). Sendo tendencialmente estável (Guedeney, & Guedeney, 2004), a perceção de  
26 vinculação justifica-se não estar relacionada com a resposta ansiosa.

27 Com a hospitalização a qualidade da vinculação estabelecida com o cuidador pode ser  
28 questionada, permitindo clarificar e delimitar novos papéis, tendo em conta o desafio do  
29 alargamento e complexificação da teia relacional (Ferreira, 2009). No nosso estudo, a  
30 avaliação da vinculação foi realizada no momento de admissão ao internamento. Desta  
31 forma, ainda que a hospitalização possa surgir como um desafio, mediando a vinculação

1 aos pais na resolução de tarefas de autonomia e de individuação, ela não poderá ser tida  
2 em conta na justificação dos resultados obtidos.

3 Um outro fator importante relaciona-se com a escala utilizada, pelo facto de não  
4 diferenciar a qualidade da vinculação nos adolescentes (considera-se o papel dos vínculos  
5 iniciais, com as novas transformações possíveis), mas apenas um melhor ou pior  
6 ajustamento às figuras de vinculação, tendo em conta as suas dimensões (disponibilidade,  
7 zanga e parceria corrigida para objetivos).

8 Ainda, de acordo com Weiss (1991), a vinculação diferencia-se de outras relações  
9 interpessoais. Além de outros pressupostos, a vinculação implica independência de outras  
10 características da relação, ou seja, mesmo que a figura de vinculação seja abusiva ou  
11 negligente, a relação de vinculação mantém-se. Nestas condições podem surgir conflitos,  
12 com raiva e cólera, mas perante qualquer ameaça a segurança é procurada na relação.

13 Finalmente, de acordo com Guedeney e Guedeney (2004), num período de aquisição de  
14 autonomia, a utilização de auto questionários pode induzir um enviesamento suplementar  
15 quando o adolescente procura relativizar a importância dos laços afetivos. A hierarquia  
16 das figuras de vinculação muda em proveito dos pares e à custa dos pais, que podem  
17 contudo permanecer como figuras de vinculação. O sistema de *caregiving* é activado  
18 numa situação de perigo, e desativado quando a proximidade física ou psicológica é  
19 conseguida. Neste sentido, os comportamentos de cuidado são “corrigidos quanto ao  
20 objetivo” o que permite uma grande flexibilidade em função do contexto e das  
21 experiências das crianças/ adolescentes (e dos pais).

22 O valor adaptativo da vinculação intervém através da capacidade de mentalização, ou  
23 seja, da capacidade de dar sentido ao acontecimento para reagir a ele de forma adaptada,  
24 com ligações entre o equilíbrio fisiológico e a capacidade de dar sentido à experiência e  
25 de exprimir adequadamente as emoções que lhe estão ligadas, o que pode ter acontecido  
26 no momento da admissão, visto que os valores de ansiedade globais das crianças/  
27 adolescentes estão dentro de padrões considerados normais e os valores de vinculação  
28 globais também aparecem de forma ajustada, aparecendo a dimensão “parceria corrigida  
29 quanto ao objetivo” e “disponibilidade” com uma média de pontuação nos intervalos 4 e  
30 5 (concordo um pouco e concordo muito).

31

1 De forma a responder à segunda hipótese preliminar “*Os níveis de ansiedade-estado dos*  
2 *adolescentes no momento da admissão são influenciados pela percepção de*  
3 *autoeficácia*”, realizámos a análise das correlações entre as variáveis (Ansiedade e  
4 Autoeficácia), calculando o coeficiente de correlação de Pearson para as somas das  
5 pontuações obtidas em cada uma das escalas.

6 Os resultados obtidos permitem concluir que existe uma correlação estatisticamente  
7 significativa entre as variáveis, ou seja, quanto maior a percepção de autoeficácia, menor o  
8 nível de ansiedade.

9 Estes resultados confirmam os de anteriores estudos (Bandura, et al., 1987, citados por  
10 Meredith, et al., 2006), segundo os quais, a baixa autoeficácia faz aumentar a ansiedade,  
11 eventualmente com sequelas psicológicas prejudiciais.

12 Segundo Meredith (2006), a ansiedade está associada com baixos níveis de autoeficácia,  
13 vinculação insegura e maior intensidade no contexto da dor, sendo um indicador primário  
14 de deficiências na dor crónica.

15 No estudo de Siegel (1981) citado por Barros (1998), este reforça a ideia, quando  
16 identificou dois estilos de confronto com situações ansiogénicas, os confrontadores  
17 eficazes, com menos ansiedade, maior cooperação e maior tolerância ao desconforto e à  
18 dor, e os confrontadores ineficazes, com características opostas.

19 No mesmo sentido, Morgado, Pires e Pinto (2000), referem que baixos níveis de  
20 autoeficácia estão intimamente relacionados com a ansiedade, depressão e desamparo e  
21 que bons níveis de autoeficácia favorecem o caminho do sucesso para ultrapassar as  
22 adversidades da vida.

23 O’ Leary (1992), também refere que altos níveis de autoeficácia permitem o confronto  
24 com estímulos indutores de stress, uma menor ansiedade e baixa reação fisiológica.

25 A alta autoeficácia é um bom preditor de comportamentos de saúde como é o caso da  
26 gestão da dor (Tonge, King, Klimkeit, Melvin, Heyne, & Gordon, 2005). Estes autores,  
27 num estudo realizado com adolescentes com depressão, referem que os adolescentes com  
28 melhor autoeficácia obtinham melhores resultados quando submetidos a um programa de  
29 tratamento para a depressão, ao fim de 3 meses e igualmente ao fim de 6 meses.

30 Um estudo de Landon, Ehrenreich e Pincus (2007) mostra a existência de uma correlação  
31 entre a baixa autoeficácia e a ansiedade nos adolescentes, especialmente nos não  
32 referenciados clinicamente como ansiosos. A autoeficácia está relacionada com sintomas

1 de ansiedade em adolescentes normais, referidos como tendo baixa eficácia nas relações  
2 emocionais, comparativamente com adolescentes sem distúrbios de ansiedade.

3 Para responder à questão de investigação “*Há diferença significativa nos níveis de*  
4 *ansiedade entre o grupo experimental que foi submetido ao PPPI e o grupo controlo que*  
5 *foi submetido ao procedimento padrão da unidade, depois de controlados os efeitos das*  
6 *variáveis vinculação e autoeficácia?*”, utilizámos o teste de análise de Covariância  
7 (ANCOVA) com o objetivo de analisar o efeito do PPPI na redução dos níveis de  
8 ansiedade, depois de removermos (parcializarmos) o efeito da co-variável (autoeficácia).

9 A variável independente, PPPI, foi testada no grupo experimental. A variável dependente  
10 foi constituída pela pontuação dos testes de ansiedade, e a co-variável constituída pelos  
11 níveis de autoeficácia.

12 Após a análise preliminar das assunções relacionadas com a ANCOVA e a verificação de  
13 que nenhuma foi violada, analisou-se a homogeneidade dos declives de regressão  
14 verificando-se que há diferença significativa nos níveis de ansiedade entre o grupo  
15 experimental que foi submetido ao PPPI e o grupo controlo que foi submetido ao  
16 procedimento padrão da unidade, depois de controlados os resultados da variável  
17 autoeficácia.

18 Podemos assim afirmar que as crianças/ adolescentes sujeitas ao PPPI apresentaram  
19 níveis inferiores de ansiedade-estado. Este resultado veio ao encontro de outros estudos  
20 do mesmo âmbito.

21 De acordo com Doca e Junior (2007), a informação torna-se o elemento essencial num  
22 processo de preparação psicológica porque inclui um alto potencial redutor de ansiedade,  
23 elimina dúvidas simples acerca dos procedimentos e dos seus efeitos, sendo mais eficaz  
24 quando combinada com técnicas de relaxamento, distração e simulação.

25 De igual forma, Joyce-Moniz (2005) refere que a criança beneficia de procedimentos de  
26 fornecimento de informação para poder antecipar o que lhe vai acontecer, ajudando-a a  
27 compreender e controlar as situações ansiogénicas.

28 No mesmo sentido, Gaudêncio, et al. (2000) consideram que o stress resultante da  
29 própria doença, da cirurgia ou da sua avaliação como ameaça, dano ou perda, pode ser  
30 controlado, dotando o paciente de estratégias de confronto, permitindo ainda melhores  
31 resultados económicos e clínicos.

1 A PPI, como nos confirmam Anderson e Collier (1999); Doca e Junior, (2007); Quiles e  
2 Carrillo (2000); Soares e Bomtempo (2004) tem como objetivos a redução dos efeitos  
3 adversos associados à experiência de hospitalização, nomeadamente a redução da  
4 ansiedade antecipatória.

5 Broering e Crepaldi (2008) referem que diversas técnicas cognitivas como distração,  
6 imaginação, informação pré-operatória, técnicas comportamentais como exercícios,  
7 relaxamento, modelação e jogos, são eficazes na redução da ansiedade. Estas eram  
8 sugeridas no nosso programa a cada criança/ adolescente e esta poderia optar pela que  
9 desejasse no momento.

10 A implementação de programas de preparação para a hospitalização é necessária para  
11 evitar manifestações de ansiedade e problemas de comportamento durante e após o  
12 internamento, no sentido em que promovem maior controlo cognitivo e mantêm a  
13 perturbação emocional em níveis mais baixos (Barros, 1999).

14 Mendes, et al. (2005) referem que a utilização de estratégias para diminuir a ansiedade no  
15 pós-operatório é parte essencial de uma boa prática de cuidados, sendo que a utilização  
16 de um programa psicoeducativo no pré-operatório, diminuindo a incerteza e aumentando  
17 o controlo da situação, é mais eficaz do que o fornecimento de informação padronizada.  
18 Sendo que no nosso estudo foram utilizadas as duas, os resultados podem potenciar-se.

19 A aprendizagem da contração e relaxamento de certos grupos musculares, com audição  
20 de instruções gravadas; a imaginação guiada (Joyce-Moniz, 2005), e o folheto  
21 informativo (Doca, & Junior, 2007) foram estratégias utilizadas no PPPI. Neste sentido, a  
22 qualidade e a quantidade de informação disponibilizada e o tipo de ajuda que as crianças  
23 /adolescentes necessitavam promoveu a redução dos níveis de ansiedade (Joyce-Moniz,  
24 2005).

25 Os nossos resultados são também validados por Joyce-Moniz (2005) quando defende que  
26 os métodos de autoinstrução e os de aquisição de aptidões de confronto (baseados no  
27 primado do cognitivo sobre o afetivo e o comportamental) podem ser utilizados no  
28 controlo de distúrbios emocionais como a ansiedade.

29 A ansiedade é uma resposta expectável no pré-operatório devido ao medo da anestesia,  
30 da dor e do desconforto, da operação em si mesma e de ficar inconsciente (Mendes, et al.,  
31 2005). No PPPI os medos foram também alvo de atenção, facilitando o conhecimento  
32 sobre as estratégias de confronto, obteve-se diminuição dos níveis de ansiedade.

1 Tendo em conta as repercussões da hospitalização no desenvolvimento da criança e do  
2 adolescente, os programas de preparação para a hospitalização têm resultados  
3 importantes no que concerne à diminuição da ansiedade da criança e do adolescente  
4 (Grilo, & Pedro, 2005).

5 No mesmo sentido, Broering e Crepaldi (2011) afirmam que a preparação pré-operatória  
6 ou para procedimentos dolorosos é fundamental na diminuição da ansiedade,  
7 independentemente da maior ou menor elaboração do programa.

8 A hospitalização é um acontecimento não desejado e traz consigo características  
9 *stressantes*, reconhecidas como ameaçadoras, ameaças internas e externas, e que o utente  
10 tem que encontrar estratégias para enfrentar o problema (Costa, Silva, & Lima, 2010). O  
11 que nós pretendemos oferecer foi o leque dessas mesmas estratégias.

12 Se existe uma intervenção cirúrgica subjacente, podem surgir uma série de conflitos  
13 internos que levam ao aumento da ansiedade perante o acontecimento. Passando o nome  
14 a estar associado a um número de cama ou a uma patologia, no convívio com outras  
15 patologias e dor, exposição de intimidade a estranhos, não raro será acontecer um  
16 processo de despersonalização. É claro que toda esta vulnerabilidade depende da  
17 avaliação que o sujeito faz do evento, do processo de adaptação e do seu confronto. Se as  
18 defesas utilizadas pelo sujeito tiverem sucesso, a ansiedade é minimizada, caso contrário  
19 pode ocorrer uma ansiedade patológica que dificulta a adaptação, inclusive  
20 inviabilizando a intervenção cirúrgica.

21 Na tentativa de facilitar esse confronto, o psicólogo sugere as estratégias mais adequadas,  
22 intervindo também com os familiares e trabalhando com toda a equipa multiprofissional,  
23 na busca de uma intervenção mais holística junto do utente (Costa, et al., 2010), baseada  
24 no respeito e na cooperação, num *continuum* de cuidados, desde o envolvimento, a  
25 participação parental, a parceria e por fim os cuidados centrados na família, onde os  
26 cuidados são liderados pelos pais, desde que ensinados, instruídos e treinados (Cardoso,  
27 2011; Smith, Coleman, & Bradshaw, 2006).

28 Finalizando (e sendo também a nossa opção no PPPI), Doca e Junior (2007) propõem  
29 uma abordagem multimodal, com o uso de diferentes técnicas comportamentais ou  
30 outras, que possa trazer melhores benefícios e assim reduzir os efeitos colaterais  
31 aversivos dos procedimentos cirúrgicos e outros.

1 Atendendo a que o programa que desenvolvemos, integra todas as dimensões referidas,  
2 os resultados obtidos permitem-nos considera-lo eficaz.

3 Para responder às três hipóteses complementares utilizámos as pontuações obtidas nas  
4 questões formuladas (expetativas sobre a qualidade global do serviço; satisfação geral  
5 com o internamento e satisfação com a informação disponibilizada).

6 Para Doca e Junior (2007) é importante avaliar as expetativas quanto ao internamento.  
7 Assim, formulámos a hipótese experimental *“No momento da alta há diferença  
8 estatisticamente significativa entre o grupo submetido ao PPPI e o grupo de controlo,  
9 relativamente às expetativas sobre a qualidade global do serviço”*.

10 Para dar resposta a esta hipótese realizámos o teste *t* para amostras independentes  
11 verificando-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, podendo  
12 concluir com margem de erro inferior a 5% que o grupo experimental confirmou ter  
13 melhores expetativas sobre a qualidade global do serviço.

14 O encontro com o psicólogo numa situação de admissão ao internamento pode reativar  
15 um funcionamento emocional e cognitivo ligado ao estilo de vinculação e aos modelos  
16 operantes internos (modelo mental que a criança constrói: imagem de si como  
17 merecedora ou não de ser amada; modelo do outro que tem a ver com a perceção dos  
18 outros como estando mais ou menos atentos e sensíveis às suas necessidades). Este  
19 funcionamento vai introduzir expetativas positivas, ou pelo contrário antecipações  
20 negativas e ansiosas e, conseqüentemente vai determinar o teor da experiência subjetiva  
21 imediata da nova situação (internamento).

22 É importante que as crianças/ adolescentes e as famílias tenham confiança na  
23 preocupação terapêutica e na capacidade dos técnicos para os ajudar e que tenham adesão  
24 ao projeto de cuidados. É numa dimensão de relação terapêutica que o “estar com” faz  
25 sentido, num acordo entre os objetivos do tratamento, os meios para o conseguir e um  
26 laço positivo entre os dois parceiros (Guedeney, & Guedeney, 2004). Citando Bowlby, o  
27 mesmo autor acrescenta que o terapeuta se torna numa base de segurança, singular e  
28 coerente, cujo apoio, compreensão e orientação ajudam o doente a explorar as relações  
29 afetivas, ainda que sejam dolorosas e tristes.

30 Para Printrich (1996), os comportamentos de realização dependem dos valores das tarefas  
31 e da expetativa, orientando por isso a escolha, a persistência, o investimento e  
32 envolvimento cognitivo e a *performance*. Sendo que para qualquer relação interpessoal,



1 os indivíduos trazem consigo memórias de relações passadas e expetativas sobre relações  
2 futuras (Canavarro, 1999) é importante que, independentemente das passadas, se  
3 construam expetativas positivas sobre as relações futuras, promovendo o bem-estar  
4 global do indivíduo, evitando o sofrimento.

5 Sendo que se confirma melhor expetativa sobre a qualidade global do serviço no grupo  
6 experimental, encontramos no PPPI uma oportunidade para melhorar as expetativas de  
7 resultado.

8 Para dar resposta à segunda hipótese complementar “*No momento da alta há diferenças*  
9 *estatisticamente significativas entre o grupo submetido ao PPPI e o grupo de controlo*  
10 *relativamente à satisfação geral com o internamento*” realizámos o teste *t* para amostras  
11 independentes que revelou não existirem diferenças estatisticamente significativas entre  
12 os grupos, apesar de o grupo experimental apresentar níveis mais elevados de satisfação  
13 com o internamento que o grupo de controlo.

14 Os resultados encontrados (ausência de diferenças significativas entre os grupos) poderão  
15 ser justificados pelo facto de a equipa multiprofissional da unidade estudada ser muito  
16 envolvida com a dimensão relacional e evidenciar uma grande preocupação com a  
17 satisfação das crianças/ adolescentes e famílias. Como referem Calnan,  
18 Katsouyiannopoulos, Ovcharov, Prokhorskas, Ramic, & Williams, (1994), há evidência  
19 empírica que sustenta a associação entre os elementos ligados à componente interpessoal  
20 e a satisfação global dos clientes.

21 Num estudo de Villaverde Cabral (2009), citado por Campos e Carneiro (n.d.) apenas  
22 40% dos portugueses referiram satisfação com o internamento. Apesar das diferenças  
23 entre este e o nosso estudo, verificamos que as crianças/adolescentes, numa pontuação de  
24 1 a 5, apresentam médias muito boas de satisfação geral com o internamento: 4.50 e 4.23,  
25 para os grupos, experimental e de controlo respetivamente.

26 Assim, podemos considerar que, de um modo geral, os níveis de satisfação com o  
27 internamento são bons, independentemente da aplicação do PPPI. Estes resultados  
28 traduzem um serviço de qualidade, que para além da dimensão técnica, se preocupa com  
29 o bem-estar e a satisfação, promovendo-a através da relação interpessoal.

30 A última hipótese complementar pretendia verificar se “*No momento da alta há*  
31 *diferenças estatisticamente significativas entre o grupo submetido ao PPPI e o grupo de*  
32 *controlo relativamente à satisfação com a informação disponibilizada*”.

1 Relativamente a esta questão, o teste *t* para amostras independentes revela diferenças  
2 estatisticamente significativas entre os grupos o que nos permite concluir com margem  
3 de erro inferior a 1% que o grupo experimental evidencia maior satisfação com a  
4 informação fornecida.

5 A informação é um elemento essencial num processo de preparação psicológica porque  
6 inclui um alto potencial redutor de ansiedade, elimina dúvidas simples acerca dos  
7 procedimentos e dos seus efeitos e tem um baixo custo económico (Chan, & Twin,  
8 2003).

9 No mesmo sentido, Barros (1999) sustenta que o fornecimento de informação objetiva e  
10 concreta sobre situações *stressantes* facilita o confronto com as mesmas, devido à  
11 formação de esquemas cognitivos que permitem aumentar o grau de previsibilidade,  
12 diminuir o grau de discrepância entre o esperado e o vivido e aumentar a capacidade da  
13 criança/ adolescente para compreender e interpretar a experiência.

14 Ainda, referenciando Barros (1999) e Joyce-Moniz (2005), a criança, à semelhança do  
15 adulto, beneficia de procedimentos de fornecimento de informação para poder antecipar  
16 o que lhe vai acontecer, ajudando-a a compreender e controlar as situações ansiogénicas.

17 O profissional deve avaliar o que a criança compreendeu da sua explicação, o que a  
18 preocupa, que expectativas tem e fornecer-lhe informações concretas e específicas em  
19 resposta às suas dúvidas.

20 Com o PPPI procurou-se o melhor equilíbrio no fornecimento da informação. Não  
21 fornecer pouca informação a quem desejasse muitos conhecimentos (pois poderia  
22 aumentar a ansiedade), nem muita informação a quem desejasse poucos conhecimentos  
23 (que também poderia aumentar a ansiedade) (Ribeiro, 2010).

24 Assim, tendo em conta o conjunto de informações e intervenções previstas no PPPI e as  
25 necessidades específicas de cada uma das crianças/ adolescentes e dos seus familiares,  
26 atingiu-se um equilíbrio que permitiu obter níveis de satisfação com a informação  
27 significativamente superiores aos obtidos pelo grupo de controlo.

28

29

30

31

32

## CAPÍTULO VI - CONCLUSÕES LIMITAÇÕES E IMPLICAÇÕES

Neste último capítulo apresentamos as posições pessoais face aos resultados obtidos no estudo, referindo os aspetos positivos e negativos, indicando como poderão ser aplicados na prática profissional, tendo em conta os benefícios para as crianças/ adolescentes e famílias.

Sugerem-se também novas questões a explorar ou a replicação do estudo com outras populações e contextos.

### *Conclusões gerais do estudo*

Este estudo teve como principal objetivo avaliar os resultados da aplicação de um PPPI, na redução dos níveis de ansiedade das crianças/ adolescentes e resultou de um interesse pessoal e de uma necessidade de validar um programa a ser implementado no Novo Hospital Pediátrico de Coimbra, considerado de referência a nível nacional.

Apesar de esta ser uma prática generalizada noutros hospitais, especialmente a nível europeu e americano, no HPC não existe qualquer iniciativa formal deste género. De salientar que os psicólogos continuam fechados em gabinetes, não estão integrados nas equipas dos serviços de internamento, ainda continuam a trabalhar na dependência dos psiquiatras e só vão aos serviços quando solicitados por médicos, pelo que, muitas das atividades da área da Psicologia são realizadas por outros profissionais.

Pretendendo avaliar especificamente a eficácia do PPPI e tentando retirar o efeito de variáveis interferentes, consideraram-se duas co-variáveis (vinculação e autoeficácia). Verificou-se que a perceção de vinculação não tem uma correlação estatisticamente significativa com a ansiedade, ao contrário da autoeficácia que apresenta uma correlação (negativa) estatisticamente significativa, pelo que após esta verificação se removeu (parcializou) o seu efeito. Utilizámos o teste de análise de Covariância (ANCOVA) e verificámos a existência de diferença estatisticamente significativa nos níveis de ansiedade entre o grupo experimental que foi submetido ao PPPI e o grupo controlo que foi submetido ao procedimento padrão da unidade, sendo que 11% ( $\omega^2 = .11$ ) da variância total dos scores da ansiedade contabilizada é explicada pelo efeito do PPPI.

1 As hipóteses formuladas sobre satisfação com a informação e expectativas sobre a  
2 qualidade global permitiram verificar que o grupo experimental tem melhores resultados,  
3 havendo diferenças estatisticamente significativas com margem de erro inferior a 1% e  
4 5% respetivamente. Relativamente à satisfação geral com o internamento não existem  
5 diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, embora no grupo experimental  
6 a média seja superior.

7 Concluimos que o PPPI pode ser considerado uma ferramenta útil e eficaz na redução  
8 dos níveis de ansiedade das crianças/ adolescentes internados, contribuindo para  
9 promover um maior controlo cognitivo e mantendo as perturbações emocionais em níveis  
10 mais baixos. Podemos ainda concluir que, de um modo geral, melhora a satisfação geral  
11 com o internamento e com a informação disponibilizada, validando melhor também, as  
12 expectativas sobre a qualidade global do serviço.

13 Assim, o PPPI ao fornecer informação adequada, ao facilitar a aprendizagem de  
14 estratégias de confronto, ao contribuir para a diminuição da ansiedade e ao validar  
15 expectativas, cumpriu os objetivos na base da sua criação, sendo um instrumento válido,  
16 de forma a ajudar as crianças/ adolescentes e famílias a enfrentar algumas adversidades  
17 da hospitalização.

18

### 19 *Limitações e implicações*

20 Tendo em conta as limitações do estudo, consideramos que foi realizado com uma  
21 amostra não probabilística de pequena dimensão (30+30), sendo esta uma fraqueza  
22 metodológica. Por outro lado, o processo seleção da amostra foi o possível dentro das  
23 condições disponíveis, não cumprindo com rigor todos os pressupostos de aleatorização.

24 Por outro lado, a intervenção psicoeducativa breve, que se pretendia de 20-25 minutos,  
25 foi frequentemente mais demorada, quando crianças/ adolescentes e famílias  
26 necessitavam de maior atenção e disponibilidade da nossa parte. De qualquer modo,  
27 tentámos sempre cumprir o tempo previsto de forma a seguir os critérios do estudo.

28 Como implicações deste estudo evidenciamos os contributos significativos da reflexão  
29 sobre as práticas e a possibilidade da elaboração de uma norma/ procedimento que  
30 definam o PPPI como “Boa Prática”. Este programa revelou-se muito positivo e válido  
31 na redução da ansiedade, pelo que poderá ser útil a todas as crianças/ adolescentes (e  
32 famílias) logo que possa ser implementado de forma regular.

1 Com este trabalho não pretendemos fazer grandes generalizações. Os resultados obtidos  
2 devem ser interpretados e enquadrados ao contexto da situação, no entanto tornou visível  
3 a necessidade da instituição investir mais na preparação das crianças/ adolescentes e  
4 famílias para o internamento, cirurgias, exames ou outros, na informação e nas  
5 estratégias de confronto com a ansiedade, intervindo de forma programada e com  
6 objetivos bem definidos, como sugere o PPPI.

7 Como o conhecimento e a aprendizagem devem ser contínuos, os resultados obtidos  
8 podem constituir uma base de trabalho para outras investigações.

9 Seria pertinente comparar os resultados a nível da ansiedade dos filhos e dos pais (e vice-  
10 versa, pelo “contágio emocional”), podendo trabalhar a redução da ansiedade nos pais  
11 (sessões de ludoterapia, relaxamento ou formação na parentalidade – outras alternativas  
12 no PPPI) e assim obter efeitos nos resultados dos filhos.

13 No nosso estudo, pela sua natureza (tendo em conta os objetivos e o próprio  
14 instrumento), apenas estudamos a representação da vinculação dos filhos aos pais, logo,  
15 atendendo à intergeracionalidade (Berlin, et al., 2005), será que existe uma correlação  
16 entre o estilo de vinculação da criança e o dos seus pais? Se existir, poderá ajudar-nos a  
17 nível da intervenção psicoterapêutica e também ao nível da prevenção (terapeuta como  
18 figura de vinculação), especialmente quando se suspeitar do padrão inseguro na relação.

19 Verificando que a autoeficácia está relacionada com a ansiedade, até que ponto esta  
20 relação fica alterada nas situações de internamento prolongado ou no caso das crianças/  
21 adolescentes com doença crónica?

22 Atendendo às variáveis estudadas, tivemos em conta apenas o resultado global das  
23 escalas, no entanto será que as suas dimensões nos trariam outras perspetivas dos  
24 resultados?

25 Atendendo a que o PPPI se verificou eficaz na redução da ansiedade porque não validá-lo  
26 com outras variáveis (e.g. bem-estar, depressão, stress)?

27 Dentro das alternativas do programa proposto seria interessante também integrar outras  
28 estratégias emocionais, nomeadamente a “Auto hipnose”, e avaliar qual das estratégias  
29 surte melhores resultados em determinadas situações concretas, nomeadamente no  
30 tratamento de feridas, colocação de sondas, na execução de gessos ou até nas infiltrações,  
31 mantendo uma monitorização dos resultados e consequentemente o seu estudo científico.

1 Um aspeto da importância de um PPPI prende-se com a economia da saúde, diminuindo  
2 por exemplo custos a nível das cirurgias, visto que se os utentes estiverem menos  
3 ansiosos, estão mais colaborantes, o tempo operatório é menor, sendo possível aumentar  
4 o número de atos cirúrgicos por dia. Estando menos ansiosos o sistema nervoso  
5 autónomo não favorece o aumento da tensão arterial e da frequência cardíaca, não  
6 havendo portanto necessidade de intervir farmacologicamente no seu controlo, logo  
7 redução de custos pela redução de fármacos. Sabemos que estes estão relacionados com a  
8 dor, neste sentido, será que um PPPI reduz também o consumo de analgésicos, com  
9 diminuição do tempo de internamento e de outros procedimentos técnicos?

10 Existem muitas variáveis que neste estudo não foram exploradas, mas que seria muito  
11 interessante estudar e compreender as interações existentes (ou não) entre elas.  
12 Compreender como é que o sexo, a idade, escolaridade, o local de residência, a  
13 experiência prévia hospitalar e o diagnóstico clínico, além das características avaliadas  
14 nos pais, interagem com as variáveis em estudo, sendo que poderiam enriquecer os  
15 nossos conhecimentos e melhorar o nosso comportamento enquanto profissionais.

16 Será interessante também, replicar a questão de investigação, utilizando novos  
17 instrumentos e comparar os diferentes resultados.

18 Finalizando, o mundo hospitalar é um campo enorme de investigação onde a Psicologia  
19 tem uma palavra muito importante a dizer, resta-nos ... acreditar sempre e dar valor ao  
20 que realmente gostamos de fazer, continuando disponíveis e flexíveis a novas formas de  
21 analisar as problemáticas!

## Referências bibliográficas

- Almeida, L., & Freire, T. (2000). *Metodologia de investigação em psicologia e educação* (2<sup>nd</sup> ed.). Braga: Psiquilíbrios.
- Anastasi, A. (1990). *Psychological testing* (6<sup>th</sup> ed.). New York: Macmillan Publishing Company.
- Anderson, C.A., & Collier, J.A. (1999). Managing very poor adherence to medication in children and adolescents: an inpatient intervention. *Clinical Child Psychology and psychiatry*, 4, 393-402.
- Andrade, A.C.F. (1999). Abordagem psicoeducacional no tratamento do transtorno afetivo bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 26 (6), 1-8.
- Andrade, L.H.S.G., & Gorenstein, C. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *Revista Psiquiatria Clinica*, 25 (6), 285-290.
- Araújo, A., Favaretto, J., & Sperfeld, M. (2008). *A percepção das crianças e de seus familiares sobre a hospitalização em um conjunto pediátrico*. Faculdade Assis Gurgacz. Cascavel.
- Arnett, J.J. (1999). Adolescent storm and stress, reconsidered. *American Psychologist*, 54 (5), 317-326.
- Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84 (2), 191-215.
- Bandura, A. (1982). Self-Efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37 (2), 122-147.
- Bandura, A. (1986). *Self-efficacy: beliefs in human functioning. Social Foundations of Thought and Action: a social cognitive theory*. Prentice Hall, NJ: Upper Saddle River.
- Barros, L. (1996). Contribuição do estudo das significações sobre saúde e doença para as intervenções em Psicologia Pediátrica. *Análise Psicológica*, 14 (1-2), 215-230.
- Barros, L. (1998). As consequências psicológicas da hospitalização infantil: Prevenção e controlo. *Análise Psicológica*, 16, 11-28.

- Barros, L. (1999). *Psicologia pediátrica: perspectiva desenvolvimentalista*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Barros, L., & Santos, M.C. (2006). Significações sobre parentalidade e bons cuidados: como pensam os pais? In Simões, M.C.T. (Eds). *Psicologia do Desenvolvimento—temas de investigação (95-115)*. Coimbra: Almedina.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Bergmann, T., & Freud, A. (1978). *A criança, a doença e o hospital*. Lisboa: Moraes Editores.
- Berlin, L.J., Ziv, Y., Amaya-Jackson, L., & Greenberg, M.T. (2005). *Enhancing Early Attachments. Theory, research, intervention, and policy*. New York: The Guilford Press.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: attachment*, Vol. 1. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Separation*, Vol. 2. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1979). *Formação e rompimento de laços afetivos (2<sup>nd</sup> ed.)*. São Paulo: Martins Fontes Ed..
- Broering, C.V., & Crepaldi, M.A. (2008). Preparação psicológica para a cirurgia em pediatria: importância, técnicas e limitações. *Paidéia*, 18 (39), 61-72.
- Broering, C.V., & Crepaldi, M.A. (2011). Preparação psicológica e o estresse de crianças submetidas a cirurgias. *Psicologia em Estudo*, 16 (1), 15-23.
- Calnan, M., Katsouyiannopoulos, V., Ovcharov, V. K., Prokhorskas, R., Ramic, H., & Williams, S. (1994). Major determinants of consumer satisfaction with primary care in different health systems. *Family Practice*, 11, 468-478.
- Calvetti, P.U., Silva, L.M., & Gauer G.J.C. (2008) Psicologia da saúde e da criança hospitalizada. *Revista de Psicologia*, 9, (2), 229-234.
- Campos, L., & Carneiro, A.V. (n.d.). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016. A qualidade no PNS 2011-2016*. Alto Comissariado da Saúde, Cembe: Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa.
- Canavarro, M.C.S. (1999). *Relações afetivas ao longo do ciclo de vida e saúde mental*. Coimbra: Quarteto Editora.



- Cardoso, A.C.A. (2010). Experiências dos pais na hospitalização da criança com doença aguda. *Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem* apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto.
- Chan, S.S., & Twinn, S. (2003). Satisfaction with child health services in the non-government sector of Hong Kong: Consumer evaluation. *Nursing and Health Sciences*, 5, 165-173.
- Chiattonne, H.B.C. (2001). A família e a morte da criança. In Angerami-Camon, V.A. (Org.). *E a Psicologia entrou no hospital* (107-133). São Paulo: Pioneira & Thomson Learning.
- Chiattonne, H.B.C. (2003). A criança e a hospitalização. In: Angerami-Camon, V.A. (Org.). *A Psicologia no Hospital*, Cap.2. São Paulo: Pioneira & Thomson Learning.
- Claes, M. (1990). *Os problemas da adolescência (2<sup>nd</sup> ed.)*. Lisboa: Verbo.
- Colom, F., & Vieta, E., (2004). Melhorando o desfecho do transtorno bipolar usando estratégias não farmacológicas: o papel da psicoeducação. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (3), 47-50.
- Cordeiro, D. J. (1994). *A Saúde Mental e a vida*. Lisboa: Edições Salamandra.
- Costa, V.A.S.F., Silva, S.C.F., & Lima, V.C.P. (2010) – O pré-operatório e a ansiedade do paciente: a aliança entre o enfermeiro e o psicólogo. *Revista SBPH*, 13 (2), 282-298.
- Doca, F.N.P., & Junior, Á.L.C. (2007). Preparação psicológica para admissão hospitalar de crianças: uma breve revisão. *Paidéia*, 17 (37), 167-179.
- Donker, T., Griffiths, K.M., Cuijers, P., & Christensen, H. (2009). Psychoeducation for depression, anxiety and a psychological distress: a meta-analysis. *BMC Medicine*, 7:79.
- Elbeck, M., & Fecteau, G. (1990). Improving the validity of measures of patient satisfaction with psychiatric care and treatment. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 998-1001.
- Ferreira, L.A.G. (2009). Depois da rua. Dimensões sociais gerais da vinculação adulta na população sem-abrigo. *Dissertação de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento*, apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

- Ferreira, P.L., & Marques, F.B. (1998). *Avaliação psicométrica e adaptação cultural e linguística de instrumentos de medição em saúde: princípios metodológicos gerais*. Centro de estudos e Investigação em Saúde. Coimbra.
- Ferro, F.O., & Amorim, V.C.O. (2007). As Emoções Emergentes na Hospitalização Infantil. *Revista Científica Electrónica de Psicologia*, 1 (1). Obtido a 20 de Janeiro de 2011 de <http://www.pesquisapsicologica.pro.br/pub01/fabriceya.htm>.
- Fleming, M. (1988). Autonomia comportamental na adolescência e percepções das atitudes parentais. *Dissertação de candidatura ao grau de doutor em Ciências Médicas, especialidade de Psicologia Médica*, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Porto.
- Fleming, M. (1993), *Adolescência e autonomia, o desenvolvimento psicológico e a relação com os pais*. Porto: Edições Afrontamento.
- Fonseca, A., & Perdigão, A. (1999). *Guia dos Direitos da Criança*. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- Fonseca, M.T.A. (1998). O papel do Psicólogo Pediátrico. *Aná. Psicológica*, 16 (1), 177-181.
- Fortin, M.F. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização (3<sup>rd</sup> ed.)*. Loures: Lusociência.
- Galimard, P. (1983). *A criança dos 6 aos 15 anos (7<sup>th</sup> ed.)*, Lisboa: Moraes Editores.
- Gaudêncio, C.A., Sirgo, A., Perales- Soler, F.J., & Amodeo- Escribano, S. (2000). Intervenção psicológica em Cirurgia. *Psicologia em Estudo*, 5, (2), 23-31.
- Gerkenmeyer, J.E., & Austin, J.K. (2005). Development and testing of a scale measuring parent satisfaction with staff interactions. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 32 (1), 61-73.
- Glasper, E. & Haggarty, R. (2006). The psychological preparation of children for hospitalization. In Glasper, A., & Richardson, J., *A textbook of children and young people's nursing (71-76)*. Londres: Elsevier.
- Goldman, S.L., Whitney-Saltiel, D., Granger, J., & Rodin, J. (1991). Children's representation of every day aspects of health and illness. *Journal of Pediatric Psychology*, 16, (6), 746-766.
- Gonçalves, O.F. (n. d.). *Introdução à psicoterapia comportamental*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Grilo, A.M., & Pedro, H. (2005). Contributos da psicologia para as profissões da saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6 (1), 69-89.
- Guedeney, N., & Guedeney, A. (2004). *Vinculação – conceitos e aplicações*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Hotyat, F. (1978). *Psicologia da criança e do adulto*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Hughes, K.E. (2010). *APA Style Guidelines*. Mount Vernon, OH: Mount Vernon Nazarene University.
- Jones, T.L., & Prinz, R.J. (2005). Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: A review. *Clinical Psychology Review*, 25, 341-363.
- Joyce-Moniz, L. (1993). *A psicopatologia do desenvolvimento do adolescente e do adulto*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Joyce-Moniz, L. (2005). *A Modificação do comportamento. Teoria e Prática da psicoterapia e psicopedagogia comportamentais*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Joyce-Moniz, L., & Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde – desenvolvimento e intervenção*. Porto: Edições ASA.
- Justus, R., et al. (2006). Preparing children's and families for surgery: mount sinai's multidisciplinary perspective. *Pediatric Nursing*, 32 (1), 35-43.
- Kain, Z.N., Mayes, L.C., & Caramico, L.A. (2001). Social adaptability and other personality characteristics as predictors for children's reactions to surgery. *J. Clin Anesth*, 12, 549-553.
- King, G., Cathers, T., King, S., & Rosenbaum, P., (2001). Major elements of parents' satisfaction and dissatisfaction with pediatric rehabilitation services. *Children's Health Care*, 30 (2), 111-134.
- Koeppen, A.S. (1974). Progressive Muscle Relaxation for Children. In Relaxation training for children. *Elementary School Guidance and Counseling*, 9, 14-21.
- Koeppen, A.S. (1997). Relaxation training for children. In C.E. Schaefer & D.M. Cangelosi (Eds), *Play Therapy Techniques* (237-243). New Jersey: Jason Aronson.
- Landon, T.M., Ehrenreich, J.T., & Pincus, D.B. (2007). Self-efficacy: a comparison between clinically anxious and non-referred youth. *Child Psychiatry Hum Dev.*, (38), 31-45.

- Lautrey, J. (2007). *Psychologie du développement et de l'éducation*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Lima, M.G.S. (2004). Atendimento psicológico da criança no ambiente hospitalar. In: Bruscato, W.L., Benedetti C., Lopes, S.R.A. (Orgs). *A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Machado, T.S. (2004). Vinculação e comportamentos anti-sociais. In A. C. Fonseca (Ed), *Comportamento anti-social e crime. Da infância à idade adulta* (291-321). Coimbra: Almedina.
- Machado, T.S. (2007). Padrões de vinculação aos pais em adolescentes e jovens adultos e adaptação à universidade. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 41 (2), 5-28.
- Machado, T.S. (2009). Vinculação aos pais: retorno às origens. *Psicologia Educação e Cultura*, III (1), 139-156
- Machado, T.S., & Fonseca, A.C. (2009). Desenvolvimento adaptativo em jovens portugueses: será significativa a relação com os pais? INFAD. *Revista de Psicologia/International Journal of Development and Educational Psychology*, 1 (3), 461-467.
- Machado, T.S., Fonseca, A. C., & Queiroz, E. (2008). Vinculação aos pais e problemas de internalização em adolescentes – dados de um estudo longitudinal. INFAD. *Revista de Psicologia/International Journal of Development and Educational Psychology*, 1 (3), 321-332.
- Machado, T.S., & Oliveira, M. (2007). Vinculação aos pais em adolescentes portugueses: o estudo de Coimbra. *Psicologia e Educação*, VI, (1), 97-115.
- Magnusson, M., Garrett, M.J., & Sundelin, C. (2000). Impact of child health center organization on parental satisfaction. *Scand J Caring Sci*, 14, 232-238.
- McGrath, P.J., Finley, G.A., Ritchie, J., & Dowden, S.J. (2003). *Pain, pain, go away: helping children with pain* (2<sup>nd</sup> Ed.). Halifax: IWK Health Centre and Dalhousie University.
- Matos, P.M., & Costa, M.E. (1996). Vinculação e processos desenvolvimentais nos jovens e adultos. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 12, 45-54.
- Mendes, A.C., Silva, A., Nunes, D., & Fonseca, G. (2005). Influência de um programa psicoeducativo no pré-operatório nos níveis de ansiedade do doente no pós-operatório. *Revista Referência*, II Série (1), 9-14.

- Meredith, P., Strong, J., & Feeney, J. (2006). Adult attachment, anxiety, and pain self-efficacy as predictors of pain intensity and disability. *International Association for the Study of Pain*, 123, 146-154.
- Montagner, H., et al. (1993). Emergence et développement des compétences du jeune enfant. *Arch. Fr. Pédiatr.*, 50, 645-651.
- Morgado, M., Pires, A., & Pinto, J. (2000). Autoeficácia na criança asmática. *Psicologia, Saúde & Doenças* 1, 121-128.
- Montoya, I.D. (2003). Assessing reliability and validity measures in managed care studies. *Clin La Sci*, 16 (3), 153-162.
- Moro, E., & Módolo, N. (2004). A ansiedade, a Criança e os pais. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 54 (5), 728-738.
- Muris, P. (2001). A Brief Questionnaire for Measuring Self-Efficacy in Youths. *A Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23 (3), 145-149.
- Murphy, K.R., & Davidshoper, C.O. (1991). *Psychological testing: principles and applications (2<sup>nd</sup> ed.)*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Muuss, R.E.H. (1996). *Theories of adolescence (6<sup>th</sup> ed.)*. New York: McGraw-Hill.
- Neirahuerta, E.P. (1996). Preparing the child and his family for surgical procedures: nursing intervention. *Rev. Esc. Enf. USP*, 30 (2), 340-53.
- Niditch, L.A., & Varela, R.E. (2012). Perceptions of parenting, emotional self-efficacy, and anxiety in youth: Test of a Mediational Model. *Child Youth Care Forum*, 41, 21-35.
- Odriozola, E.E. (2001). *Perturbações da ansiedade na infância*. Amadora: McGraw Hill.
- O'Leary, A. (1985). Self-efficacy and health. *Behavior Research and Therapy*, 23 (4), 437-451.
- O'Leary, A. (1992). Self-efficacy and health: behavioral and stress-physiological mediation. *Cognitive Therapy and Research*, 16 (2), 229-245.
- Oliveira, J.H.B. (1994). *Psicologia da Educação Familiar*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Oliveira, H. (1997). Ouvindo a criança sobre a enfermidade e a hospitalização. In R.B. Ceccim & P.R.A. Carvalho (Orgs.), *Criança hospitalizada: atenção integral como escuta à vida* (42-55). Porto Alegre: UFRGS.

- Olson, R., Mullins, L., Chaney, J., & Gillman, J. (1994). The role of pediatric psychology in a consultation liaison service. In R. Olson et al. (Eds), *The source book of Pediatric Psychology*, Boston: Allyn and Bacon.
- Ordem dos Psicólogos (2011). *Evidência científica sobre custo-efetividade de intervenções psicológicas em cuidados de saúde*. Outubro, Lisboa.
- Pereira, J.L.S. (2005). Construção de um protocolo de tratamento de ansiedade generalizada. *Dissertação de Mestrado da Universidade Federal do Rio de Janeiro*. Instituto de Psicologia. Programa de Pós graduação em Psicologia. Rio de Janeiro.
- Pestana, M.H., & Gageiro, J.N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais- a complementaridade do SPSS (5<sup>th</sup> ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pintrich, P., & Schunk, D. (1996). *Motivation in Education: Theory, Research & Applications Ch.3*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Polit, D., & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de Psiquiatria em Enfermagem (3<sup>rd</sup> ed.)*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ponciano, E., Serra, A.V., & Relvas, J. (1982). Aferição da escala de auto-avaliação de ansiedade, de Zung, numa amostra de população portuguesa – I. – Resultados da aplicação numa amostra de população normal. *Psiquiatria Clínica*, 3 (4), 191-202.
- Quiles, J.M.O., & Carrillo, F.X.M. (2000). *Hospitalización infantil. Repercusiones psicológicas. Teoria y práctica*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Ribeiro, J.L.P. (1995). Adaptação de uma escala de avaliação da autoeficácia geral. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, 3, 163-176.
- Ribeiro, J.L.P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ribeiro, J.L.P., & Sousa, M. (2002). Vinculação e comportamentos de saúde: estudo exploratório de uma escala de avaliação da vinculação em adolescentes. *Análise Psicológica*, 1, (XX), 67-75.
- Ribeiro, P.I.A.M. (2010). Pré-operatório: o universo da apreensão e do desconhecimento. Estudo de fatores que influenciam o nível de ansiedade estado do doente, no pré-operatório. *Revista Investigação em Enfermagem*, 22, 17-26.
- Roberts, M.C. (2003). *Handbook of Pediatric psychology (3<sup>rd</sup> ed.)*. New York: Guilford Press.

- Sampaio, D. (1994). *Inventem-se novos pais (4<sup>th</sup> ed.)*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Sampaio, D. (2009). *Porque sim*. Alfragide: Editorial Caminho.
- Santos, M.C. (2005). Adesão em pediatria – do Modelo Biomédico ao Modelo Transacional: Contribuições para a intervenção dos profissionais de saúde. *Psicologia, Saúde e Doenças*. VI (002), 145-156.
- Serra, A.V., Ponciano, E., & Relvas, J. (1982). Aferição da escala de auto-avaliação de ansiedade, de Zung, numa amostra de população portuguesa – II. - Sua avaliação como instrumento de medida. *Psiquiatria Clínica*, 3, (4), 203-213.
- Silva, J.T., & Paixão, M. P. (2007). Estudos sobre o papel da autoeficácia em contextos educativos. *Psychologica*, 44, 7-10.
- Smith, L., Coleman, V. & Bradshaw, M. (2006). Family- centered care. In Glasper Richardson, J., *A Textbook of Livingstone*. Elsevier.
- Soares, I. (1996). *Representação da vinculação na idade adulta e na adolescência*. Braga: Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia.
- Soares, I., & Campos, B. (1988). Vinculação e autonomia na relação do adolescente com os pais. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 4, 57-64.
- Soares, M.R.Z., & Bomtempo, E. (2004). A criança hospitalizada: análise de um programa de actividades preparatórias para o procedimento médico de inalação. *Estudos de Psicologia*, 21, 53- 64.
- Sprinthall, N.A., & Collins, W.A. (1999). *Psicologia do adolescente – uma abordagem desenvolvimentalista (2<sup>nd</sup> ed.)*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Stallard, P. (1996). The role and use of consumer satisfaction surveys in mental health services. *Journal of Mental Health*, 5 (4), 333-348.
- Stallard, P., Hudson, J., & Davis, B. (1992). Consumer evaluation in practice. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 2 (4), 291-295.
- Swanson, D.P., Edwards, M.C., & Spencer, M.B. (2010). *Adolescence development during a global era*. USA: Academic Press.
- Tavares, J., & Alarcão I. (1990). *Psicologia do desenvolvimento e da aprendizagem*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Teixeira, E.M.D.B.R., & Figueiredo, M.C.B.A. (2009). A experiência da criança no perioperatório de cirurgia programada. *Revista Referência*. II Série (9), 7-14.

- Thompson, R.W., Grow, C.R., Ruma, P.R., Daly, D.L., & Burke, R.V. (1993). Evaluation of a practical parenting program with middle and low-income families. *Family Relations*, 42, 21-25.
- Tonge, B., King, N., Klimkeit, E., Melvin, G., Heyne, D., & Gordon, M. (2005). The self-efficacy questionnaire for depression in adolescents (SEQ-DA) development and psychometric evaluation. *Eur Child Adolescent Psychiatry*, (14), 357-363.
- Viana, V., & Almeida, J.P. (1987). Psicologia Pediátrica. Intervenção psicológica em pediatria. *Jornal de Psicologia*, 6 (2), 10-13.
- Viana, V., & Almeida, J.P. (1990). Psicologia Pediátrica no Hospital de S. João: Análise retrospectiva. In I. Botelho et. al (Eds), *A psicologia nos serviços de saúde* (69-73). Lisboa: APPORT.
- Zung W.W.K. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*, 12, 371-379.
- Weiss, R.S. (1991). The attachment bond in childhood and adulthood. In C.M. Parkes e Stevenson Hinde & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle* (66-76), London: Tavistock/Routledge.
- West, M., Rose, M., Spreng, S., Sheldon-Keller, A., & Adam, K. (1998). Adolescent Attachment Questionnaire: A brief assessment of attachment in adolescent. *Journal of Youth and adolescence*, 27 (5), 661-673.
- Westaway, M.S., Rheeder, P., Van Zyl, D.G., & Seager, J.R. (2003). Interpersonal and organizational dimensions of patient satisfaction: the moderating effects of health status. *International Journal for Quality in Health Care*, 15 (4), 337-344.
- Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M.E. (2003). *Schema therapy: a practioner's guide*. New York: The Guilford Press.



# **Anexo 1**

## **Consentimento informado**

As questões que se seguem visam o desenvolvimento de uma investigação original, cujo tema é “Efeitos de um Programa de Preparação Psicológica para o Internamento na redução dos níveis de ansiedade, em adolescentes hospitalizados, tendo em conta a vinculação e a autoeficácia”.

Este trabalho é parte integrante do Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento que estou a realizar na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, orientada pelos Professores Doutores Teresa Sousa Machado e José Tomás da Silva.

Pretende contribuir para a Melhoria da Qualidade de Cuidados no Hospital, favorecendo a visão de um Hospital de referência a nível nacional, daí a importância da vossa participação.

Os dados serão tratados de forma anónima e os resultados serão analisados em termos grupais, pelo que a confidencialidade será totalmente garantida.

Participante:

Aceito colaborar neste estudo

---

Acompanhante/respondente:

Autorizo que o meu filho/ colabore neste estudo

---

## **Anexo 2**

SUA REFERÊNCIA 02-12-2010  
NOSSA REFERÊNCIA 0195/Sec  
10-02-2011

Exm<sup>a</sup> Senhora  
Enfermeira Maria Dulce Ramos Carvalho  
Serviço de Ortopedia do DPED do  
Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E.

ASSUNTO **Projecto de investigação “Os efeitos da preparação psicológica nos adolescentes hospitalizados, tendo em conta a vinculação e a auto-eficácia”**

*Conselho de  
Administração*

Cumpre-nos informar V. Exa. que o pedido para a realização do estudo, acima melhor identificado, foi autorizado, nos termos do parecer da Comissão de Avaliação de propostas para Trabalhos Académicos.

Com os melhores cumprimentos,

O Enfermeiro Director  
do Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E.



(Enf. António Sampaio)

/AH

C/c Director do Serviço de Ortopedia do DPED  
Director do Serviço de Cirurgia do DPED

## **Anexo 3**



# **Efeitos de um Programa de Preparação Psicológica para o Internamento na redução dos níveis de ansiedade em adolescentes hospitalizados**

## **Questionário**

Muito obrigada pela colaboração  
Dulce Carvalho

O questionário, para cujo preenchimento pedimos a sua colaboração, integra-se num estudo que visa contribuir para a Melhoria da Qualidade de Cuidados no Hospital. Insere-se no mestrado em Psicologia do Desenvolvimento que estamos a realizar na Faculdade de Psicologia de Coimbra e destina-se exclusivamente a fins de investigação.

Assinale a sua resposta com um **X** no quadrado correspondente.

Por favor verifique se respondeu a todas as questões.

<b>Participante</b>	Idade: _____	Sexo:	Masculino	<input type="checkbox"/>
			Feminino	<input type="checkbox"/>
Escolaridade:			2º Ciclo	<input type="checkbox"/>
			3º Ciclo	<input type="checkbox"/>
			Secundário	<input type="checkbox"/>
Zona de residência:			Rural	<input type="checkbox"/>
			Urbana	<input type="checkbox"/>
Experiência hospitalar:			Sim	<input type="checkbox"/>
			Não	<input type="checkbox"/>
Diagnóstico clínico:			Doença aguda	<input type="checkbox"/>
			Doença crónica	<input type="checkbox"/>
<b>Acompanhante/respondente</b>	Idade: _____		Pai	<input type="checkbox"/>
			Mãe	<input type="checkbox"/>
Estado civil:			Casado/a	<input type="checkbox"/>
			Divorciado/a	<input type="checkbox"/>
			União de facto	<input type="checkbox"/>
			Viúvo/a	<input type="checkbox"/>
			Outro	<input type="checkbox"/>
Zona de residência:			Rural	<input type="checkbox"/>
			Urbana	<input type="checkbox"/>
Escolaridade:			Básico	<input type="checkbox"/>
			Secundário	<input type="checkbox"/>
			Superior	<input type="checkbox"/>
Situação profissional:			Empregado	<input type="checkbox"/>
			Desempregado	<input type="checkbox"/>
			Outro	<input type="checkbox"/>
Nível socioeconómico:			Baixo	<input type="checkbox"/>
			Médio	<input type="checkbox"/>
			Alto	<input type="checkbox"/>

<b>T1</b>				
<b>Instruções:</b>				
Pontua em que medida concordas com cada afirmação.				
Deverás por um círculo no número que corresponde à tua opinião				
	Nenhuma ou raras vezes	Algumas vezes	Uma boa parte do tempo	A maior parte ou a totalidade do tempo
1.Sinto-me mais nervoso/a e ansioso/a do que o costume	1	2	3	4
2.Sinto-me com medo sem nenhuma razão para isso	1	2	3	4
3.Sinto-me facilmente perturbado ou em pânico	1	2	3	4
4. Sinto-me como se estivesse para rebentar	1	2	3	4
5.Sinto que tudo corre bem e nada de mal acontecerá	1	2	3	4
6. Sinto os braços e as pernas a tremer	1	2	3	4
7.Tenho dores de cabeça, de pescoço e de costas, que me incomodam	1	2	3	4
8.Sinto-me fraco/a e fico facilmente cansado/a	1	2	3	4
9.Sinto-me calmo/a e com facilidade me sento e fico sossegado/a	1	2	3	4
10.Sinto o meu coração a bater depressa demais	1	2	3	4
11.Tenho crises de desmaio ou a sensação de que vou desmaiar	1	2	3	4
12.Incomoda-me suspirar	1	2	3	4
13.Posso inspirar e expirar com facilidade	1	2	3	4
14.Sinto os dedos das mãos e dos pés entorpecidos e com picadas	1	2	3	4
15.Costumo ter dores de estômago ou más digestões	1	2	3	4
16.Tenho de esvaziar a bexiga com frequência	1	2	3	4
17.As minhas mãos estão habitualmente secas e quentes	1	2	3	4
18.A minha face costuma ficar quente e corada	1	2	3	4
19.Adormeço facilmente e consigo ter um bom descanso durante a noite	1	2	3	4
20. Tenho pesadelos	1	2	3	4



**T1****Instruções:**

Pontua em que medida concordas com cada afirmação.

Deverás por um círculo no número que corresponde à tua opinião

	Discordo muito	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo muito
1-Parece que os meus pais só reparam em mim quando estou zangado.	1	2	3	4	5
2-Tenho a convicção que os meus pais são capazes de me ouvir.	1	2	3	4	5
3-Tenho prazer em ajudar os meus pais sempre que posso.	1	2	3	4	5
4-Frequentemente sinto zanga contra os meus pais sem saber porquê.	1	2	3	4	5
5-Acredito que os meus pais se esforçam por compreender os meus sentimentos.	1	2	3	4	5
6-Quando os meus pais andam preocupados também me sinto preocupado.	1	2	3	4	5
7-Fico aborrecido com os meus pais porque parece que tenho sempre de estar a pedir o seu apoio e suporte.	1	2	3	4	5
8-Falo com os meus pais acerca de tudo.	1	2	3	4	5
9-Fico feliz quando posso ser útil aos meus pais.	1	2	3	4	5

<b>T1</b>							
<b>Instruções:</b>							
Pontua em que medida concordas com cada afirmação.							
Deverás por um círculo no número que corresponde à tua opinião.							
	Discordo totalmente	Discordo bastante	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo bastante	Concordo totalmente
1- Quando faço planos tenho a certeza que sou capaz de realizá-los.	1	2	3	4	5	6	7
2- Quando não consigo fazer coisas à primeira insisto e continuo a tentar até conseguir.	1	2	3	4	5	6	7
3- Tenho dificuldade em fazer novos amigos.	1	2	3	4	5	6	7
4- Se uma coisa me parece complicada, não tento sequer realizá-la.	1	2	3	4	5	6	7
5- Quando estabeleço objetivos que são importantes para mim, raramente os consigo alcançar.	1	2	3	4	5	6	7
6- Sou uma pessoa autoconfiante.	1	2	3	4	5	6	7
7- Não me sinto capaz de enfrentar muitos dos problemas que se me deparam na vida.	1	2	3	4	5	6	7
8- Normalmente desisto das coisas antes de as ter acabado.	1	2	3	4	5	6	7
9- Quando estou a tentar aprender alguma coisa nova, se não obtenho logo sucesso, desisto facilmente.	1	2	3	4	5	6	7
10- Se encontrar alguém interessante com quem tenho dificuldade em estabelecer amizade, rapidamente desisto de tentar fazer amizade com essa pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
11- Quando estou a tentar tornar-me amigo de alguém que não se mostra interessado, não desisto logo de tentar.	1	2	3	4	5	6	7
12- Desisto facilmente das coisas.	1	2	3	4	5	6	7
13- As amizades que tenho foram conseguidas através da minha capacidade pessoal para fazer novos amigos.	1	2	3	4	5	6	7
14- Sinto insegurança acerca da minha capacidade para fazer coisas.	1	2	3	4	5	6	7
15- Um dos meus problemas é que não consigo fazer as coisas como devia.	1	2	3	4	5	6	7

Questionário nº \_\_\_\_

<b>T2</b>				
<b>Instruções:</b>				
Pontua em que medida concordas com cada afirmação.				
Deverás por um círculo no número que corresponde à tua opinião				
	Nenhuma ou raras vezes	Algumas vezes	Uma boa parte do tempo	A maior parte ou a totalidade do tempo
1.Sinto-me mais nervoso/a e ansioso/a do que o costume	1	2	3	4
2.Sinto-me com medo sem nenhuma razão para isso	1	2	3	4
3.Sinto-me facilmente perturbado ou em pânico	1	2	3	4
4. Sinto-me como se estivesse para rebentar	1	2	3	4
5.Sinto que tudo corre bem e nada de mal acontecerá	1	2	3	4
6. Sinto os braços e as pernas a tremer	1	2	3	4
7.Tenho dores de cabeça, de pescoço e de costas, que me incomodam	1	2	3	4
8.Sinto-me fraco/a e fico facilmente cansado/a	1	2	3	4
9.Sinto-me calmo/a e com facilidade me sento e fico sossegado/a	1	2	3	4
10.Sinto o meu coração a bater depressa demais	1	2	3	4
11.Tenho crises de desmaio ou a sensação de que vou desmaiar	1	2	3	4
12.Incomoda-me suspirar	1	2	3	4
13.Posso inspirar e expirar com facilidade	1	2	3	4
14.Sinto os dedos das mãos e dos pés entorpecidos e com picadas	1	2	3	4
15.Costumo ter dores de estômago ou más digestões	1	2	3	4
16.Tenho de esvaziar a bexiga com frequência	1	2	3	4
17.As minhas mãos estão habitualmente secas e quentes	1	2	3	4
18.A minha face costuma ficar quente e corada	1	2	3	4
19.Adormeço facilmente e consigo ter um bom descanso durante a noite	1	2	3	4
20. Tenho pesadelos	1	2	3	4

Questionário nº \_\_\_\_

Alta	Muito baixa	Baixa	Média	Alta	Muito alta
Considerando a tua experiência com o serviço de internamento, qual é o teu grau de satisfação geral agora?	1	2	3	4	5
Como classificarias a satisfação com a informação disponibilizada no momento da admissão?	1	2	3	4	5

	Não correspondeu	Correspondeu pouco	Correspondeu moderadamente	Correspondeu muito	Correspondeu totalmente
Considerando a tua experiência com o internamento, em que medida é que este correspondeu às tuas expetativas (na qualidade global do serviço)?	1	2	3	4	5

Questionário nº \_\_\_\_