**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO**

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA E ANATOMIA

ADRIANE JACINTO SALUSTIANO

**Doença do refluxo gastroesofágico: avaliação psicológica de
crianças e cuidadores**

Ribeirão Preto
2018

ADRIANE JACINTO SALUSTIANO

Doença do refluxo gastroesofágico: avaliação psicológica de crianças
e cuidadores

Dissertação desenvolvida junto ao Programa de Pós-Graduação em Clínica Cirúrgica do Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Clínica Cirúrgica

Orientadora: Prof^a. Dr.^a Yvone Avalloni de Moraes Villela de Andrade Vicente

Co-Orientadora: Dr.^a. Renata Panico Gorayeb

Ribeirão Preto
2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação
Biblioteca Central da USP de Ribeirão Preto
FAculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP.

Salustiano, Adriane Jacinto

Doença do refluxo gastroesofágico: avaliação psicológica de crianças e cuidadores. Ribeirão Preto / Adriane Jacinto Salustiano; orientadora Prof^a. Dr.^a Yvone Avalloni de Moraes Villela de Andrade Vicente, co-orientadora: Dr^a. Renata Panico Gorayeb - 2018.

171 f.

Dissertação (Mestrado em Clínica Cirúrgica) - Programa de Pós-Graduação em Clínica Cirúrgica, Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - 2018

1. Doença do refluxo gastroesofágico pediátrico. 2. Fatores psicossociais. 3. Fatores familiares.

Nome: SALUSTIANO, Adriane Jacinto

Título: Doença do refluxo gastroesofágico: avaliação psicológica de crianças e cuidadores

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Clínica Cirúrgica do Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Clínica Cirúrgica.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

...ao invés de doença, existem os doentes. E, independente da etiologia, a doença está encravada na biografia do doente e, portanto, deve-se compreender o significado biográfico do seu padecimento. A doença tem um ciclo vital que se modifica, não tem só uma causa e, o mais importante, traz consigo um sentimento, tem um significado que influi, altera e determina seu próprio percurso.

(Juan Antonio Vallejo-Nágera)

Dedico este trabalho aos meus amados,

À minha família e namorado, pelo exemplo de dedicação, luta, apoio, compreensão e incentivo.

Aos meus entes queridos, mesmo não estando mais entre nós, sinto a presença, proteção e luz.

A todos os meus eternos professores, que fazem parte de cada conquista em minha trajetória.

Aos profissionais de saúde, os quais se dedicam à qualificação profissional visando melhores práticas de serviços de saúde.

AGRADECIMENTOS

À Professora Dra. Yvone Avalloni De Moraes Villela De Andrade Vicente, pelo constante apoio e dedicação a este trabalho, em todos os seus momentos, ensinando-me, com tanto carinho e humildade, fazendo-me acreditar que, com fé e dedicação, sempre se consegue conquistar os objetivos. Imensamente grata por todo o acolhimento, por respeitar minhas dificuldades e me ajudar a lidar com elas, com tanto amor e preocupação. Por ajudar-me a perceber que é possível continuar acreditando no trabalho com amor, que não devemos desconfiar do que observamos, devemos sim, ir atrás de descobrir. Que a experiência pode trazer um aprendizado que nenhum livro é capaz de proporcionar a nós, pois podemos dominar todas as técnicas e teorias do mundo, mas ao tocar o universo humano, devemos, também, nos preocupar em ser humanos. Por ensinar, com sutileza, o verdadeiro sentido da humanização na assistência infantil hospitalar. Por acreditar, todos os dias, na importância de um mundo melhor para todas as crianças.

À Dra. Renata Panico Gorayeb, por me ajudar a percorrer os caminhos da ciência, da profissão e da vida, de uma maneira mais centrada. Por estar sempre atenta às minhas dificuldades, ensinando-me, com tanto esforço, a melhor forma de conduzi-las, favorecendo meu crescimento profissional e pessoal. Agradeço por ter se disponibilizado interiramente a este trabalho, com tanto carinho. Por também acreditar que sempre é possível trabalhar em busca de um mundo melhor para as crianças, e por ensinar a todas as suas alunas, a importância de priorizar e respeitar o paciente, olhando para o sofrimento dele com toda a disponibilidade que tivermos. Por receber-me de braços abertos e acreditar em mim, desde que cheguei no HC, ensinando-me muitas coisas importantes e especiais, compartilhando momentos inesquecíveis, e fazendo parte da minha história de maneira insubstituível.

A todos os outros Professores que contribuíram para minha formação pessoal e profissional.

À equipe da Cirurgia Pediátrica que me ensinou, desde o início, a enfrentar os desafios do mundo da Cirurgia Pediátrica, pela dedicação e validação deste trabalho.

A todas as outras equipes que contribuíram para a realização deste trabalho. Agradeço, especialmente, à Dra Rosa, que me ensinou a persistir pela constante dedicação a todas as crianças que precisam de assistência, buscando vencer todas as limitações possíveis. Pelo trabalho conjunto, no qual pude aprender muito.

À minha família, meu namorado e sua família, pelo constante apoio, ajuda, e todos os gestos de amor que me acalentaram a alma, mantendo-me serena em toda a minha caminhada, mesmo nos momentos tempestuosos.

A todas as pessoas que, por acreditarem em mim e na importância deste trabalho, ampararam-me para que eu pudesse continuar firme e confiante no meu objetivo. Dentre elas, as pessoas que me ajudaram no procedimento de realização, correção e formatação do estudo, bem como os colegas profissionais e eternas amigas, todos, sempre ao meu lado.

E, em especial...

Aos cuidadores e crianças que, mesmo com toda a dificuldade enfrentada com a doença, disponibilizaram-se a participar deste trabalho e nos ensinaram, por meio de suas

experiências, a ter melhor compreensão da importância de olharmos para o mundo da criança e para o sofrimento das pessoas.

*Agradeço a **Deus**, por permitir que eu permanecesse em condições saudáveis e com fé para o cumprimento dos meus objetivos nessa longa caminhada e, principalmente, por providenciar todos estes encontros especiais em minha trajetória.*

RESUMO

SALUSTIANO, Adriane Jacinto. **Doença do refluxo gastroesofágico: avaliação psicológica de crianças e cuidadores.** 171 f. Dissertação (Mestrado em Clínica Cirúrgica) - Departamento de Cirurgia e Anatomia, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

A literatura apresenta aspectos psicossociais e familiares como fatores de risco associados ao adoecimento crônico infantil. Considera-se a Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE), patologia crônica de grande prevalência e incidência na população pediátrica, portanto, tema relevante nas questões e estudos de saúde pública. Este estudo levantou as possíveis associações de alterações psicológicas de cuidadores e de crianças, de 3 a 12 anos, com DRGE. Os instrumentos de coleta de dados foram: Questionário Sócio demográfico, Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD), Escala de Qualidade da Interação Familiar (EQIF), Inventário de Estilos Parentais, Escala de Comportamento Infantil (ECI-A2 de Rutter) e uma Entrevista Semiestruturada. Foram aplicados nos cuidadores de três grupos, de crianças com sexo e idades equitativas, distribuídos da seguinte forma: *Grupo 1 - Experimental*: crianças com DRGE primário; *Grupo 2 - Controle 1*: crianças sem DRGE, porém com constipação intestinal crônica funcional, e *Grupo 3 - Controle 2*: crianças hígdas. Para a análise dos dados, foi adotado índice de significância $p \leq 0,005$ e foram realizadas: análises quantitativas (*Teste χ^2 , Teste Exato de Fisher e ANOVA*) e análises qualitativas (*Teste χ^2 , Teste Exato de Fisher*) dos dados obtidos. Observou-se fatores de risco psicossociais, nível de ansiedade e depressão do cuidador, qualidade de interação negativa com a criança, e tendência maior ao estilo parental autoritário e menor ao estilo parental participativo, mais frequentes no grupo de crianças com DRGE. Por outro lado, encontrou-se maior frequência de uso/abuso de álcool e/ou drogas, nos cuidadores dos grupos de crianças adoecidas crônicas em relação ao de normais. Na análise final da escala de comportamento infantil, as crianças classificadas como “com demanda de acompanhamento psicológico ou/psiquiátrico”, representaram maiores índices no grupo de crianças com DRGE, quando comparado aos outros grupos. Também observou-se diferença significativa nos perfis comportamentais, neurótico e antissocial, das crianças em cada grupo. Na entrevista, observou-se, os cuidadores com percepção limitada em relação às questões afetivas das crianças ou de si mesmos, quando comparadas às dos outros instrumentos. Notou-se, também, diferença da percepção dos cuidadores sobre a relação entre a prática de cuidados exercida por eles e os fatores associados ao adoecimento da criança, quando se comparou o grupo de crianças adoecidas com o grupo de normais. Identificou-se diferenças e peculiaridades entre os grupos de crianças adoecidas e normais, bem como especificidades do grupo de crianças com DRGE, quando comparado aos demais. Dessa forma, sugere-se estudos mais aprofundados nas especificidades encontradas, principalmente, nas crianças com DRGE, visando direcionar a prática clínica interdisciplinar de assistência à saúde desta população.

Palavras-chave: Doença do refluxo gastroesofágico pediátrico. Fatores psicossociais. Fatores familiares.

ABSTRACT

SALUSTIANO, Adriane Jacinto. **Gastroesophageal reflux disease: psychological evaluation of children and caregivers.** 171 f. Dissertation (Master in Surgical Clinic) - Department of Surgery and Anatomy, Medical School of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

The literature presents psychosocial and family aspects as risk factors associated with childhood chronic illness. Gastroesophageal Reflux Disease (GERD) is considered a chronic disease of great prevalence and incidence in the pediatric population, therefore, a relevant topic in public health issues and studies. This study raised the possible associations of psychological changes of caregivers and children, from 3 to 12 years old, with GERD. The instruments of data collection were: Demographic Socio Questionnaire, Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD), Family Interaction Quality Scale (EQIF), Inventory of Parenting Styles, Infant Behavior Scale (ECI-A2 by Rutter) Semi structured interview. Group 1 - Experimental: children with primary GERD; Group 1 - Experimental: children with primary GERD; Group 2 - Control 1: children without GERD, but with functional chronic intestinal constipation, and Group 3 - Control 2: healthy children. For the data analysis, a significance level of $p \leq 0.005$ was adopted and quantitative analyzes (χ^2 Test, Fisher's Exact Test and ANOVA) and qualitative analyzes (χ^2 Test, Fisher's Exact Test) of the data were performed. Psychosocial risk factors, anxiety and depression of the caregiver, quality of negative interaction with the child, and a tendency towards authoritarian parental style and lesser participatory parental style, were more frequent in the group of children with GERD. On the other hand, there was a higher frequency of alcohol/drug use/abuse in the caregivers of the groups of children with chronic illness compared to normal ones. In the final analysis of the children's behavior scale, children classified as having "psychological and/or psychiatric follow-up demand" represented the highest rates in the group of children with GERD when compared to the other groups. There was also a significant difference in the behavioral, neurotic and antisocial profiles of children in each group. In the interview, it was observed, caregivers with limited perception regarding the affective issues of the children or of themselves, when compared to the other instruments. Differences in caregivers' perceptions about the relationship between their care practice and the factors associated with the illness of the child were also observed when comparing the group of children who were ill with the normal group. Differences and peculiarities were identified between the groups of sick and normal children, as well as specificities of the group of children with GERD, when compared to the others. Thus, we suggest more in-depth studies on the specificities found, especially in children with GERD, in order to direct the interdisciplinary clinical practice of health care in this population.

Keywords: Pediatric gastroesophageal reflux disease. Psychosocial factors. Family factors.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Resultados significativos da avaliação dos principais fatores de risco no desenvolvimento da criança	51
Figura 2. Resultados significativos da escala HAD	53
Figura 3. Resultados significativos da escala EQIF	59
Figura 4. Resultados significativos do Inventários de Estilos Parentais	67
Figura 5. Resultados significativos da escala Rutter	82
Figura 6. Resultados significativos da entrevista: Questões 1 e 2.....	105
Figura 7. Resultados significativos da entrevista: Questão 3 a Questões 30 e 31 (G1 e G2)/ Questões 26 e 27 (G3)	105

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Procediimento de Análise de dados	45
Tabela 2.	Dados sociodemograficos	48
Tabela 3.	Frequência de psicopatologia parental ou do cuidador.....	49
Tabela 4.	Frequência de uso/abuso de álcool/droga dos cuidadores ou familiares	50
Tabela 5.	Frequência de situações de agressão física envolvendo a criança.....	50
Tabela 6.	Frequência de problemas psicossociais no ambiente da criança	50
Tabela 7.	Frequencia dos níveis de sinais de ansiedade nos cuidadores	51
Tabela 8.	Frequência de ansiedade geral nos cuidadores	52
Tabela 9.	Frequencia dos níveis de sinais de depressão nos cuidadores	52
Tabela 10.	Frequência de depressão geral nos cuidadores	52
Tabela 11.	Resultados do teste Kruskal-Wallis (média ranqueada) para os escores totais da escala HAD.....	53
Tabela 12.	Resultados do teste Mann-Whitney (comparação par a par) para os escores totais da escala HAD.....	53
Tabela 13.	Frequência dos níveis de qualidade no relacionamento afetivo do cuidador com a criança.....	53
Tabela 14.	Frequência dos níveis de qualidade no envolvimento do cuidador com a criança	54
Tabela 15.	Frequência dos níveis de qualidade na imposição de regras e monitoria do cuidador com a criança	54
Tabela 16.	Frequência dos níveis de punição física do cuidador com a criança	54
Tabela 17.	Frequência dos níveis de comunicação positiva do cuidador com a criança	55
Tabela 18.	Frequência dos níveis de comunicação negativa do cuidador com a criança	55
Tabela 19.	Frequência dos níveis de clima conjugal positivo (parental/cuidador).....	55
Tabela 20.	Frequência dos níveis de clima conjugal negativo (parental/cuidador).....	56
Tabela 21.	Frequência da qualidade de exemplo/modelo comportamental do cuidador para a criança.....	56
Tabela 22.	Frequência da qualidade de sentimento da criana em relação ao cuidador	56
Tabela 23.	Frequencia do total de interações positiva do cuidador com a criança.....	57
Tabela 24.	Frequencia do total de interações negativa do cuidador com a criança.....	57
Tabela 25.	Resultados do teste Kruskal-Wallis (média ranqueada) para os escores totais das subescalas da escala EQIF.....	58
Tabela 26.	Resultados do Mann-Whitney Test (comparação par a par) para os escores totais das subescalas da escala EQIF.....	58
Tabela 27.	Comportamento autoritário 1: Você controla e mantém as regras estabelecidas não importando o que aconteça, pois filho tem que obedecer.	59
Tabela 28.	Comportamento autoritário 2: Para você, disciplina significa castigo.....	59
Tabela 29.	Comportamento autoritário 3: Você sempre toma a maioria das decisões pelo seu filho, pois são os pais que devem decidir as coisas.	60
Tabela 30.	Comportamento autoritário 4: Você mostra sua raiva ao seu filho com muita frequência quando ele se comporta de modo errado.....	60
Tabela 31.	Comportamento autoritário 5: Acha que umas palmadas são sempre necessárias e não fazem mal; você também recebeu.	60
Tabela 32.	Comportamento autoritário 6: Muitas vezes, o seu filho não sabe o que você realmente quer que ele faça e precisa ficar repetindo.....	61
Tabela 33.	Comportamento permissivo 1: Você apresenta poucas regras e / poucas expectativas para seu filho.....	61
Tabela 34.	Comportamento permissivo 2: Às vezes, você chama atenção e exige disciplina do seu filho, e outras vezes não.	61

Tabela 35.	Comportamento permissivo 3: Se você fica aborrecido com algo que seu filho fez, não o deixa saber disso, guarda para você.....	62
Tabela 36.	Comportamento permissivo 4: Você se sente muito sobrecarregado com seu filho.	62
Tabela 37.	Comportamento permissivo 5: Você geralmente não aguenta os pedidos, os choros e as discussões com seu filho e acaba fazendo o que ele quer.....	62
Tabela 38.	Comportamento permissivo 6: Você acredita que seu filho pode/deve expressar todos os seus impulsos para se desenvolver.	63
Tabela 39.	Comportamento negligente 1: Você passa pouco tempo com o seu filho.	63
Tabela 40.	Comportamento negligente 2: Você não acha que deve recompensar seu filho por tirar notas boas, pois é obrigação dele.	63
Tabela 41.	Comportamento negligente 3: Você não ajuda seu filho nos trabalhos escolares, pois ele deve ter responsabilidade dentro de si.	64
Tabela 42.	Comportamento negligente 4: Você conhece muito pouco sobre os amigos do seu filho.....	64
Tabela 43.	Comportamento negligente 5: Você abraça e beija pouco o seu filho.....	64
Tabela 44.	Comportamento negligente 6: Você tem pouco tempo para estabelecer regras para seu filho, pois acha que ele é que deve ser responsável.....	65
Tabela 45.	Comportamento participativo 1: Você considera as opiniões e os desejos do seu filho da mesma maneira que considera os seus desejos e opiniões.	65
Tabela 46.	Comportamento participativo 2: Você consegue apontar o comportamento errado do seu filho com firmeza e sem punição física ou verbal.	65
Tabela 47.	Comportamento participativo 3: Você procura elogiar e recompensar o seu filho quando ele se comporta da maneira certa.	66
Tabela 48.	Comportamento participativo 4: Você valoriza o desempenho escolar do seu filho e o apóia nas suas tarefas e provas.	66
Tabela 49.	Comportamento participativo 5: Você sempre consegue comunicar as regras e os limites com clareza e de maneira objetiva.	66
Tabela 50.	Comportamento participativo 6: Você frequentemente está junto com o seu filho e se diverte com ele.	67
Tabela 51.	Frequência de dor de cabeça na criança.....	67
Tabela 52.	Frequência de enurese na criança	68
Tabela 53.	Frequência de mau/humor e nervoso na criança.....	68
Tabela 54.	Frequência de dificuldade da criança para ir à escola.....	68
Tabela 55.	Frequência da criança faltar às aulas na escola.....	69
Tabela 56.	Resultados do teste Kruskal-Wallis (média ranqueada) para o escore total da subescala “problemas de saúde” escala Rutter	69
Tabela 57.	Resultados do teste Mann-Whitney (comparação par a par) para o escore total da subescala “problemas de saúde” escala Rutter	69
Tabela 58.	Frequência do hábito da criança de gaguejar.....	69
Tabela 59.	Frequência de problemas de fala da criança (que não a gagueira)	70
Tabela 60.	Frequência do hábito da criança de pegar as coisas escondidas/roubar.....	70
Tabela 61.	Frequência da dificuldade de alimentação da criança.....	70
Tabela 62.	Frequência da dificuldade de sono da criança	71
Tabela 63.	Frequência do sentimento de medo na criança	71
Tabela 64.	Frequência de presença de movimentos repetitivos (tique) no corpo ou no rosto na criança.....	71
Tabela 65.	Resultados do teste Kruskal-Wallis (média ranqueada) para o escore total da subescala “hábitos” da escala Rutter	72
Tabela 66.	Resultados do teste Mann-Whitney (comparação par a par) para o escore total da subescala “hábitos” da escala Rutter	72
Tabela 67.	Frequência da resposta do cuidador sobre o comportamento da criança "muito agitada"	72

Tabela 68.	Frequência da resposta do cuidador sobre o comportamento da criança "impaciente/inquieta"	73
Tabela 69.	Frequência da resposta do cuidador sobre o comportamento da criança "destrói muito as coisas"	73
Tabela 70.	Frequência da resposta do cuidador sobre o comportamento da criança "briga muito"	73
Tabela 71.	Frequência da resposta do cuidador sobre a situação "a criança não é muito querida por outras"	74
Tabela 72.	Frequência da resposta do cuidador sobre o comportamento da criança "preocupa-se muito"	74
Tabela 73.	Frequência da resposta do cuidador sobre o comportamento da criança "fechada/solitária"	74
Tabela 74.	Frequência da resposta do cuidador sobre o comportamento da criança "irritável"	75
Tabela 75.	Frequência da resposta do cuidador sobre o comportamento da criança "triste/angustada"	75
Tabela 76.	Frequência da resposta do cuidador sobre o comportamento da criança "chupa dedo"	75
Tabela 77.	Frequência da resposta do cuidador sobre o comportamento da criança "rói unha"	76
Tabela 78.	Frequência da resposta do cuidador sobre o comportamento da criança "desobediente"	76
Tabela 79.	Frequência da resposta do cuidador sobre o comportamento da criança "dificuldade de concentração e permanência em atividades"	76
Tabela 80.	Frequência da resposta do cuidador sobre o comportamento da criança "tem medo de situações novas"	77
Tabela 81.	Frequência da resposta do cuidador sobre o comportamento da criança "difícil de lidar"	77
Tabela 82.	Frequência da resposta do cuidador sobre o comportamento da criança "fala muita mentira"	77
Tabela 83.	Frequência da resposta do cuidador sobre o comportamento da criança "maltrata as outras crianças"	78
Tabela 84.	Frequência da resposta do cuidador sobre o comportamento da criança "fala palavras"	78
Tabela 85.	Frequência da resposta do cuidador sobre o comportamento da criança "muito agarrada ao familiar/cuidador"	78
Tabela 86.	Frequência da resposta do cuidador sobre o comportamento da criança "tímida/retraída com pessoas pouco conhecidas"	79
Tabela 87.	Frequência da resposta do cuidador sobre o comportamento da criança "insegura"	79
Tabela 88.	Resultados do teste Kruskal-Wallis (média ranqueada) para o escore total da subescala "afirmações sobre o comportamento" da escala Rutter	79
Tabela 89.	Resultados do teste Mann-Whitney (comparação par a par) para o escore total da subescala "hábitos" da escala Rutter	79
Tabela 90.	Frequência da classificação da demanda da criança para atendimento psicológico/psiquiátrico	80
Tabela 91.	Frequência dos perfis comportamentais encontrados nas crianças	80
Tabela 92.	Resultados do teste Kruskal-Wallis (média ranqueada) para o escore total da classificação de demanda das crianças para atendimento psicológico/psiquiátrico na escala Rutter	81
Tabela 93.	Resultados do teste Mann-Whitney (comparação par a par) para o escore total da classificação de demanda das crianças para atendimento psicológico/psiquiátrico na escala Rutter	81
Tabela 94.	Resultados do teste Kruskal-Wallis (média ranqueada) para o escore total da classificação dos perfis comportamentais das crianças na escala Rutter	81

Tabela 95.	Resultados do teste Mann-Whitney (comparação par a par) para o escore total da classificação dos perfis comportamentais das crianças na escala Rutter	81
Tabela 96.	Procedimento de divisão de temáticas para a categorização do conteúdo das respostas dos cuidadores.....	82
Tabela 97.	Índices de concordância, entre as respostas dos juízes, referentes a categorização da entrevista.....	85
Tabela 98.	Questão 1: Frequência dos níveis em que o cuidador percebe a criança como agitada.....	86
Tabela 99.	Questão 2: Frequência dos níveis em que o cuidador percebe a si mesmo como agitado	86
Tabela 100.	Questão 1: Frequência dos níveis em que o cuidador percebe a criança como calma....	87
Tabela 101.	Questão 2: Frequência dos níveis em que o cuidador percebe a si mesmo como calmo	87
Tabela 102.	Questão 1: Frequência dos níveis em que o cuidador percebe a criança como estressada.....	87
Tabela 103.	Questão 2: Frequência dos níveis em que o cuidador percebe a si mesmo como estressado.....	88
Tabela 104.	Questão 1: Frequência dos níveis em que o cuidador percebe a criança como tranquila.....	88
Tabela 105.	Questão 2: Frequência dos níveis em que o cuidador percebe a si mesmo como tranquilo.....	89
Tabela 106.	Questão 1: Frequência dos níveis em que o cuidador percebe a criança ansiosa	89
Tabela 107.	Questão 2: Frequência dos níveis em que o cuidador percebe a si mesmo como ansioso	89
Tabela 108.	Questão 1: Frequência dos níveis em que o cuidador percebe a criança como paciente.....	90
Tabela 109.	Questão 2: Frequência dos níveis em que o cuidador percebe a si mesmo como paciente	90
Tabela 110.	Questão 1: Frequência dos níveis em que o cuidador percebe a criança como triste	90
Tabela 111.	Questão 2: Frequência dos níveis em que o cuidador percebe a si mesmo como triste	91
Tabela 112.	Questão 1: Frequência dos níveis em que o cuidador percebe a criança como alegre ...	91
Tabela 113.	Questão 2: Frequência dos níveis em que o cuidador percebe a si mesmo como alegre	91
Tabela 114.	Questão 1: Frequência dos níveis em que o cuidador percebe a criança como medrosa.....	92
Tabela 115.	Questão 2: Frequência dos níveis em que o cuidador percebe a si mesmo como medroso	92
Tabela 116.	Questão 1: Frequência dos níveis em que o cuidador percebe a criança como segura....	92
Tabela 117.	Questão 2: Frequência dos níveis em que o cuidador percebe a si mesmo como seguro.....	93
Tabela 118.	Questão 3: Com quem e onde seu (a) filho (a) dorme?	93
Tabela 119.	Questão 4: Em que horário sua filho (a) dorme?	94
Tabela 120.	Questão 5: Você acha que seu (a) filho (a) tem uma alimentação saudável?	94
Tabela 121.	Questão 5a: Como ela é? Por quê?	94
Tabela 122.	Questão 5b: Com que frequência como besteira por semana?	95
Tabela 123.	Questão 6: Qual é o grau de preocupação que você tem com seu (a) filho (a)?	95
Tabela 124.	Questão 7: O seu filho precisa de ajuda para fazer alguma atividade de rotina? Qual? (ex: ir ao banheiro, trocar de roupa, escovar os dentes, se alimentar, estudar, banho, ou outras.)	96
Tabela 125.	Questão 8: Quais ele consegue fazer bem sozinho/sem a sua ajuda?	96
Tabela 126.	Questão 9: Como diria que é a saúde de seu (a) filho (a)?	96
Tabela 127.	Questão 9a: Porque considera assim?	97

Tabela 128. Questões 10 e 11: Você sabe o nome do problema de saúde que seu filho tem? Explique, com suas palavras, o que é a doença que ele tem. (Descrito nominalmente).....	97
Tabela 129. Questões 10 e 11: Se seu filho tivesse alguma doença crônica o que você acharia importante saber sobre o problema de saúde? Acharia importante a criança fazer tratamento de saúde para a doença?.....	98
Tabela 130. Questão 12: Desde quando você sabe que ele (a) tem este problema de saúde?	98
Tabela 131. Questões 13 e 14: Faz tratamento médico para este problema de saúde? Há quanto tempo faz o tratamento?.....	98
Tabela 132. Questão 15: Como é o tratamento que seu (a) filho precisar fazer?	99
Tabela 133. Questão 16 (G1 e G2)/Questão 12 (G3): Quando seu filho vai ao médico, o quanto você segue as orientações médicas com o seu filho?.....	99
Tabela 134. Questão 17 (G1 e G2)/Questão 13 (G3): Porque você acha que seu (a) filho (a) tem este problema de saúde? Porque motivos você acha que uma criança pode adoecer? .	100
Tabela 135. Questões 18 e 18a (G1 e G2)/Questões 14 e 14a (G3): Você percebeu alguma mudança no (a) seu (a) filho (a) após a descoberta do problema de saúde? Qual mudança você percebeu? Você acha que seu filho mudaria de comportamento se ele tivesse doente?	100
Tabela 136. Questões 19 e 19a (G1 e G2)/Questões 15 e 15a (G3): Você muda a exigência de regras e limites com seu filho quando ele piora da doença? O quê você muda? Você muda a exigência de regras e limites com seu filho quando ele está doente? O quê você muda?	101
Tabela 137. Questão 20 (G1 e G2)/Questão 16 (G3): Que sentimento (s) você tem por seu filho estar doente?	101
Tabela 138. Questão 21 (G1 e G2)/Questão 17 (G3): O que você acha de ser pai/mãe/outro?	101
Tabela 139. Questão 22 (G1 e G2)/Questão 18 (G3): Ser pai/mãe/cuidador te impede de fazer algo que gostaria de fazer para você?	102
Tabela 140. Questão 23 (G1 e G2)/Questão 19 (G3): Quanto tempo você gasta com seu filho por dia?	102
Tabela 141. Questão 24 (G1 e G2)/Questão 20 (G3): Isto é um problema para você?	102
Tabela 142. Questões 25 e 25a (G1 e G2)/Questões 21 e 21a (G3): Você educa seu filho da mesma forma que foi educado pelos seus pais? Por quê?	103
Tabela 143. Questão 26 (G1 e G2)/Questão 22 (G3): Você acha suficiente/que está bom o que faz de cuidado de saúde para o seu filho?.....	103
Tabela 144. Questão 27 (G1 e G2)/Questão 23 (G3): A renda familiar é suficiente para fazer o tratamento médico do problema de saúde do (a) seu (a) filho (a)? (remédios não encontrados no SUS, locomoção, faltas no emprego, etc).....	103
Tabela 145. Questão 28 (G1 e G2)/Questão 24 (G3): O que mais te preocupa no comportamento seu filho?.....	104
Tabela 146. Questão 29 (G1 e G2)/Questão 25 (G3): O que mais te preocupa na sua vida?	104
Tabela 147. Questões 30 e 31 (G1 e G2)/Questões 26 e 27 (G3): Você tem alguma dúvida sobre o que conversamos? Gostaria de saber ou falar mais alguma coisa?.....	105

LISTA DE SIGLAS

RGE –	Refluxo Gastroesofágico
DRGE –	Doença do Refluxo Gastroesofágico
NASPGHAN –	North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition
ESPGHAN –	European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition
CP7 –	Ambulatório de Cirurgia Pediátrica
GIN –	Gastrologia Infantil
HCFMRP-USP –	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo
PAM II –	Posto de Atendimento Médico Dra. Teresinha Garcia José Gradim
NGA –	Núcleo de Gestão Assistencial - Ambulatório Regional de Especialidades
MAC –	Ambulatório de Manejo de Cólon
GIN –	Ambulatório de Gastrologia Infantil
NSF –	Núcleo de Saúde da Família
CMS –	Centro Médico de Saúde
IBGE –	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ABEP –	Associação brasileira de empresas de pesquisa
HAD –	Hospital Anxiety and Depression Scale
EQIF –	Escala de Qualidade de Interação Familiar
ECI-A2 –	Escala de Comportamento Infantil-A2
TCLE –	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
CEP –	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CFP –	Conselho Federal de Psicologia

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	21
1.1. Definições	22
1.2. Aspectos clínicos	23
1.3. Epidemiologia	25
1.4. Doença crônica na criança e aspectos psicológicos.....	26
1.4.1. Impactos do adoecimento na vida da criança e familiares	27
1.4.2. Impactos da estruturação psicossocial do contexto familiar no adoecimento pediátrico	28
2. JUSTIFICATIVA	32
3. OBJETIVO DA PESQUISA.....	34
3.1. Objetivo Geral.....	34
3.2. Objetivos Específicos	34
4. MÉTODO	36
4.1. Sujeitos.....	36
4.1.1 Critérios de inclusão e exclusão dos grupos	36
4.2. Local	39
4.3. Material.....	40
4.4. Procedimento de coleta de dados.....	43
4.5. Análise de dados	44
4.6. Considerações éticas.....	46
4.6.1. Avaliação dos riscos e benefícios	46
5. RESULTADOS	48
5.1. Caracterização dos participantes	48
5.2. Fatores de risco psicossociais para o desenvolvimento infantil	49
5.3. Sinais de ansiedade e depressão do cuidador (HAD)	51
5.3.1. Ansiedade	51
5.3.2. Depressão.....	52
5.4. Qualidade da interação familiar (EQIF)	53
5.4.1. Interações favoráveis ao desenvolvimento saudável dos filhos	56
5.4.2. Interações prejudiciais para o desenvolvimento infantil saudável	57
5.5. Estilos parentais identificados pelos cuidadores	59
5.6. Comportamento Infantil.....	67
5.6.1. Problemas de saúde.....	67
5.6.2. Hábitos.....	69
5.6.3. Afirmções sobre comportamentos.....	72
5.6.4. Análise Final da Escala.....	80
5.7. Entrevista	82
5.7.1. Temáticas e categorias	82
5.7.2. Validação da categorização da entrevista	83
5.7.3. Avaliação das categorias	84
5.7.4. Reavaliação das categorias	84
5.7.5. Análise dos Resultados	86

6. DISCUSSÃO.....	107
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	120
8. CONCLUSÃO	125
REFERÊNCIAS	127
APÊNDICES	137
<i>Apêndice 1. Categorização da entrevista.....</i>	<i>137</i>
<i>Apêndice 2. Cálculos do Coeficiente Kappa para múltiplos juízes.....</i>	<i>143</i>
ANEXOS.....	146
<i>Anexo 1. Instrumentos de Coleta de Dados</i>	<i>146</i>
<i>Anexo 2. Termos de Consentimento Livre e Esclarecido</i>	<i>159</i>
<i>Anexo 3. Documentos de Aprovação do Projeto de Pesquisa.....</i>	<i>165</i>
<i>Anexo 4. Documentos de Aceite dos Locais para a Coleta de Dados.....</i>	<i>167</i>

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Queixas gástricas recorrentes, como vômito e regurgitação, são comuns, principalmente no primeiro ano de vida, sendo, o refluxo gastroesofágico (RGE) uma das mais prevalentes (CASTRO et al., 1999; NORTON; PENNA, 2000; TOLIA; WUERTH; THOMAS, 2003; VANDENPLAS, 1994). Esses sintomas representam a causa mais frequente da procura por consulta médica pediátrica no mundo todo, principalmente nos recém-nascidos e nos lactentes. Nos últimos anos, houve aumento gradativo do conhecimento sobre RGE, possibilitando diagnóstico clínico mais acurado, frente à diversidade de sintomas encontrados em lactentes, crianças, adolescentes e adultos (GOLDANI et al., 1996; KAWAKAMI, 1983; KLEINMAN et al., 2006; TOLIA; WUERTH; THOMAS, 2003; VANDENPLAS; HAUSER, 2015; VANDENPLAS, 2017).

As crianças desenvolvem-se por meio de condições biológicas, psicológicas e sociais, envolvendo fatores de risco e de proteção para o adoecimento. De acordo com a teoria do desenvolvimento humano, definido como um processo de mudanças ordenadas e duradouras ocorridas ao longo da vida, os eventos estressores, presentes nos diversos ambientes da criança, incluindo as causas físicas (trauma, dor, limitações secundárias a adoecimento) e/ou psicológicas (medo, estresse, ansiedade, insegurança, problemas de relações sociais), devem ser considerados como fator de impacto significativo na qualidade de vida familiar e no desenvolvimento infantil saudável, podendo ocasionar condições físicas e psíquicas patológicas, sobretudo crônicas (CREPALDI; RABUSKE; GABARRA, 2006; KOOLHAAS et al., 2011; MINEKA; KIHLSSTROM, 1978).

Assim, quanto mais fatores de risco, maior o impacto gerado no desenvolvimento infantil, e maior a probabilidade de ocorrência dos diversos tipos de patologias. Os fatores de risco biológicos são: doenças crônicas, fatores genéticos, prematuridade, infecções parasitárias, dentre outras. Os fatores de risco psicossociais incluem: condição socioeconômica, baixa escolaridade dos cuidadores, falta de estimulação física e verbal da criança, punição ou agressão física, psicopatologia parental, alcoolismo ou drogadição na família, dentre outros. Porém, as características específicas do contexto familiar e de cada criança, devem ser avaliadas, observando a presença dos eventos estressores e dos fatores de proteção: acesso a serviços de saúde, rede de apoio familiar e social (CREPALDI; RABUSKE; GABARRA, 2006).

Dessa forma, esperou-se, com este estudo, rastrear aspectos psicológicos dos cuidadores e das crianças com DRGE, qualidade da interação familiar, fatores de risco em maior tendência nessa população.

1.1. Definições

Denomina-se RGE o movimento retrógrado e passivo do conteúdo gástrico para o esôfago, frequente em crianças, na maioria das vezes, de evolução benigna e caracterizado pela presença de regurgitações, definidas como o retorno involuntário de alimentos ou secreções para a boca. Distingue-se do vômito, pois não ocorre de forma abrupta, forçada e envolvendo o movimento do estômago, esôfago e diafragma. Tanto a regurgitação e o vômito são sintomas de RGE, mas quando geram esofagite, apneia, doenças respiratórias, aspiração pulmonar ou falhas no crescimento, são determinados como DRGE (KODA, 1996; MOUSA; HASSAN, 2017; NORTON; PENNA, 2000; ORENSTEIN, 1991; RASQUIN-WEBER et al., 1999; SINGENDONK et al., 2017).

Considera-se de extrema importância a diferenciação do RGE para a DRGE e a sua definição, mesmo que a definição inicial tenha sido elaborada para adultos, com base em evidências e revisões de estudos realizados no Consenso Internacional de Montreal. Atualmente, utilizam-se estas diretrizes para definir as prioridades de pesquisas na área e embasar as orientações no manejo clínico dos pacientes. Estes estudos, limitados apenas à população adulta, impõem o reconhecimento de necessidade de abordagem específica do problema, na população pediátrica (BENNINGA et al., 2014; RYBAK et al., 2017; VAKIL et al., 2006).

O estudo de Diaz et al. (2007), sobre os conhecimentos, atitudes e estilos da prática profissional em pediatria, constatou existir extensa variedade de definições para a DRGE empregada na literatura e na prática diária. A variedade de condições clínicas, nomenclaturas inconsistentes e a falta de definições claras para a DRGE pediátrico e suas manifestações em recém-nascidos, lactentes, crianças pré-escolares, escolares e adolescentes, geram diversidade na abordagem clínica dos pacientes e confusão para os profissionais de saúde, tanto ao interpretar os dados da literatura, quanto ao adotar testes diagnósticos atualmente disponíveis.

Diante deste cenário, Sherman et al. (2009) publicou um estudo ressaltando a necessidade de estabelecer-se definição uniforme e consensual para a DRGE nas diferentes faixas etárias pediátricas. Este estudo, realizado a partir do processo de Delphi, um conjunto de afirmações baseadas em pesquisas sistemáticas da literatura, foi desenvolvido e votado por

um grupo internacional de gastroenterologistas pediatras. Criou-se, por meio deles, o consenso mundial para definição do DRGE em crianças, no qual encontrou-se concordância em 98% das 59 afirmações de definições da DRGE pediátrico e 95% delas foram aceitas por 87,5% dos votantes. Portanto, os itens de consenso de relevância para a definição final de DRGE pediátrico foram: a) A DRGE está presente quando o conteúdo gástrico, refluído para o esôfago, provoca sintomas e/ou complicações. Todavia, quando se trata de crianças com idade inferior a 8 anos, a definição do quadro clínico e dos sintomas torna-se subjetiva, inespecífica e pouco confiável, nesses casos, pela dificuldade de caracterização fidedigna dos sintomas pela criança. b) A histologia tem limitado uso na inclusão ou exclusão do diagnóstico da DRGE e seu papel principal é a exclusão de outras doenças. c) O esôfago de Barrett deve ser definido como uma metaplasia esofágica, a qual se trata de uma metaplasia intestinal, positiva ou negativa; e não deve ser incluído no diagnóstico de DRGE. d) Manifestações extra esofágicas podem estar associadas à DRGE, mas, necessitam ser comprovadas.

Houve grande investimento nesse consenso de definição para a DRGE na criança, buscando melhor direcionamento no protocolo de atendimento em pediatria, mas a literatura mostra permanência na dificuldade dos médicos ao diagnosticar a doença utilizando os protocolos, mesmo quando treinados (QUITADAMO et al, 2014a; QUITADAMO et al., 2014b).

1.2. Aspectos clínicos

As manifestações clínicas da DRGE são diversas e os pacientes podem ser pouco ou muito sintomáticos, algumas vezes, com complicações graves e com manifestações extraesofágicas, em sua maioria, relacionadas com o trato respiratório, envolvendo sintomas de apneia, tosse, laringite crônicas, otite média serosa e sinusite. Por outro lado, não se pode afirmar com clareza a associação entre as complicações secundárias e a DRGE, como por exemplo as complicações respiratórias e a associação da DRGE com a asma, o que tem sido motivo de grande controvérsia na literatura, principalmente, em relação à fisiopatologia dos sintomas da DRGE e da asma (BENEDICTIS; BUSH, 2017; DAVIES; BURMAN-ROY; MURPHY, 2015; HOFFMAN et al., 2010; SINGENDONK et al., 2018; SINGENDOCK et al, 2017b; VANDENPLAS et al., 2009).

Crianças com DRGE, não necessariamente, apresentam pirose, pelo menos até o final da infância e início da adolescência. Isto as diferencia, em aspectos clínicos, do adulto com DRGE, mas implica na necessidade de tratamento adequado, pois pode causar sérios danos à saúde da criança. E visando uma diretriz na abordagem clínica e tratamento em crianças, o RGE foi classificado em: 1.Fisiológico: refluxo episódico, em particular no período pósprandial, podendo ocorrer em indivíduos saudáveis de qualquer idade. 2.Funcional: apresenta frequência maior de episódios comparado ao fisiológico e pode ser constatado em exames diagnósticos sem, no entanto, causar danos ou doença na criança. Desenvolve-se como parte do processo de desenvolvimento natural da motilidade gastrointestinal, sem disfunção básica orgânica. 3. Patológico: a) Primário: os sintomas do refluxo antecedem quaisquer complicações como: esofagite do refluxo, estenose esofágica, esôfago de Barrett, pneumonias de repetição, apneia, broncoespasmos, desnutrição, irritabilidade excessiva, hematêmese, melena, dificuldade alimentar, tosse crônica, tosse noturna, morte súbita, complicações otorrinolaringológicas. b) Secundário: está associado a doenças pré-existentes e/ou a alterações anatômicas e estruturais do trato digestivo alto (BOYLE, 1989; GOLD, 2008; HOFFMAN et al., 2010; NORTON; PENNA, 2000; VANDENPLAS; HASSAL, 2002; VANDENPLAS et al., 2009; VANDENPLAS; HAUSE, 2015; VANDENPLAS, 2017).

Há uma preocupação crescente, dos profissionais, com a excessiva solicitação de exames complementares e o excesso de prescrição de medicamentos para crianças saudáveis que regurgitam, além de outras intervenções terapêuticas invasivas e estressoras. Entre crianças com regurgitações de frequência preocupante para os pais, apenas 2% necessitarão de investigação e 0,4% de cirurgia. Dessa forma, diante das repercussões clínicas da DRGE na criança é exigido habilidade no diagnóstico e atenção na escolha do tratamento mais adequado a cada caso, pois alguns tratamentos invasivos e medicamentosos para a DRGE não têm sido eficazes, gerando mais custos para a saúde pública e impactos na qualidade de vida da criança e seus cuidadores (AMARAL, 2012; COHEN; MESQUITA; MIMOUNI, 2014; COSTA et al., 2004; FERREIRA et al., 2014; GOLD, 2008; GUIMARÃES; MARGUET; CAMARGOS, 2006; NORTON; PENNA, 2000; PILLI; JIWANE; KRISHNAN, 2017).

Os autores afirmam que, do ponto de vista psicológico, reconhecer os sinais e sintomas na criança, atentar-se aos fatores de risco associados à doença, e não simplesmente, aceitar apenas no relato do cuidador, auxilia no diagnóstico clínico da DRGE. Além disso, os pacientes podem ser incapazes de relatar sintomas, mas mostram as complicações secundárias à DRGE.

Portanto, considera-se a mudança no estilo de vida da criança e seus familiares importante parte da terapêutica da DRGE e, diante disto, a educação, a orientação e o suporte aos pais são continuamente necessários para gerenciar, de forma saudável, as crianças com a DRGE (VANDENPLAS et al., 2009; VANDENPLAS; HAUSER, 2015; VANDENPLAS, 2017).

1.3. Epidemiologia

A Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) consiste numa patologia com grande impacto mundial e mais comum nos países ocidentais, sendo a patologia esofágica de maior prevalência na população pediátrica e causa de frequentes consultas e encaminhamentos à especialidade de gastroenterologia pediátrica, além de tema relevante nas questões de saúde pública (AMARAL, 2012; MORAES-FILHO et al., 2002; OLIVEIRA et al., 2005).

A prevalência do RGE geral mostra-se entre 10% e 20% no mundo ocidental e 5% no oriente, dados mais recentes corroboram, apontando para prevalência de 7% a 20% no ocidente. No Brasil, abrange 24% das consultas pediátricas em lactentes e 10% em crianças e adolescentes (BARROS, 2005; SLATER; ROTHENBERG, 2017).

Descreve-se a DRGE como um problema crescente na população pediátrica, com incidência de 1,8% a 8,2%. As evidências demonstram, muitas vezes, um diagnóstico controverso, sendo a doença sobre diagnosticada em crianças saudáveis, as quais apresentam apenas RGE funcional ou subdiagnosticada, implicando em atraso no diagnóstico, após o início dos sintomas. Também há frequente automedicação dos sintomas relacionados ao refluxo, sem adequada avaliação médica, dificultando a determinação precisa da prevalência da doença (AMARAL, 2012).

Observa-se imprecisão nos dados de prevalência, pois estudos mostram a ocorrência do RGE funcional, intermitentemente, com pico de prevalência de 70%, aos quatro meses de idade, e no primeiro ano de vida, geralmente, tem resolução espontânea. Outros estudos referem prevalência, no primeiro ano de vida de 67%, entre 4 e 5 meses, caindo para 21% entre 6 e 7 meses e para menos de 5% aos 12 meses (GUIMARÃES; MARGUET; CAMARGOS, 2006; OLIVEIRA et al., 2013).

Outros, ainda, apontam prevalência de sintomas persistentes, decorrentes da DRGE, durante toda a infância em 7,2%, 2,3% e 1,8%, respectivamente, de dor epigástrica,

regurgitação e dor torácica, em crianças maiores, bem como prevalência de DRGE secundária a distúrbios neurológicos de 65% a 70% (AMARAL, 2012).

Os fatores de risco associados à DRGE: ser do sexo masculino, aumento da idade, estresse, comorbidades, baixo índice de bem-estar, insônia, obesidade e sobrepeso. Estudos apontam para cinco grupos de crianças com risco aumentado para a DRGE grave e complicações associadas: 1. Crianças com doenças neurológicas; 2. Crianças obesas; 3. Crianças com fibrose cística; 4. Crianças com anomalias congênitas do trato gastrointestinal superior; 5. Crianças com histórico familiar de doenças do esôfago. Contudo, não apenas nesses grupos se impõe necessidade de vigilância e acompanhamento das crianças, tanto a curto quanto a longo prazo (GOLD, 2008; VANDENPLAS et al., 2009).

Os estudos de epidemiologia da DRGE realizados na população pediátrica são escassos e a sua prevalência tem sido pouco documentada (HOFFMAN et al., 2010; VANDENPLAS et al., 2009).

1.4. Doença crônica na criança e aspectos psicológicos

Os problemas psicológicos e sociais parentais, por exemplo: ansiedade e depressão, influenciam no funcionamento psicossocial e no bem-estar infantil, bem como na adesão ao tratamento da criança. Um estudo apontou menor controle da asma, quando os cuidadores de crianças asmáticas, apresentavam transtorno de ansiedade ou depressivo. O mesmo ocorre em crianças com anemia falciforme, cujo estresse dos pais tem associação direta, com a gravidade da doença e, também, com o aumento da procura por serviços de saúde. Portanto, os cuidadores de uma criança com doença crônica apresentam, de maneira significativamente maior, estresse, ansiedade e depressão, quando comparados aos cuidadores de crianças saudáveis (VAN OERS et al., 2014).

A análise do funcionamento psicossocial parental pode auxiliar em intervenções clínicas. Assim, considera-se importante que o médico, que cuida de crianças adoecidas crônicas, observe o funcionamento psicossocial parental, afim de identificar questões influentes no tratamento infantil. Nesse sentido, o conhecimento da relação entre os cuidadores, principalmente as mães, e as crianças, consiste em importante instrumento diagnóstico para o pediatra. Diante dos desafios diários nos cuidados com as crianças adoecidas crônicas, ressalta-se a necessidade de investimento na atenção e na orientação dos

profissionais de saúde para com os cuidadores, visando promoção de bem-estar e qualidade de vida nesta população (VAN OERS et al., 2014).

1.4.1. Impactos do adoecimento na vida da criança e familiares

Em estudo realizado, em 2014, os autores descreveram oito situações relacionadas às dificuldades enfrentadas pelos pais de crianças, com doença do refluxo gastroesofágico: a) Episódios de vômitos frequentes; b) Ocorrência de pneumonias; c) Custo elevado do tratamento; d) Perda de peso; e) Alteração do padrão de sono da criança; f) Dificuldade na adesão ao tratamento; g) Impactos prejudiciais no convívio social; h) Orientações insuficientes sobre a patologia e o tratamento. Nesse estudo, 75% dos pais relataram dificuldade de manejo nos episódios de vômitos frequentes e, aproximadamente, 20% tiveram problemas com o posicionamento adequado da criança.

Consideram, ainda, os episódios frequentes de vômitos e/ou regurgitações como causa de elevada ansiedade nos pais, quando comparados a outros sintomas e, nesta ocasião, as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde auxiliam aos pais na elaboração de estratégias de manejo da doença mais adequadas, trazendo benefícios durante o tratamento e favorecendo menor ocorrência de complicações associadas à DRGE. Consequentemente, a angústia da criança, gerada pelo desconforto dos sintomas da doença e alterações na dinâmica familiar, é aliviada, propiciando melhora emocional infantil (CORDEIRO et al., 2014).

Em outro estudo, os autores observaram que a maioria das crianças com DRGE aparentava sentir-se normal, segundo o relato dos pais, no entanto, uma vez que, começavam a escola, notaram diferenças na auto-imagem e afeto. Algumas crianças foram capazes de lidar com essas diferenças e manter boa autoimagem, enquanto outras crianças acreditavam, não ser justo com elas, viver os impactos da doença. A maioria dos pais descreveu seus filhos como muito felizes, outros, descreveram autoimagem, autoconfiança, maturidade e auto percepção infantis afetadas (ACIERNO et al., 2010).

Os estudos mostram o impacto negativo da doença do refluxo gastroesofágico na criança, relacionado principalmente à dificuldade de gerir a privação de vários alimentos comuns às crianças saudáveis, aversão com recusa de ingestão e vômito, além das dificuldades de adesão plena ao tratamento, de manter a higiene da criança preservada, de compreensão dos cuidadores sobre a natureza da doença e características do tratamento, bem como no relacionamento do paciente com os pais e com os profissionais de saúde e, também, dificuldades demográficas, econômicas e sociais. Diante de tais dificuldades, muitas vezes, há

o isolamento social da criança e dos familiares, bem como desenvolvimento de problemas emocionais (ACIERNO et al., 2010; CORDEIRO et al., 2014; PILLI; JIWANE; KRISHNAN, 2017).

Tanto esses problemas emocionais quanto temores e expectativas relacionadas ao controle da doença física da criança, geram aumento de ansiedades infantil e parental. A caracterização familiar de crianças com DRGE apresenta semelhança com a de crianças portadoras de qualquer doença incapacitante e/ou que requeira hospitalização, pois observa-se, frequentemente, no relato dos cuidadores, a preocupação com o manejo adequado dessa doença, bem como o sentimento de culpa frente aos impactos gerados pelo adoecimento (URREGO; BENÍTEZ, 2011).

Os pais das crianças com DRGE relatam buscar formas de enfrentamento para melhorar a qualidade de vida familiar, utilizando diversas estratégias para lidar com os impactos da doença e minimizar o sofrimento das crianças. Algumas habilidades de enfrentamento utilizadas incluem: acalmar e distrair a criança, direcionar e orientar sobre o ocorrido, aceitar ajuda de outras pessoas e minimizar o problema. Ante às consequências e os impactos gerados pela DRGE, quando não tratada ou tratada de forma ineficaz, os cuidadores, frequentemente, relatam perda de sono e também tensões física e emocional, visto que a carga de cuidados exigida afeta as atividades de rotina diária, interações sociais, atividades profissionais e a dinâmica das relações familiares (KIM et al., 2005).

As orientações focadas na compreensão da doença do refluxo gastroesofágico, fornecidas aos cuidadores, devem ter ênfase nos sintomas advindos de dietas inadequadas e nas possíveis complicações decorrentes da dificuldade de adesão ao tratamento, bem como ser coerentes com o perfil socioeconômico dos envolvidos, abarcando todos os membros da família, com o intuito de envolvê-los, cada vez mais, no cuidado da criança (CORDEIRO et al., 2014).

1.4.2. Impactos da estruturação psicossocial do contexto familiar no adoecimento pediátrico

Considera-se fundamental a relação do paciente pediátrico com sua mãe, nos primeiros anos de vida, para o desenvolvimento e construção das estruturas afetivas da criança. Diversas patologias na população infantil apresentam etiologia indefinida, contudo, muitas estão relacionadas a fatores emocionais. Assim, as influências comumente consideradas patogênicas na interação familiar são: insuficiência da estimulação do meio,

excesso de excitação proveniente do ambiente ou da mãe e inconstâncias ou oscilações do comportamento materno (NEME et al., 2008).

Dessa forma, o vínculo entre a mãe e a criança pode desenvolver-se de forma saudável ou patológica. O vínculo saudável ocorre quando os envolvidos preservam sua identidade e autonomia, em contrapartida, o vínculo patológico ocorre quando há delimitação pouco precisa dos papéis de cada um, dentro da família, podendo resultar em distúrbios de dependência e alterações no desenvolvimento emocional da criança com a manifestação de doenças crônicas e agudas.

A depressão materna pós-parto tem associação com a emergência de condições patológicas no desenvolvimento infantil e, como consequência, possibilita perceber alterações clínicas constatadas na criança. Neste estudo, alguns problemas fisiológicos, no primeiro ano de vida apontam para a possibilidade de relação familiar conturbada, tais como: diarreia, vômitos, infecção e anemia. Essa depressão também se relaciona ao estresse infantil, como um fator do adoecimento, pois promove perturbações vinculares entre mãe e criança. O cuidado da mãe tora-se fundamental para a saúde da criança, sugerindo que muitos sintomas de doenças podem ser vistos como tentativa de comunicação da criança, a expressar conteúdos emocionais (NEME et al., 2008).

A organização adequada do ambiente familiar e a oferta de cuidado adequado, com o suprimento das necessidades básicas fisiológicas da criança e das necessidades afetivas (carinho, atenção, cuidado e amor), favorecem a promoção de funções adaptativas da criança, de condições ambientais e emocionais satisfatórias, e de sentimentos de bem-estar e de segurança na criança. Portanto, considera-se a dinâmica familiar conturbada como um fator de risco para perturbações emocionais infantis, prejudicando o desenvolvimento saudável da criança (RICCO; DEL CIAMPO; ALMEIDA, 2000).

Os distúrbios psicossomáticos e as afecções do sistema digestivo permanecem intimamente relacionadas ao sistema nervoso central, consequentemente, às vivências experimentadas pelas crianças com seus cuidadores, consideradas fundamentais na forma como a enfermidade será compreendida, enfrentada e tratada. Fatores como personalidade, estado emocional, nível de sintomas depressivos, nível de ansiedade e estresse intervêm de maneira significativa no desenvolvimento dos problemas gastroenterais pediátricos (URREGO; BENÍTEZ, 2011).

Observa-se a variação do estilo parental de acordo com as oscilações do estado de saúde da criança, ao longo do processo de adoecimento. Ou seja, em momentos de maior gravidade (necessidade de internação ou presença de sofrimento físico como tratamento com

medidas invasivas), os pais tendem a ficar mais permissivos e inconsistentes na comunicação com o filho. Em momentos de estabilidade da doença, o acompanhamento médico de rotina, retorno à escola, convívio familiar e social tendem a estabelecer o padrão de rigidez na relação com os filhos. Esse modelo de interação parental inconsistente é um fator de risco para o desenvolvimento de problemas de comportamento infantil (FLACH; POTTER, 2012).

O estresse, a psicopatologia parental, os problemas no funcionamento familiar e a falta de envolvimento dos pais no tratamento, associam-se à má qualidade de vida e piora do estado fisiológico crônico da criança. Neste cenário, nota-se a importância da educação relacionada ao estado de saúde orgânico da criança e o investimento no cuidado e assistência aos cuidadores. O pediatra e a equipe de saúde são importantes observadores das relações familiares e podem promover orientações preventivas sobre os problemas de saúde dos pacientes pediátricos, buscando uma visão abrangente sobre a dinâmica da relação da criança com as figuras significativas que a cercam, como fatores determinantes para o sucesso do tratamento (BOWDEN et al., 2015; FLACH; POTTER, 2012; NEME et al., 2008).

2. JUSTIFICATIVA

2. JUSTIFICATIVA

Os dados da literatura indicam importante prevalência do RGE na clínica gastroenterológica pediátrica. A dificuldade em se diferenciar o RGE da DRGE, revela a relevância de estudar o tema e organizar diretrizes para atuação dos profissionais de saúde nessa área. As relações entre adoecimento da criança e aspectos afetivo-emocionais têm sido discutidas por áreas do Desenvolvimento Humano, da Psicossomática e da Pediatria.

Portanto, este estudo conserva o propósito de analisar os cuidados dirigidos aos familiares e pacientes com DRGE em pediatria, especialmente aos que cuidam diretamente das crianças, abordando as possibilidades preventivas e terapêuticas relacionadas aos fatores de risco e proteção, principalmente, psicossociais que possam estar associados ao adoecimento crônico, sobretudo à DRGE.

Considera-se o tratamento psicológico eficaz na redução de sintomas, consequentes às desordens gastrointestinais crônicas, quando resulta da análise de complexas interações entre fatores biológicos, psicológicos e sociais, envolvidos no adoecimento da criança.

Portanto, destaca-se a necessidade de levantar discussões acerca dos aspectos psicossociais parentais e infantis, envolvidos no adoecimento da criança com DRGE, bem como reconhecer os fatores emocionais relacionados à doença. Estes aspectos permitem auxiliar no planejamento de condutas e apoio no cuidado com a saúde da criança, visto que, as variáveis psicossociais são importantes determinantes dos resultados de bem estar global, qualidade de vida e cuidados da saúde.

3. OBJETIVO DA PESQUISA

3. OBJETIVO DA PESQUISA

3.1. Objetivo Geral

Estudar variáveis psicológicas de cuidadores e crianças de 3 a 12 anos, com diagnóstico clínico de DRGE primário.

3.2. Objetivos Específicos

1. Identificar os principais fatores de risco psicossociais do desenvolvimento infantil patológico presentes no contexto familiar e social da criança com de DRGE;
2. Identificar o perfil de humor dos cuidadores da criança com de DRGE;
3. Identificar a qualidade de interação familiar da criança com de DRGE;
4. Identificar os padrões de práticas educativas parentais dos cuidadores da criança com de DRGE;
5. Identificar os padrões de comportamento da criança com DRGE;
6. Analisar a relação entre padrões de comportamento infantil, dinâmica familiar e a doença, bem como observar se a situação de adoecimento apresenta diferenças e/ou peculiaridades entre os grupos estudados.

4. MÉTODO

4.1. *Sujeitos*

Foi realizado um estudo piloto com quinze cuidadores de crianças de 3 a 12 anos, selecionados de maneira aleatória, no ambulatório, sendo cinco de cada grupo, com o objetivo de se testar a compreensão e também a viabilidade de aplicação para a coleta de dados, favorecendo ajustes e adequação no material de pesquisa.

O estudo realizado foi clínico prospectivo, com coleta e análise de dados quantitativos e qualitativos, em uma amostra de conveniência inicial de 94 cuidadores, dos quais, 13 foram excluídos frente à análise dos critérios de exclusão dos grupos. Três negaram participar da pesquisa.

Dessa forma, a amostra total foi de 81 cuidadores de crianças que foram selecionadas em ambos os sexos e com idades de 3 a 12 anos, como critério de inclusão, adotado com objetivo de investigar a população com diagnóstico de DGRE primário. A idade consiste em critério diagnóstico importante, excluindo-se os RGE não patológicos abaixo de 3 anos. Este critério também foi considerado para os instrumentos de avaliação psicológica.

Os grupos foram distribuídos da seguinte forma:

Grupo experimental (G1): composto por cuidadores de 26 crianças com DRGE, em tratamento clínico.

Grupo controle 1 (G2): composto por cuidadores de 25 crianças sem DRGE, com constipação intestinal crônica funcional, em tratamento clínico.

Grupo controle 2 (G3): composto por cuidadores de 30 crianças hígdas.

4.1.1 Critérios de inclusão e exclusão dos grupos

Critérios de inclusão do grupo experimental (G1):

A criança deve ter o diagnóstico clínico de DRGE primária realizado por gastroenterologista pediátrica, segundo os critérios propostos pela North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (NASPGHAN) e European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition (ESPGHAN), publicados no estudo de Vandenplas et al., em 2009.

Presença de pelo menos três dos principais sintomas:

Regurgitação recorrente com /sem vômitos;

A perda de peso ou ganho de peso;

Irritabilidade;

Comportamento de choro ou ruminante;

Dor no peito ou dor epigástrica (azia);

Hematêmese;

Disfagia, Odinofagia;

Chiado;

Estridor;

Recusa de alimentação;

Tosse;

Rouquidão.

Principais sinais:

Esofagite erosiva;

Estenose de esôfago;

Esôfago de Barrett;

Inflamação da laringe/faringe;

Pneumonia recorrente;

Anemia;

Erosões dentárias;

Chiado;

Estridor;

Recusa de alimentação;

Postura de pescoço distônica e costas arqueadas (Síndrome de Sandifer);

Apneia (raramente devido à DRGE)

Sintomas de apresentação típicos da doença do refluxo na infância variam com a idade e condição médica subjacente.

Critérios de exclusão do grupo experimental (G1):

Criança de 3 a 12 anos, com diagnóstico clínico de DGRE secundária ou qualquer condição predisponente à DRGE, como: comprometimento neurológico, patologias esofágicas congênitas (atresia esofágica, hérnia diafragmática congênita) ou malformações estruturais abdominais, hérnia do hiato, asma, obesidade, história familiar de DRGE grave, de Esôfago de Barrett ou de adenocarcinoma esofágico;

Criança com histórico de outras doenças crônicas diferentes da DRGE;

Irmão(s) com histórico de doença crônica;

Criança e cuidador em acompanhamento psicológico

Critérios de inclusão do grupo controle 1 (G2):

Criança de 3 a 12 anos, sem DRGE, com adoecimento crônico isolado, diagnóstico clínico de constipação intestinal crônica funcional, segundo os critérios de Roma III, para distúrbios gastrointestinais funcionais, publicados no estudo de Drossman et al. (2006).

Presença de dois ou mais dos seguintes sintomas:

Esforço evacuatório durante pelo menos 25% das defecações;

Fezes grumosas ou duras em pelo menos 25% das defecações;

Sensação de evacuação incompleta em pelo menos 25% das defecações;

Sensação de obstrução/bloqueio anorretal das fezes em pelo menos 25% das defecações;

Manobras manuais para facilitar pelo menos 25% das defecações (por exemplo, evacuação com ajuda digital, apoio do assoalho pélvico);

Menos de três evacuações por semana.

As fezes moles estão raramente presentes sem o uso de laxantes, e os critérios são preenchidos no período dos últimos 3 meses com início dos sintomas, pelo menos 6 meses antes do diagnóstico.

Critérios de exclusão do grupo controle 1 (G2):

Irmão(s) com qualquer tipo de doença crônica;

Presença de qualquer outra morbidade crônica, primária ou secundária à constipação intestinal crônica funcional;

Criança e cuidador em acompanhamento psicológico.

Critérios de inclusão do grupo controle 2 (G3):

O sujeito da pesquisa deve ser o cuidador de crianças de 3 a 12 anos de idade;
Criança hígida.

Critérios de exclusão do grupo controle 2 (G3):

Criança com qualquer doença crônica;
Irmão(s) com qualquer tipo de doença crônica;
Criança sem diagnóstico, mas com sintomatologia em investigação para doenças crônicas;
Criança e cuidador em acompanhamento psicológico.

4.2. Local

A coleta de dados foi realizada da seguinte forma:

Grupo experimental (G1):

Ambulatórios de Cirurgia Pediátrica (CP7) e Gastrologia Infantil (GIN) do HCFMRP-USP, instituição de nível terciário em saúde;
Ambulatório de Gastroenterologia Infantil do Posto de Atendimento Médico Dra. Teresinha Garcia José Gradim (PAM II), instituição de nível secundário de complexidade em saúde, o qual foi transferido, durante a fase de coleta de dados, para o Núcleo de Gestão Assistencial - Ambulatório Regional de Especialidades (NGA), instituição de nível secundário de complexidade em saúde.

Grupo controle 1 (G2):

Ambulatórios de Manejo de Cólon (MAC) e Gastrologia Infantil (GIN) do HCFMRP-USP;
Ambulatório de Gastroenterologia Infantil do Posto de Atendimento Médico Dra. Teresinha Garcia José Gradim (PAM II), o qual foi transferido, durante a fase de coleta, para o Núcleo de Gestão Assistencial - Ambulatório Regional de Especialidades (NGA).

Grupo controle 2 (G3):

Núcleo de Saúde da Família (NSF) 4, instituição de nível primário de complexidade em saúde;

Centro Médico de Saúde (CMS) Vila Lobato, instituição de nível primário de complexidade em saúde.

Para evitar exposição de informações pessoais, a aplicação dos instrumentos foi realizada em salas de atendimento individual ou em locais reservados, nos quais o cuidador declarou-se à vontade para responder aos instrumentos.

4.3. Material

Ficha de identificação e Questionário sociodemográfico (Anexo 1)

A Ficha de Identificação dos sujeitos abordou dados pessoais da criança e do cuidador. Este mesmo instrumento consta de um questionário sócio-demográfico e de informações familiares, visando caracterizar as condições socioeconômicas das famílias. O instrumento abrange questões sobre: grau de escolaridade, estrutura familiar e situação financeira da família, com base nos critérios de 2015, para a classificação sócio-demográfica, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e da Associação brasileira de empresas de pesquisa (ABEP).

Avaliação de Fatores de risco psicossociais para o desenvolvimento infantil (Anexo 1)

Esta avaliação encontra-se no final do instrumento “Ficha de Identificação e Questionário sócio-demográfico”. Considerou-se como fator de risco, o que gerava danos ao desenvolvimento saudável da criança, favorecendo situações de adoecimento. (CREPALDI, RABUSK, GABARRA, 2006). Neste caso, o questionário investigou a presença dos principais fatores de risco psicossociais para o desenvolvimento infantil, os quais estão relacionados ao adoecimento crônico, tais como: diagnóstico de psicopatologia parental, uso de álcool/drogas por familiar, histórico de situações de violência física envolvendo a criança, fatores psicossociais envolvendo a criança (dificuldade de relacionamento e interação social, problemas relacionados ao convívio escolar ou de relacionamento familiar).

Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (*Hospital Anxiety and Depression Scale – HAD*) (Anexo 1)

Zigmond e Snaith (1983) desenvolveram a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (*Hospital Anxiety and Depression Scale – HAD*), versão portuguesa traduzida e adaptada por McIntyre, Pereira, Soares, Gouveia & Silva, tendo como objetivo detectar graus de transtornos afetivos em ambientes de saúde não psiquiátricos. Validada para português por Pais Ribeiro (2007), obteve índices de aferição elevados, quer de fidelidade, quer de validade. Na aferição da presente escala, obteve-se um alpha de Cronbach de 0,94 para a escala total e oscilando entre 0,48 a 0,83 na correlação entre itens. Em relação à validade, foi constatado que os dois fatores (ansiedade e depressão) explicam 65,236% da variância total. As respostas à escala baseiam-se em como o paciente sentiu-se durante a última semana. Um estudo-piloto realizado com dez pacientes apontou adequação de entendimento das questões (BOTEGA, et al., 1995).

O instrumento constitui-se de 14 itens, sendo sete destes orientados para a avaliação da ansiedade e os restantes para a depressão. A escala de medida é de 4 pontos, 0-1-2-3, podendo atingir 21 pontos cada escala. É recomendado pelos autores, ponto de corte para ambas as subescalas ≥ 9 . Segue-se o significado atribuído às pontuações em ambas as escalas:

Sem ansiedade/depressão: de 0 a 7

Com ansiedade/depressão: ≥ 8

Ansiedade/depressão entre 8 e 10: leve

Ansiedade/depressão entre 11 e 14: moderado

Ansiedade/depressão entre 15 e 21: grave

Escala de Qualidade de Interação Familiar (EQIF - versão para pais) (Anexo 1)

Trata-se de um conjunto de 10 escalas, das quais sete avaliam as práticas educativas parentais (relacionamento afetivo, envolvimento, regras e monitoria, punição corporal, comunicação positiva com os filhos, comunicação negativa com os filhos), duas avaliam o clima conjugal (positivo e negativo), uma avalia o sentimento dos filhos em relação aos pais e outra o quanto os pais acreditam ser modelo para os filhos. As escalas de punição corporal, comunicação negativa e clima conjugal negativo medem práticas prejudiciais para o desenvolvimento infantil saudável. As outras escalas, que avaliam aspectos positivos, medem fatores favoráveis ao desenvolvimento saudável dos filhos. O instrumento faz parte de um

Programa de Qualidade de Interação Familiar e pode ser utilizado como método de avaliação da qualidade da interação familiar. (WEBER, 2005.)

Inventário de Estilos Parentais (Anexo 1)

O instrumento elaborado pela pesquisadora adota seis comportamentos típicos de cada tipo de estilo parental, com base na teoria de Weber (2007). Os seis comportamentos típicos para cada estilo, propostos por Weber (2007), foram apresentados ao cuidador, listados em forma de inventário, de forma alternada. O cuidador deve identificar o quanto cada comportamento o descreve, sem saber qual estilo corresponde a cada comportamento, em três categorias de resposta fechada: NUNCA, ÀS VEZES, SEMPRE.

Os estilos parentais propostos são:

Estilo Autoritário (definido por muito limite e pouco afeto);

Estilo Permissivo (definido por pouco limite e muito afeto);

Estilo Negligente (definido por pouco limite e pouco afeto);

Estilo Participativo (muito limite e muito afeto).

Escala de Comportamento Infantil ECI-A2 de Rutter - versão para pais (Rutter) (Anexo 1)

Instrumento rastreador de problemas de comportamento que sugere a necessidade de ajuda psicológica ou psiquiátrica, sem foronecer diagnóstico nosológico, mas sim, pontos de corte a partir do escore parcial em cada subescala ou total, considerados sinalizadores de risco para problemas comportamentais em nível clínico, podendo apontar para um perfil neurótico ou para um perfil antissocial, para crianças de 3 a 13 anos. Adaptado por Graminha, em 1994, o instrumento possui índices satisfatórios de fidedignidade e determinação de ponte de corte. Considera-se o ponto de corte da ECI A2, versão pais, no estudo nacional, como escore maior que 16. A escala é composta por 36 itens. Cada item consiste numa afirmação breve, e procura avaliar indicativos de problemas comportamentais infantis, ocorridos nos últimos 12 meses. Os cuidadores são solicitados a indicar a resposta:

“se aplica” (escore 2);

“se aplica em parte” (escore 1);

“não se aplica” (escore 0).

A escala consta de subescalas:

Problemas de saúde (A-H);

Hábitos (I-VII);
Afirmações (1-21).

A sub-escala “Hábitos” consta de 33 subitens, os quais não são considerados no cálculo dos escores. A soma dos três pontos atribuídos a cada item permite caracterizar as crianças carentes de atendimento psicológico ou psiquiátrico (soma dos pontos $\geq$ a 16).

Na sub-escala “Problemas de saúde”, foram retiradas da coleta de dados as questões: “Tem asma ou problemas respiratórios”, “Tem dor de estômago ou vômito” e “Faz cocô na roupa”, devido ao fato destas questões apresentarem sintomatologia específica das doenças investigadas, respectivamente, dos grupos G1 e G2, podendo ser viés na pontuação do escore total da sub-escala. (GRAMINHA, 1998; LEME; BOLSONI-SILVA, 2010; MARTURANO; PARREIRA; BENZONI, 1997).

Roteiro de entrevista semiestruturada (Anexo 1)

Foram realizados dois roteiros de entrevista: um para o grupo de crianças adoecidas (G1 e G2) e outro para as crianças hígdas, pois algumas questões específicas sobre a doença da criança pertencente aos grupos G1 e G2, não poderiam ser respondidas da mesma forma para as crianças sem doenças. Para elaboração do roteiro foram seguidas as normas de Cannel, Kahn (1974) e Mucchielli (1979). Na entrevista foram avaliados:

- Caracterização comportamental da criança e do cuidador;
- Rotinas diárias infantis de cuidados com a saúde;
- Compreensão do cuidador sobre a doença infantil, os cuidados e os tratamentos;
- Percepção do cuidador sobre seu papel/função;
- Informações gerais e finais

4.4. Procedimento de coleta de dados

A coleta de dados e a seleção dos sujeitos participantes foram equivalentes em todos os grupos. Realizou-se a organização da rotina de coleta de dados, considerando a rotina de atendimentos dos serviços de saúde, juntamente com os responsáveis e com a equipe de saúde, portanto, manteve-se rotina dos atendimentos e a dinâmica institucional onde ocorreu a coleta. O cuidador da criança foi convidado a participar do estudo durante a rotina de consultas no serviço de saúde, onde faz acompanhamento clínico. O Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 2) e todos os instrumentos foram lidos para todos os sujeitos participantes da pesquisa, a fim de homogenizar a coleta entre os grupos: experimental e controles. A coleta teve seguimento após o aceite dos sujeitos selecionados e assinatura do TCLE.

A avaliação psicológica consistiu em uma única sessão de 20 a 30 minutos com o cuidador. A criança poderia estar presente ou não, pois não foi envolvida em momento algum da coleta de dados.

A ordem de aplicação dos instrumentos foi:

Ficha de identificação e questionário sócio demográfico

Avaliação de fatores de risco para o desenvolvimento infantil

HAD

EQIF

Inventário de estilos parentais (WEBER, 2007)

ECI-A2 de Rutter

Roteiro de entrevista

4.5. Análise de dados

Para a análise quantitativa e qualitativa dos dados obtidos, neste estudo, adotou-se nível de significância $p \leq 0,05$.

Dados Quantitativos:

A análise de dados quantitativos efetivou-se de acordo com a literatura de validação e adaptação dos instrumentos. Optou-se por realizar análise estatística de cada variável, em todos os instrumentos, tendo em vista o objetivo da pesquisa de rastrear variáveis específicas da criança e do cuidador e, também, observar as especificidades de cada grupo. Os dados obtidos por meio dos instrumentos psicológicos, representados por resultados numéricos, foram analisados via testes estatísticos, para os quais foi efetuada análise comparativa entre os grupos. Os testes utilizados foram o *Teste Qui Quadrado* (χ^2), *Teste de comparações múltiplas ANOVA* (*Teste Exato de Fisher*) e quando o teste geral alcançou critério de significância, foram aplicados os testes par a par *ANOVA* (*Kruskal-Wallis Test* e *Teste U de Mann-Whitney*). Dessa forma, como utilizou-se teste não paramétrico em algumas análises,

houve correção do critério para múltiplas comparações (correção de Bonferroni), adotando $\alpha/\text{número de comparações} = 0,05/3$ que resulta em 0,02 (Tabela 1).

Dados qualitativos:

Para os dados qualitativos, obtidos via questionário sócio demográfico, avaliação de principais fatores de risco para o desenvolvimento infantil e entrevista, foi realizada análise estatística comparativa por meio do *Teste Qui Quadrado* (χ^2), visando observar a distribuição de frequência simples de respostas, para as categorias elaboradas em cada instrumento (Tabela 1).

Tabela 1. Procedimento de Análise de dados

Instrumentos	Variáveis	Medidas	Tipo de análise
Ficha de identificação	Dados pessoais	-	-
Questionário sócio demográfico	Dados sócio demográficos	Categorias de respostas fechadas	χ^2
Avaliação Fatores de risco	Psicopatologia parental Uso de álcool / droga Violência física Problemas psicossociais	Categorias de respostas fechadas	χ^2
HAD	Ansiedade Depressão	0 a 7 – Normal ≥ 8 – Patológico 8 a 10: Leve 11 a 14: Moderado 15 a 21: Severo	χ^2 Anova
EQIF	Relacionamento afetivo Envolvimento Regras e monitoria Punição corporal Comunicação positiva com filhos Comunicação negativa com filhos Modelo Sentimento dos filhos Total positivo Total negativo	Percentil	χ^2 Anova
Inventário de estilos parentais	Autoritário Permissivo Negligente Participativo	Categorias de respostas fechadas	χ^2 Anova
ECI-A2 de Rutter	Problemas de saúde Hábitos Afirmarções Comportamento da criança e do cuidador	Se aplica = 2 Se aplica em parte = 1 Não se aplica = 0	χ^2 Anova
Roteiro de entrevista	Cuidados de saúde da criança Percepção sobre o adoecimento Percepção da função cuidador Questões finais	Categorias de respostas abertas	χ^2

4.6. Considerações éticas

O presente projeto foi APROVADO pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP): parecer n°: 1.210.663 de 01 de setembro de 2015 (Anexo 3), com emenda submetida ao Comitê em 08 de outubro de 2015 e APROVADA: parecer n°: 1.283.890 de 16 de outubro de 2015. Para a coleta de dados, foi obtida a autorização dos responsáveis pelos locais de coleta, e aceite da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (Anexo 4). Foi preenchido o termo de consentimento livre e esclarecido, assinado pelos cuidadores. Após a explicação dos objetivos do estudo, foi assegurado ao sujeito o direito de participação e recusa, sem que isso alterasse o tratamento da criança na instituição.

Cuidadores e crianças com necessidade de atendimento psicológico foram orientados e encaminhados para os serviços de referência.

O Termo de assentimento foi dispensado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do HCFMRP-USP, visto não haver envolvimento da criança na coleta de dados.

Os instrumentos utilizados neste estudo serão divulgados, pois diante das regulamentações do Conselho Federal de Psicologia (CFP), são autorizados para divulgação em pesquisa científica. Esse procedimento está de acordo com a resolução CFP n° 002/2003 artigo 1° e a resolução n° 010/05 que aprovam o Código de Ética do Psicólogo, em vigor desde 27 de agosto de 2005, e de acordo como as responsabilidades do Psicólogo, listadas no Art. 18°.

4.6.1. Avaliação dos riscos e benefícios

A pesquisa apresentou riscos mínimos, pois não realizou intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos que participaram no estudo. A abordagem não foi invasiva à intimidade dos participantes.

Os cuidadores e a criança foram beneficiados pelo fornecimento de orientações e/ou encaminhamento, quando houve demanda psicológica.

5. RESULTADOS

5. RESULTADOS

5.1. Caracterização dos participantes

Dados de idade, sexo, escolaridade, filiação, tipo de arranjo familiar, estado civil parental, ocupação, rede de suporte social, religião e condições de moradia, tanto das crianças, quanto dos cuidadores, não apresentaram diferenças significativas entre os grupos (Tabela 2).

Tabela 2. Dados sociodemográficos

Criança	Variáveis	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=25)	Total (n=81)	Valor de p
Sexo	Masculino	57,7% (15)	56,0% (14)	40,0% (12)	50,6% (41)	p=0,132
	Feminino	42,3% (11)	44,0% (11)	60,0% (18)	49,4% (40)	
Idade	3 a 5 anos	34,6% (9)	40,0% (10)	33,3% (10)	35,8% (29)	p=0,626
	6 a 9 anos	42,3% (11)	48,0% (12)	36,7% (11)	42,0% (34)	
	10 a 12 anos	23,1% (6)	12,0% (3)	30,0% (9)	22,2% (18)	
Número de irmãos	Nenhum	30,8% (8)	32,0% (8)	26,7% (8)	29,6% (24)	p=1,000
	UM ou +	69,2% (18)	68,0% (17)	73,3% (22)	70,4% (57)	
Escolarização	Não Frequenta Escola	3,8% (1)	4,0% (1)	3,3% (1)	3,7% (3)	p=0,339
	Escolarização Regular	96,2% (25)	96,0% (24)	96,7% (29)	96,3% (78)	
Tipo de arranjo familiar (Classificação do arranjo familiar de acordo com Caniço, et.al, 2010.; Souza et.al., 2012)	Família nuclear	61,5% (16)	56,0% (14)	66,7% (20)	61,7% (50)	p=0,683
	Família monoparental	3,8% (1)	8,0% (2)	0,0% (0)	3,7% (3)	
	Família reconstituída	3,8% (1)	0,0% (0)	0,0% (0)	1,2% (1)	
	Família extensa	26,9% (7)	32,0% (8)	33,3% (10)	30,9% (25)	
	Outros (adotivas, homoparental, etc.)	3,8% (1)	4,0% (1)	0,0% (0)	2,5% (2)	
Cuidador	Variáveis	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=25)	Total (n=81)	Valor de p
Familiar/Cuidador	Mãe	80,8% (21)	68,0% (17)	83,3% (25)	77,8% (63)	p=0,358
	Outro	19,2% (5)	32,0% (8)	16,7% (5)	22,2% (18)	
Idade	< 20 anos	0% (0)	4,0% (1)	0% (0)	1,2% (1)	p=0,767
	20 - 40 anos	26,9% (7)	32,0% (8)	26,7% (8)	28,4% (23)	
	> 40 anos	73,1% (19)	64,0% (16)	73,3% (22)	70,4% (57)	
Estado civil parental	Responsável com parceiro	65,4% (17)	76,0% (19)	70,0% (21)	70,4% (57)	p=0,411
	Responsável sem parceiro	34,6% (9)	24,0% (6)	30,0% (9)	29,6% (24)	
	Ensino Fundamental Incompleto	26,9% (7)	12,0% (3)	13,3% (4)	17,3% (14)	
	Ensino Fundamental Completo	15,4% (4)	20,0% (5)	0% (0)	11,1% (9)	
Escolaridade	Ensino Médio Incompleto	11,5% (3)	4,0% (1)	3,3% (1)	6,2% (5)	p=0,781
	Ensino Médio Completo	38,5% (10)	56,0% (14)	73,3% (22)	56,8% (46)	
	Ensino Superior Incompleto	0% (0)	4,0% (1)	3,3% (1)	2,5% (2)	
	Ensino Superior Completo	7,7% (2)	4,0% (1)	6,7% (2)	6,2% (5)	
Ocupação	Profissional Liberal	19,2% (5)	28,0% (7)	16,7% (5)	21,0% (17)	p=0,085
	Profissional Assalariado	34,6% (9)	44,0% (11)	33,3% (10)	37,0% (3)	
	Aposentado	7,7% (2)	0% (0)	0% (0)	2,5% (2)	
	Desempregado	38,5% (10)	28,0% (7)	50,0% (15)	39,5% (32)	

“continua”

						“conclusão”
Renda Familiar em salários mínimos (IBGE 2015)	E - Até 2 SM: Até 1.576,00	50,0% (13)	28,0% (7)	23,3% (7)	33,3% (27)	p=0,708
	D - De 2 a 4 SM: De 1.576,01 a 3.152,00	38,5% (10)	60,0% (15)	60,0% (18)	53,1% (43)	
	C - De 4 a 10 SM: De 3.152,01 a 7.880,00	11,5% (3)	12,0% (3)	16,7% (5)	13,6% (11)	
Cidade de procedência (Departamentos de Saúde, 2012 - Secretaria da Saúde - SP)	DRS XIII	96,2% (25)	88,0% (22)	100% (30)	95,1% (77)	p=0,281
	DRS III, DRS IV, DRS VIII	3,8% (1)	8,0% (2)	0% (0)	3,7% (3)	
	Outros	0% (0)	4,0% (1)	0% (0)	1,2% (1)	
Rede de suporte social	Sim	69,2% (18)	76,0% (19)	76,7% (23)	74,1% (60)	p=0,741
	Não	30,8% (8)	24,0% (6)	23,3% (7)	25,9% (21)	
Religião	Católico	53,8% (14)	44,0% (11)	56,7% (17)	51,9% (42)	p=0,790
	Evangélico	34,6% (9)	28,0% (7)	23,3% (7)	28,4% (23)	
	Outros	7,7% (2)	24,0% (6)	13,3% (4)	14,8% (12)	
	Nenhuma	3,8% (1)	4,0% (1)	6,7% (2)	4,9% (4)	
Tipo de moradia	Própria	53,8% (14)	56,0% (14)	56,7% (17)	55,6% (45)	p=0,798
	Alugada	38,5% (10)	28,0% (7)	36,7% (11)	34,6% (28)	
	Outros	7,7% (2)	16,0% (4)	6,7% (2)	9,9% (8)	
Estrutura de saneamento básico, água e energia elétrica	Todos	100% (26)	100% (25)	100% (30)	100% (81)	-

5.2. Fatores de risco psicossociais para o desenvolvimento infantil

Apesar dos cuidadores (88,9%), em sua maioria, encontrarem-se na categoria “não”, para o fator de risco psicopatologia parental, 11,1% dos cuidadores relataram diagnóstico de psicopatologia e, a maioria daqueles diagnosticados, encontra-se no grupo G1 (19,2%), quando comparado aos grupos G2 (8,0%) e G3 (6,7%) (Tabela 3).

Tabela 3. Frequência de psicopatologia parental ou do cuidador

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Sim	19,2% (5)	8,0% (2)	6,7% (2)	11,1% (9)
Não	80,8% (21)	92,0% (23)	93,3% (28)	88,9% (72)

p=0,338

Os dados do fator de risco, uso frequente de álcool e/ou drogas, revelaram maioria dos cuidadores (85,2%), na categoria “não”. Ressaltam-se 14,8% dos cuidadores ou familiar próximo, residentes com a criança, relataram uso de álcool e/ou drogas. Percebeu-se diferença na distribuição entre os grupos de adoecidos (23,1% do grupo G1 e 24,0% do grupo G2) comparados ao grupo de crianças normais (0%) (Tabela 4).

Tabela 4. Frequência de uso/abuso de álcool/droga dos cuidadores ou familiares

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Sim	23,1% (6)	24,0% (6)	0% (0)	14,8% (12)
Não	76,9% (20)	76,0% (19)	100,0% (30)	85,2% (69)

p=0,006*

No fator de risco agressão física apesar da maior parte dos cuidadores (91,4%) encontrarem-se na categoria “não”, 8,6% deles relataram envolvimento da criança em situações de agressão física, no ambiente familiar. Os cuidadores com respostas positivas encontraram-se distribuídos, em maior escala, no grupo G1 (11,5%) e no grupo G2 (12,0%), quando comparados ao grupo G3 (3,3%) (Tabela 5).

Tabela 5. Frequência de situações de agressão física envolvendo a criança

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Sim	11,5% (3)	12,0% (3)	3,3% (1)	8,6% (7)
Não	88,5% (23)	88,0% (22)	96,7% (29)	91,4% (74)

p=0,424

A maioria dos cuidadores (77,8%), quanto ao fator de risco de problemas psicossociais, respondeu categoria “não”, entretanto 22,2% dos cuidadores relataram o envolvimento da criança em situações dessa natureza. A maioria dos cuidadores com respostas afirmativas pertenciam ao grupo G1 (42,3%), enquanto no grupo G2 (12%) e G3 (13,3%) os resultados foram menores que o grupo G1 e semelhantes entre si (Tabela 6).

Tabela 6. Frequência de problemas psicossociais no ambiente da criança

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Sim	42,3% (11)	12,0% (3)	13,3% (4)	22,2% (18)
Não	57,7% (15)	88,0% (22)	86,7% (26)	77,8% (63)

p=0,011*

Figura 1. Resultados significativos da avaliação dos principais fatores de risco no desenvolvimento da criança

5.3. Sinais de ansiedade e depressão do cuidador (HAD)

5.3.1. Ansiedade

Observou-se um total de 69,2% de cuidadores ansiosos no grupo G1, 28,0% no grupo G2, e 3,3% no grupo G3. Desses ansiosos, a maioria do grupo G1, classificaram-se no grau severo de ansiedade (26,7%), do grupo G2, no grau discreto (20,0%), enquanto, no grupo G3, encontraram-se no grau moderado (3,3%). Nota-se que a distribuição dos ansiosos ocorre em diferentes proporções entre os grupos, sendo maior a concentração nos grupos G1 e G2, quando comparados ao grupo G3, e também no grupo G1 quando comparado ao grupo G2 (Tabelas 7 e 8).

Tabela 7. Frequencia dos níveis de sinais de ansiedade nos cuidadores

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Normal	30,8% (8)	72,0% (18)	96,7% (29)	67,9% (55)
Discreto	23,1% (6)	20,0% (5)	0% (0)	13,6% (11)
Moderado	19,2% (5)	4,0% (1)	3,3% (1)	8,6% (7)
Severo	26,9% (7)	4,0% (1)	0% (0)	9,9% (8)

p=0,000*

Tabela 8. Frequência de ansiedade geral nos cuidadores

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Normal	30,8% (8)	72,0% (18)	96,7% (29)	67,9% (55)
Ansiosos	69,2% (18)	28,0% (7)	3,3% (1)	32,1% (26)

p=0,000*

5.3.2. Depressão

Observou-se um total de 34,6% de cuidadores depressivos no grupo G1, 12,0% no grupo G2, e 3,3% no grupo G3. Desses depressivos, a maioria do grupo G1 foi distribuída de maneira equivalente nos graus moderado e severo (15,4%), enquanto, no grupo G2 e no grupo G3, a maioria pertenceu ao grau discreto, respectivamente, 8,0% e 3,3% (Tabelas 9 e 10).

Tabela 9. Frequência dos níveis de sinais de depressão nos cuidadores

Depressão	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Normal	65,4% (17)	88,0% (22)	96,7% (29)	84,0% (68)
Discreto	3,8% (1)	8,0% (2)	3,3% (1)	4,9% (4)
Moderado	15,4% (4)	4,0% (1)	0% (0)	6,2% (5)
Severo	15,4% (4)	0% (0)	0% (0)	4,9% (4)

p=0,004*

Tabela 10. Frequência de depressão geral nos cuidadores

Depressão	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Normal	30,8% (8)	72,0% (18)	96,7% (29)	67,9% (55)
Depressivos	34,6% (9)	12,0% (3)	3,3% (1)	16,0% (13)

p=0,005*

5.3.3. Análises complementares

Foram realizadas análises estatísticas complementares dos escores, como variáveis numéricas, corroborando com os resultados descritos acima, tanto para ansiedade como depressão dos cuidadores. Foi possível observar, na comparação par a par para a ansiedade, diferença significativa entre os três grupos, embora para a depressão apenas o grupo G1 difere significativamente do grupo G3 (Tabelas 11 e 12).

Tabela 11. Resultados do teste Kruskal-Wallis (média ranqueada) para os escores totais da escala HAD

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	χ^2	P	gl
Ansiedade	60,31	38,6	26,27	29,770	0,000*	2
Depressão	50,56	40,60	33,05	7,903	0,019*	2

Tabela 12. Resultados do teste Mann-Whitney (comparação par a par) para os escores totais da escala HAD

Ansiedade	U	P	Z
G1-G2	137,500	0,000*	3,540
G1-G3	75,500	0,000*	5,196
G2-G3	247,500	0,030*	2,174
Depressão	U	p	Z
G1-G2	238,000	0,098	1,654
G1-G3	228,500	0,007*	2,686
G2-G3	298,000	0,186	1,321

Figura 2. Resultados significativos da escala HAD

5.4. Qualidade da interação familiar (EQIF)

A maioria dos cuidadores relatou bom relacionamento afetivo com as crianças (97,5%) (Tabela 13).

Tabela 13. Frequência dos níveis de qualidade no relacionamento afetivo do cuidador com a criança

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Médio	0% (0)	0% (0)	6,7% (2)	2,5% (2)
Alto	100,0% (26)	100,0% (25)	93,3% (28)	97,5% (79)

p=0,327

Da mesma forma, a maioria relatou percepção de bom envolvimento com as crianças (98,8%) (Tabela 14).

Tabela 14. Frequência dos níveis de qualidade no envolvimento do cuidador com a criança

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Médio	0% (0)	0% (0)	3,3% (1)	1,2% (1)
Alto	100,0% (26)	100,0% (25)	96,7% (29)	98,8% (80)

p=1,000

Os dados da variável imposição de regras à criança e monitoria, mostraram cuidadores com percepção de padrão alto e adequado de imposição de regras e monitoria da criança (Tabela 15).

Tabela 15. Frequência dos níveis de qualidade na imposição de regras e monitoria do cuidador com a criança

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Alto	100,0% (26)	100,0% (25)	100,0% (30)	100,0% (81)

A distribuição para punição física mostrou a maioria dos cuidadores com percepção de baixo padrão de interação punitiva com a criança, embora 15,4% dos cuidadores do grupo G1, enquadravam-se na categoria “médio” e 3,3% dos cuidadores do grupo G3 na categoria “alto” (Tabela 16).

Tabela 16. Frequência dos níveis de punição física do cuidador com a criança

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Baixo	84,6% (22)	100,0% (25)	93,3% (28)	92,6% (75)
Médio	15,4% (4)	0% (0)	3,3% (1)	6,2% (5)
Alto	0% (0)	0% (0)	3,3% (1)	1,2% (1)

p=0,070

A maioria dos cuidadores apresentou percepção de padrão de comunicação positiva com a criança (82,7%). Tanto no grupo G1, quanto no grupo G2, houve distribuição semelhante na categoria “médio”, respectivamente 23,1% e 20,0%, quando comparados ao grupo G3 (3,3%). Na categoria “alto”, observaram-se 69,2% de cuidadores no grupo G1, 80,0% no grupo G2, e 96,7% no grupo G3 (Tabela 17).

Tabela 17. Frequência dos níveis de comunicação positiva do cuidador com a criança

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Baixo	7,7% (2)	0% (0)	0% (0)	2,5% (2)
Médio	23,1% (6)	20,0% (5)	3,3% (1)	14,8% (12)
Alto	69,2% (18)	80,0% (20)	96,7% (29)	82,7% (67)

p=0,029*

Para o padrão de comunicação negativa com a criança, 55,6% dos cuidadores responderam categoria “baixo”. No grupo G1, a maioria dos cuidadores enquadrou-se na categoria “médio” (46,2%) e 15,4% “na alto”. Nos grupos G2 e G3, a maioria concentrou-se na categoria “baixo”, com, respectivamente, 56,0% e 70,0%, e na categoria “alto” 4,0% e 3,3% dos cuidadores (Tabela 18).

Tabela 18. Frequência dos níveis de comunicação negativa do cuidador com a criança

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Baixo	38,5% (10)	56,0% (14)	70,0% (21)	55,6% (45)
Médio	46,2% (12)	40,0% (10)	26,7% (8)	37,0% (30)
Alto	15,4% (4)	4,0% (1)	3,3% (1)	7,4% (6)

p=0,133

A distribuição dos cuidadores sem companheiro apresentou semelhança entre os grupos. Dentre os cuidadores com companheiro, a maioria (63,0%) enquadrou-se na categoria “alto” para o clima da relação conjugal positivo. No grupo G1 houve 23,1% de cuidadores na categoria “médio”, contra 8,0% no grupo G2 e 6,7% no grupo G3. Na categoria “baixo”, os grupos G1 e G2, apresentaram 11,5% e 12,0%, respectivamente, de cuidadores, diferindo do grupo G3 com 0% (Tabela 19).

Tabela 19. Frequência dos níveis de clima conjugal positivo (parental/cuidador)

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Sem companheiro	15,4% (4)	16,0% (4)	20,0% (6)	17,3% (14)
Baixo	11,5% (3)	12,0% (3)	0% (0)	7,4% (6)
Médio	23,1% (6)	8,0% (2)	6,7% (2)	12,3% (10)
Alto	50,0% (13)	64,0% (16)	73,3% (22)	63,0% (51)

p=0,188

A distribuição dos cuidadores sem companheiro, ficou semelhante entre os grupos. Dentre os cuidadores com companheiro, 53,8% do total, enquadraram-se na categoria “baixo”

para o clima da relação conjugal negativo. No grupo G1, concentraram-se 19,2% dos cuidadores na categoria “alto”, contra 8,3% no grupo G2 e 10,0% no grupo G3. Na categoria “médio”, os grupos G1 e G2, com distribuição de, respectivamente, 26,9% e 20,8% diferiram do grupo G3 com 6,7% de cuidadores (Tabela 20).

Tabela 20. Frequência dos níveis de clima conjugal negativo (parental/cuidador)

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Sem companheiro	15,4% (4)	16% (4)	20,0% (6)	16,3% (13)
Baixo	38,5% (10)	58,3% (14)	63,3% (19)	53,8% (43)
Médio	26,9% (7)	20,8% (5)	6,7% (2)	17,5% (14)
Alto	19,2% (5)	8,3% (2)	10,0% (3)	12,5% (10)
p=0,296				

Todos os cuidadores perceberam positivamente a relação de modelo/exemplo para as crianças (Tabela 21).

Tabela 21. Frequência da qualidade de exemplo/modelo comportamental do cuidador para a criança

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Alto	100,0% (26)	100,0% (25)	100,0% (30)	100,0% (81)

A maioria dos cuidadores considerou o sentimento dos filhos como altamente positivo em relação a si (cuidador). No grupo G1 e no grupo G3 houve distribuição semelhante, na categoria “médio”, respectivamente, 3,8% e 3,3%, contra 0% no grupo G2 para a mesma categoria (Tabela 22).

Tabela 22. Frequência da qualidade de sentimento da criança em relação ao cuidador

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Médio	3,8% (1)	0% (0)	3,3% (1)	2,5% (2)
Alto	96,2% (25)	100,0% (25)	96,7% (29)	97,5% (79)
p=1,000				

5.4.1. Interações favoráveis ao desenvolvimento saudável dos filhos

A esta categoria pertencem as subescalas que avaliam aspectos positivos na interação familiar: relacionamento afetivo, envolvimento, regras e monitoria, comunicação positiva com os filhos, clima conjugal positivo, sentimento dos filhos em relação aos pais. Neste

aspecto, observou-se semelhança na distribuição entre os grupos, tanto na categoria “médio” quanto na “alto”. A maioria dos cuidadores em todos os grupos enquadrava-se na categoria “alto” (Tabela 23).

Tabela 23. Frequência do total de interações positivas do cuidador com a criança

Total positivo	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Médio	0% (0)	0% (0)	3,3% (1)	1,2% (1)
Alto	100,0% (26)	100,0% (25)	96,7% (29)	98,8% (80)

p=1,000

5.4.2. Interações prejudiciais para o desenvolvimento infantil saudável

A esta categoria pertencem as subescalas que avaliam aspectos negativos na interação familiar: punição física, comunicação negativa com os filhos e clima conjugal negativo. Neste aspecto, observou-se menor porcentagem de cuidadores no grupo G1 (42,3%), quando comparado aos grupos G2 (76%) e G3 (80%) para a categoria “baixo”. Na categoria “médio” e “alto”, o grupo G1 apresentou, respectivamente 46,2% e 11,5% de cuidadores, contra 20,0% e 4,0% no grupo G2, e 20,0% e 0% no grupo G3 (Tabela 24).

Tabela 24. Frequência do total de interações negativas do cuidador com a criança

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Baixo	42,3% (11)	76,0% (19)	80,0% (24)	66,7% (54)
Médio	46,2% (12)	20,0% (5)	20,0% (6)	28,4% (23)
Alto	11,5% (3)	4,0% (1)	0% (0)	4,9% (4)

p=0,015*

5.4.3. Análises complementares

Foram realizadas análises estatísticas complementares dos escores, como variáveis numéricas, complementando os resultados descritos acima para as variáveis de qualidade de interação familiar. Foi possível observar, na comparação par a par, diferenças significativas, entre os grupos, nas variáveis: envolvimento, comunicação negativa com os filhos, clima conjugal negativo, total positivo e total negativo (Tabelas 25 e 26).

Tabela 25. Resultados do teste Kruskal-Wallis (média ranqueada) para os escores totais das subescalas da escala EQIF

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	χ^2	p	gl
Relacionamento afetivo	36,06	44,48	48,55	1,864	0,394	2
Envolvimento	38,27	34,78	48,55	5,940	0,051*	2
Regras e Monitoria	39,29	38,16	44,85	2,702	0,259	2
Punição Física	48,27	38,64	36,67	4,131	0,127	2
Comunicação positiva com filhos	36,42	38,68	46,90	3,937	0,140	2
Comunicação negativa com filhos	50,71	38,82	34,40	7,082	0,029*	2
Clima conjugal positivo	34,63	40,54	46,90	3,837	0,147	2
Clima conjugal negativo	51,35	41,08	31,97	9,753	0,008*	2
Modelo/Exemplo	34,02	41,92	46,28	5,626	0,060	2
Sentimento dos filhos	36,38	40,70	45,25	2,406	0,300	2
Total positivo	31,62	40,50	49,55	8,127	0,017*	2
Total negativo	51,81	39,22	33,12	9,033	0,011*	2

Tabela 26. Resultados do Mann-Whitney Test (comparação par a par) para os escores totais das subescalas da escala EQIF

Envolvimento	U	P	Z
G1-G2	296,500	0,577	0,558
G1-G3	290,500	0,072	1,800
G2-G3	248,000	0,020*	2,318
(Comunicação negativa com filhos)	U	P	Z
G1-G2	228,500	0,068	1,828
G1-G3	234,000	0,010*	2,578
G2-G3	333,000	0,474	0,715
(Clima conjugal negativo)	U	P	Z
G1-G2	232,500	0,077	1,767
G1-G3	213,500	0,003*	2,948
G2-G3	280,500	0,099	1,649
(Total positivo)	U	P	Z
G1-G2	255,500	0,190	1,310
G1-G3	215,500	0,004*	2,871
G2-G3	293,000	0,165	1,388
(Total negativo)	U	P	Z
G1-G2	225,500	0,060	1,879
G1-G3	208,500	0,003*	2,989
G2-G3	320,000	0,351	0,932

Figura 3. Resultados significativos da escala EQIF

5.5. Estilos parentais identificados pelos cuidadores

Foi notada maior concentração de cuidadores identificados com comportamento autoritário 1, na categoria “sempre”, no grupo G1 (61,5%), contra 24,0% no grupo G2 e 43,0% no grupo G3 (Tabela 27).

Tabela 27. Comportamento autoritário 1: Você controla e mantém as regras estabelecidas não importando o que aconteça, pois filho tem que obedecer.

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Nunca	19,2% (5)	40,0% (10)	23,3% (7)	27,2% (22)
Às vezes	19,2% (5)	36,0% (9)	33,3% (10)	29,6% (24)
Sempre	61,5% (16)	24,0% (6)	43,3% (13)	43,2% (35)
p=0,097				

Para o comportamento autoritário 2, a maioria dos cuidadores do grupo G1 enquadraram-se na categoria “nunca” (42,3%), diferente dos outros grupos. A maioria dos cuidadores do grupo G2 (52,0%) e do grupo G3 (56,7%) concentrou-se na categoria “às vezes” (Tabela 28).

Tabela 28. Comportamento autoritário 2: Para você, disciplina significa castigo.

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Nunca	42,3% (11)	32,0% (8)	16,7% (5)	29,6% (24)
Às vezes	23,1% (6)	52,0% (13)	56,7% (17)	44,4% (36)
Sempre	34,6% (9)	16,0% (4)	26,7% (8)	25,9% (21)
p=0,064				

Os cuidadores com comportamento autoritário 3 “sempre”, diferiram nos grupos G1, G2 e G3. A porcentagem de cuidadores do grupo G1 (65,4%) e G2 (52,0%), mostrou-se diferente da do grupo G3 (16,7%) (Tabela 29).

Tabela 29. Comportamento autoritário 3: Você sempre toma a maioria das decisões pelo seu filho, pois são os pais que devem decidir as coisas.

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Nunca	15,4% (4)	16,0% (4)	60,0% (18)	32,1% (26)
Às vezes	19,2% (5)	32,0% (8)	23,3% (7)	24,7% (20)
Sempre	65,4% (17)	52,0% (13)	16,7% (5)	43,2% (35)

p=0,000*

A maioria dos cuidadores (59,3%) concentrou-se na categoria “nunca”, para o comportamento autoritário 4. O grupo G1 destacou-se por apresentar maior concentração de cuidadores (38,5%) na categoria “sempre”, quando comparado aos grupos G2 (12,0%) e G3 (3,3%) (Tabela 30).

Tabela 30. Comportamento autoritário 4: Você mostra sua raiva ao seu filho com muita frequência quando ele se comporta de modo errado.

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Nunca	30,8% (8)	60,0% (15)	83,3% (25)	59,3% (48)
Às vezes	30,8% (8)	28,0% (7)	13,3% (4)	23,5% (19)
Sempre	38,5% (10)	12,0% (3)	3,3% (1)	17,3% (14)

p=0,001*

O grupo G1 apresentou maior concentração de cuidadores (30,8%) na categoria “sempre”, quando comparado aos grupos G2 (8,0%) e G3 (3,3%), no comportamento autoritário 5 (Tabela 31).

Tabela 31. Comportamento autoritário 5: Acha que umas palmadas são sempre necessárias e não fazem mal; você também recebeu.

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Nunca	38,5% (10)	56,0% (14)	63,3% (19)	53,1% (43)
Às vezes	30,8% (8)	36,0% (9)	33,3% (10)	33,3% (27)
Sempre	30,8% (8)	8,0% (2)	3,3% (1)	13,6% (11)

p=0,054

Quanto ao comportamento autoritário 6, a maioria dos cuidadores (40,7%), enquadrou-se na categoria “sempre”. Observou-se diferença, entre os grupos G1 (69,2%), G2 (40%), e G3 (16,7%) (Tabela 32).

Tabela 32. Comportamento autoritário 6: Muitas vezes, o seu filho não sabe o que você realmente quer que ele faça e precisa ficar repetindo.

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Nunca	15,4% (4)	28,0% (7)	43,3% (13)	29,6% (24)
Às vezes	15,4% (4)	32,0% (8)	40,0% (12)	29,6% (24)
Sempre	69,2% (18)	40,0% (10)	16,7% (5)	40,7% (33)

p=0,003*

A maioria dos cuidadores, no total, (72,8%), concentrou-se na categoria “nunca” para o comportamento permissivo 1. A distribuição ficou semelhante entre os grupos, nas categorias “nunca” e sempre”, embora na categoria “às vezes” o grupo G3 apresentasse menor concentração de cuidadores (6,7%), quando comparado aos grupos G1 (19,2%) e G2 (24,0%) (Tabela 33).

Tabela 33. Comportamento permissivo 1: Você apresenta poucas regras e / poucas expectativas para seu filho.

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Nunca	65,4% (17)	68,0% (17)	83,3% (25)	72,8% (59)
Às vezes	19,2% (5)	24,0% (6)	6,7% (2)	16,0% (13)
Sempre	15,4% (4)	8,0% (2)	10,0% (3)	11,1% (9)

p=0,365

Para o comportamento permissivo 2, na categoria “sempre”, observou-se maior concentração de cuidadores no grupo G2 (60,0%), quando comparado à distribuição de cuidadores do grupo G1 (30,8%) e G3 (37,0%) (Tabela 34).

Tabela 34. Comportamento permissivo 2: Às vezes, você chama atenção e exige disciplina do seu filho, e outras vezes não.

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Nunca	53,8% (14)	32,0% (8)	60,0% (18)	49,4% (40)
Às vezes	15,4% (4)	8,0% (2)	16,7% (5)	13,6% (11)
Sempre	30,8% (8)	60,0% (15)	23,3% (7)	37,0% (30)

p=0,082

No comportamento permissivo 3, tanto no total (74,1%), quanto no grupo G1 (61,5%), no grupo G2 (76,0%) e no grupo G3 83,3%, os cuidadores responderam na categoria “nunca” (Tabela 35).

Tabela 35. Comportamento permissivo 3: Se você fica aborrecido com algo que seu filho fez, não o deixa saber disso, guarda para você.

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Nunca	61,5% (16)	76,0% (19)	83,3% (25)	74,1% (60)
Às vezes	26,9% (7)	12,0% (3)	13,3% (4)	17,3% (14)
Sempre	11,5% (3)	12,0% (3)	3,3% (1)	8,6% (7)

p=0,351

No comportamento permissivo 4, a distribuição da maioria dos cuidadores encontrou-se na categoria “nunca”, tanto no total (64,2%), quanto nos grupos G1 (53,8%), grupo G2 (56,0%) e no G3 (80%) (Tabela 36).

Tabela 36. Comportamento permissivo 4: Você se sente muito sobrecarregado com seu filho.

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Nunca	53,8% (14)	56,0% (14)	80,0% (24)	64,2% (52)
Às vezes	26,9% (7)	36,0% (9)	13,3% (4)	24,7% (20)
Sempre	19,2% (5)	8,0% (2)	6,7% (2)	11,1% (9)

p=0,145

Embora a diferença entre os grupos não seja significativa, destacou-se maior distribuição de cuidadores, na categoria “nunca”, para o comportamento permissivo 5, no grupo G3 (66,7%), comparado aos grupos de crianças adoecidas G1 (53,8%) e G2 (40,0%) (Tabela 37).

Tabela 37. Comportamento permissivo 5: Você geralmente não aguenta os pedidos, os choros e as discussões com seu filho e acaba fazendo o que ele quer.

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Nunca	53,8% (14)	40,0% (10)	66,7% (20)	54,3% (44)
Às vezes	19,2% (5)	36,0% (9)	20,0% (6)	24,7% (20)
Sempre	26,9% (7)	24,0% (6)	13,3% (4)	21,0% (17)

p=0,283

Apesar da maioria dos cuidadores (50,6%) estar concentrada na categoria “nunca”, para o comportamento permissivo 6, a diferença na distribuição entre os grupos G1, G2 e G3,

mostrou, respectivamente 50,0%, 32,0% e 66,7%. Por outro lado, o grupo G2 apresentou a maioria dos cuidadores concentrada na categoria “sempre” (52,0%), quando comparado aos grupos G1 (38,5%) e G3 (16,7%) (Tabela 38).

Tabela 38. Comportamento permissivo 6: Você acredita que seu filho pode/deve expressar todos os seus impulsos para se desenvolver.

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Nunca	50,0% (13)	32,0% (8)	66,7% (20)	50,6% (41)
Às vezes	11,5% (3)	16,0% (4)	16,7% (5)	14,8% (12)
Sempre	38,5% (10)	52,0% (13)	16,7% (5)	34,6% (28)

p=0,060

No comportamento negligente 1, observou-se a maioria dos cuidadores na categoria “nunca” (82,7%), assim também nos grupos G1 (73,1%), G2 (88%) e G3 (86,7%) (Tabela 39).

Tabela 39. Comportamento negligente 1: Você passa pouco tempo com o seu filho.

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Nunca	73,1% (19)	88,0% (22)	86,7% (26)	82,7% (67)
Às vezes	11,5% (3)	8,0% (2)	6,7% (2)	8,6% (7)
Sempre	15,4% (4)	4,0% (1)	6,7% (2)	8,6% (7)

p=0,621

A maioria dos cuidadores, no total, concentrou-se na categoria “nunca” (81,5%), bem como nos grupos G1 (73,1%), G2 (80,0%) e G3 (90,0%). Mas, na categoria “sempre”, destacou-se o grupo G1 (23,1%), quando comparado com os grupos G2 (8%) e G3 (6,7%), no comportamento negligente 2 (Tabela 40).

Tabela 40. Comportamento negligente 2: Você não acha que deve recompensar seu filho por tirar notas boas, pois é obrigação dele.

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Nunca	73,1% (19)	80,0% (20)	90,0% (27)	81,5% (66)
Às vezes	3,8% (1)	12,0% (3)	3,3% (1)	6,2% (5)
Sempre	23,1% (6)	8,0% (2)	6,7% (2)	12,3% (10)

p=0,245

A maioria dos cuidadores concentrou-se na categoria “nunca” para o comportamento negligente 3, tanto no total (84,0%), quanto no grupo G1 (88,5%), no G2 (80,0%) e no G3 (83,3%) (Tabela 41).

Tabela 41. Comportamento negligente 3: Você não ajuda seu filho nos trabalhos escolares, pois ele deve ter responsabilidade dentro de si.

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Nunca	88,5% (23)	80,0% (20)	83,3% (25)	84,0% (68)
Às vezes	11,5% (3)	20,0% (5)	13,3% (4)	14,8% (12)
Sempre	0% (0)	0% (0)	3,3% (1)	1,2% (1)

p=0,789

A maioria dos cuidadores concentrou-se na categoria “nunca” para o comportamento negligente 4, tanto no total (90,1%), quanto no grupo G1 (84,6%), no G2 (96,0%) e no G3 (90,0%) (Tabela 42).

Tabela 42. Comportamento negligente 4: Você conhece muito pouco sobre os amigos do seu filho.

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Nunca	84,6% (22)	96,0% (24)	90,0% (27)	90,1% (73)
Às vezes	15,4% (4)	4,0% (1)	3,3% (1)	7,4% (6)
Sempre	0% (0)	0% (0)	6,7% (2)	2,5% (2)

p=0,186

A maioria dos cuidadores, no total (80,2%), encontra-se na categoria “nunca” para o comportamento negligente 5. Isso ocorre também no grupo G1 (69,2%), no grupo G2 (80,0%) e no grupo G3 (90,0%) (Tabela 43).

Tabela 43. Comportamento negligente 5: Você abraça e beija pouco o seu filho.

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Nunca	69,2% (18)	80,0% (20)	90,0% (27)	80,2% (65)
Às vezes	11,5% (3)	12,0% (3)	0% (0)	7,4% (6)
Sempre	19,2% (5)	8,0% (2)	10,0% (3)	12,3% (10)

p=0,174

A maioria dos cuidadores concentrou-se na categoria “nunca” para o comportamento negligente 6, tanto no total (81,5%), quanto nos grupos G1 (73,1%), G2 (84,0%) e G3 (86,7%) (Tabela 44).

Tabela 44. Comportamento negligente 6: Você tem pouco tempo para estabelecer regras para seu filho, pois acha que ele é que deve ser responsável.

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Nunca	73,1% (19)	84,0% (21)	86,7% (26)	81,5% (66)
Às vezes	19,2% (5)	8,0% (2)	10,0% (3)	12,3% (10)
Sempre	7,7% (2)	8,0% (2)	3,3% (1)	6,2% (5)

p=0,685

A maioria dos cuidadores concentrou-se na categoria “sempre” para o comportamento participativo 1, tanto no total (67,9%), quanto em cada grupo, embora a porcentagem dos cuidadores do grupo G1 (42,3%) fosse, menor que a dos grupos G2 (76,0%), e G3 (83,3%) (Tabela 45).

Tabela 45. Comportamento participativo 1: Você considera as opiniões e os desejos do seu filho da mesma maneira que considera os seus desejos e opiniões.

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Nunca	26,9% (7)	20,0% (5)	6,7% (2)	17,3% (14)
Às vezes	30,8% (8)	4,0% (1)	10,0% (3)	14,8% (12)
Sempre	42,3% (11)	76,0% (19)	83,3% (25)	67,9% (55)

p=0,006*

A maioria dos cuidadores concentrou-se na categoria “sempre” para o comportamento participativo 2, tanto no total (61,7%), quanto nos grupos G1 (50,0%), G2 (56,0%), G3 (76,7%) (Tabela 46).

Tabela 46. Comportamento participativo 2: Você consegue apontar o comportamento errado do seu filho com firmeza e sem punição física ou verbal.

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Nunca	23,1% (6)	20,0% (5)	10,0% (3)	17,3% (14)
Às vezes	26,9% (7)	24,0% (6)	13,3% (4)	21,0% (17)
Sempre	50,0% (13)	56,0% (14)	76,7% (23)	61,7% (50)

p=0,318

A maioria dos cuidadores concentrou-se na categoria “sempre”, para o comportamento participativo 3, tanto no total (75,3%), quanto nos grupos, mas observou-se diferença na distribuição entre os grupos G1 (50,0%), G2 (80,0%), e G3 (93,3%) (Tabela 47).

Tabela 47. Comportamento participativo 3: Você procura elogiar e recompensar o seu filho quando ele se comporta da maneira certa.

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Nunca	11,5% (3)	8,0% (2)	0% (0)	6,2% (5)
Às vezes	38,5% (10)	12,0% (3)	6,7% (2)	18,5% (15)
Sempre	50,0% (13)	80,0% (20)	93,3% (28)	75,3% (61)

p=0,002*

Observou-se, no comportamento participativo 4, a maioria dos cuidadores concentrada na categoria “sempre”, no total (85,2%) e entre os grupos G1 (69,2%), G2 (92,0%), e G3 (93,3%) (Tabela 48).

Tabela 48 Comportamento participativo 4: Você valoriza o desempenho escolar do seu filho e o apóia nas suas tarefas e provas.

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Nunca	23,1% (6)	8,0% (2)	3,3% (1)	11,1% (9)
Às vezes	7,7% (2)	0% (0)	3,3% (1)	3,7% (3)
Sempre	69,2% (18)	92,0% (23)	93,3% (28)	85,2% (69)

p=0,069

Notou-se a maioria dos cuidadores (56,8%), no total, concentrada na categoria “sempre” para o comportamento participativo 5, bem como nos grupos G2 (56,0%) e G3 (76,7%), diferentemente da distribuição no grupo G1 (34,6%) (Tabela 49).

Tabela 49. Comportamento participativo 5: Você sempre consegue comunicar as regras e os limites com clareza e de maneira objetiva.

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Nunca	30,8% (8)	8,0% (2)	6,7% (2)	14,8% (12)
Às vezes	34,6% (9)	36,0% (9)	16,7% (5)	28,4% (23)
Sempre	34,6% (9)	56,0% (14)	76,7% (23)	56,8% (46)

p=0,013*

A maioria dos cuidadores, para o comportamento participativo 6, concentrou-se na categoria “sempre”, no total (88,9%), assim como nos grupos G1 (76,9%), grupo G2 (96,0%), e G3 (93,3%) (Tabela 50).

Tabela 50. Comportamento participativo 6: Você frequentemente está junto com o seu filho e se diverte com ele.

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Nunca	7,7% (2)	0% (0)	0% (0)	2,5% (2)
Às vezes	15,4% (4)	4,0% (1)	6,7% (2)	8,6% (7)
Sempre	76,9% (20)	96,0% (24)	93,3% (28)	88,9% (72)

p=0,190

Figura 4. Resultados significativos do Inventários de Estilos Parentais

5.6. Comportamento Infantil

5.6.1. Problemas de saúde

A maioria dos cuidadores, no total (59,3%), relatou, “nunca” perceber presença de dor de cabeça, na criança, bem como 46,2% de cuidadores do grupo G1, 64% do grupo G2 e 66,7% do grupo G3 (Tabela 51).

Tabela 51. Frequência de dor de cabeça na criança

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Nunca	46,2% (12)	64,0% (16)	66,7% (20)	59,3% (48)
Ocasional	34,6% (9)	28,0% (7)	26,7% (8)	29,6% (24)
Pelo menos 1 vez na semana	19,2% (5)	8,0% (2)	6,7% (2)	11,1% (9)

p=0,482

A maioria dos cuidadores, no total (85,2%), relatou “nunca” perceber a enurese nas crianças, e, também nos grupos G1 (80,8%), G2 (80,0%), e G3 (93,3%) (Tabela 52).

Tabela 52. Frequência de enurese na criança

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Nunca	80,8% (21)	80,0% (20)	93,3% (28)	85,2% (69)
Ocasional	7,7% (2)	12,0% (3)	6,7% (2)	8,6% (7)
Pelo menos 1 vez na semana	11,5% (3)	8,0% (2)	0% (0)	6,2% (5)

p=0,383

Na percepção dos cuidadores em relação ao nervosismo e mau humor da criança, foi observado diferença significativa entre os grupos. Na categoria “nunca, observaram-se 15,4% dos cuidadores no grupo G1, 32,0% no grupo G2, e 63,3% no grupo G3. Na categoria “pelo menos 1 vez na semana”, categoria de maior ocorrência, no grupo G1 houve concentração de 65,4% de cuidadores, no grupo G2, 28,0%, e no grupo G3, 16,7% (Tabela 53).

Tabela 53 Frequência de mau/humor e nervoso na criança

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Nunca	15,4% (4)	32,0% (8)	63,3% (19)	38,3% (31)
Ocasional	19,2% (5)	40,0% (10)	20,0% (6)	25,9% (21)
Pelo menos 1 vez na semana	65,4% (17)	28,0% (7)	16,7% (5)	35,8% (29)

p=0,000*

A maioria dos cuidadores, no total (79,0%), relatou perceber a criança sem dificuldade de ir à escola, assim como nos grupos G1 (65,4%), G2 (80,0%), e G3 (90,0%) (Tabela 54).

Tabela 54. Frequência de dificuldade da criança para ir à escola

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Nunca	65,4% (17)	80,0% (20)	90,0% (27)	79,0% (64)
Ocasional	23,1% (6)	8,0% (2)	6,7% (2)	12,3% (10)
Pelo menos 1 vez na semana	11,5% (3)	12,0% (3)	3,3% (1)	8,6% (7)

p=0,200

A maioria dos cuidadores, no total (97,5%), e nos grupos G1 (96,2%), G2 (96,0%), e G3 (100,0%) referiu “nunca” perceber o comportamento de faltar à aula em nenhuma criança (Tabela 55).

Tabela 55. Frequência da criança faltar às aulas na escola

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Nunca	96,2% (25)	96,0% (24)	100,0% (30)	97,5% (79)
Ocasional	3,8% (1)	0,0% (0)	0,0% (0)	1,2% (1)
Pelo menos 1 vez na semana	0,0% (0)	4,0% (1)	0,0% (0)	1,2% (1)

p=0,394

5.6.1.1. Análises complementares - Problemas de saúde

Para complementar os resultados descritos para os problemas de saúde das crianças, percebidos pelos cuidadores, realizou-se análise estatística do total dos escores, como variáveis numéricas. Na comparação par a par e, destes dados, notou-se diferença significativa entre todos os grupos (Tabelas 56 e 57).

Tabela 56. Resultados do teste Kruskal-Wallis (média ranqueada) para o escore total da subescala “problemas de saúde” escala Rutter

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	χ^2	p	gl
	55,48	41,84	27,75	20,224	0,000*	2

Tabela 57. Resultados do teste Mann-Whitney (comparação par a par) para o escore total da subescala “problemas de saúde” escala Rutter

	U	P	Z
G1-G2	210,500	0,027*	2,213
G1-G3	128,000	0,000*	4,402
G2-G3	239,500	0,018*	2,364

5.6.2. Hábitos

A maioria dos cuidadores, no total (91,4%), referiu não perceber gagueira na criança, sendo a distribuição, entre os grupos, semelhante tanto na categoria “não”, quanto na categoria “moderado” (Tabela 58).

Tabela 58. Frequência do hábito da criança de gaguejar

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Não	92,3% (24)	88,0% (22)	93,3% (28)	91,4% (74)
Moderado	7,7% (2)	12,0% (3)	6,7% (2)	8,6% (7)

p=0,789

Referente a outro problema de fala, a maioria dos cuidadores, no total (91,4%) percebeu não ocorrer, mas notou-se diferença significativa entre os grupos. Na categoria “não”, 92,3% de cuidadores concentravam-se no grupo G1, 80,0% no grupo G2, e no grupo G3, 100,0%. Na categoria “moderado” a distribuição dos cuidadores entre os grupos G1, G2 e G3 foi, respectivamente, 7,7%, 16,0%, 0,0%; e na categoria “severo, 0,0%, 4,0%, e 0,0% (Tabela 59).

Tabela 59. Frequência de problemas de fala da criança (que não a gagueira)

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Não	92,3% (24)	80,0% (20)	100,0% (30)	91,4% (74)
Moderado	7,7% (2)	16,0% (4)	0,0% (0)	7,4% (6)
Severo	0,0% (0)	4,0% (1)	0,0% (0)	1,2% (1)

p=0,030*

A maioria dos cuidadores concentrou-se, no total (96,3%), na categoria “não” para o hábito, da criança, de pegar coisas escondidas/roubar, distribuindo-se semelhantemente entre G1 (100,0%), G2 (92,0%), e G3 (96,7%), assim como na categoria “moderado”, entre G1 (0%), G2 (8,0%), e G3 (3,3%) (Tabela 60).

Tabela 60. Frequência do hábito da criança de pegar as coisas escondidas/roubar

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Não	100,0% (26)	92,0% (23)	96,7% (29)	96,3% (78)
Moderado	0% (0)	8,0% (2)	3,3% (1)	3,7% (3)

p=0,397

Em relação à dificuldade de alimentação, a maioria dos cuidadores, no total (56,8%), encontrou-se na categoria “não”, e a distribuição, nos grupos G1, G2 e G3 é de 42,3%, 60,0%, e 66,7%, respectivamente (Tabela 61).

Tabela 61. Frequência da dificuldade de alimentação da criança

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Não	42,3% (11)	60,0% (15)	66,7% (20)	56,8% (46)
Moderado	42,3% (11)	36,0% (9)	30,0% (9)	35,8% (29)
Severo	15,4% (4)	4,0% (1)	3,3% (1)	7,4% (6)

p=0,304

Referente à dificuldade de sono da criança, a maioria dos cuidadores, no total (70,4%), respondeu na categoria “não”, bem como nos grupos G1 (61,5%), G2 (68,0%), e G3 (80,0%) (Tabela 62).

Tabela 62. Frequência da dificuldade de sono da criança

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Não	61,5% (16)	68,0% (17)	80,0% (24)	70,4% (57)
Moderado	26,9% (7)	24,0% (6)	20,0% (6)	23,5% (19)
Severo	11,5% (3)	8,0% (2)	0% (0)	6,2% (5)

p=0,348

A maioria dos cuidadores, no total (56,8%), era da categoria “moderado” para o comportamento de sentir medo, da criança, assim como nos grupos G1 (57,7%), G2 (64,0%) e G3 (43,3%). Observa-se diferença significativa nas categorias “não” e “severo”. Na categoria “não”, foram observados 7,7% de cuidadores no grupo G1, 32,0% no grupo G2, e no grupo G3, 56,7%. Por fim, na categoria “severo” há diferença da concentração de cuidadores no grupo G1 (34,6%), quando comparado aos grupos G2 (4,0%) e G3 (0,0%) (Tabela 63).

Tabela 63. Frequência do sentimento de medo na criança

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Não	7,7% (2)	32,0% (8)	56,7% (17)	33,3% (27)
Moderado	57,7% (15)	64,0% (16)	43,3% (13)	54,3% (44)
Severo	34,6% (9)	4,0% (1)	0% (0)	12,3% (10)

p=0,000*

A maioria dos cuidadores, no total (95,1%), concentrou-se na categoria “não” para a percepção de movimento repetitivo no corpo ou no rosto/toque da criança. Assim como, na distribuição nos grupos G1 (88,5%), G2 (96,0%), e G3 (100,0%) (Tabela 64).

Tabela 64. Frequência de presença de movimentos repetitivos (tique) no corpo ou no rosto na criança

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Não	88,5% (23)	96,0% (24)	100,0% (30)	95,1% (77)
Moderado	11,5% (3)	4,0% (1)	0% (0)	4,9% (4)

p=0,108

5.6.2.1. Análises complementares - Hábitos

Foram realizadas análises estatísticas complementares do total dos escores, como variáveis numéricas, dos resultados para os hábitos das crianças percebidos pelos cuidadores. Observou-se, na comparação par a par, diferença significativa entre os grupos G1 e G3, bem como entre os grupos G2 e G3 (Tabelas 65 e 66).

Tabela 65. Resultados do teste Kruskal-Wallis (média ranqueada) para o escore total da subescala “hábitos” da escala Rutter

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	χ^2	P	gl
	54,27	42,68	28,10	18,439	0,000*	2

Tabela 66. Resultados do teste Mann-Whitney (comparação par a par) para o escore total da subescala “hábitos” da escala Rutter

	U	P	Z
G1-G2	235,000	0,083	1,736
G1-G3	135,000	0,000*	4,329
G2-G3	243,000	0,021*	2,312

5.6.3. Afirmações sobre comportamentos

A maioria dos cuidadores percebeu “com certeza” a criança agitada, no total, 63,0%. Nesta mesma categoria, observou-se a distribuição entre os grupos G1, G2, e G3 semelhante, respectivamente, 73,1%, 68,0%, e 50,0% (Tabela 67).

Tabela 67. Frequência da resposta do cuidador sobre o comportamento da criança "muito agitada"

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Não se aplica	11,5% (3)	28,0% (7)	23,3% (7)	21,0% (17)
Um pouco	15,4% (4)	4,0% (1)	26,7% (8)	16,0% (13)
Com certeza	73,1% (19)	68,0% (17)	50,0% (15)	63,0% (51)

p=0,109

A maioria dos cuidadores percebeu “com certeza” a criança impaciente/inquieta, no total, 50,6%. Nesta mesma categoria, observou-se distribuição entre os grupos G1, G2, e G3,

de, respectivamente, 69,2%, 56,0% e 30,0%, sendo a concentração, no grupo G1, maior que nos outros grupos, principalmente que no grupo G3 (Tabela 68).

Tabela 68. Frequência da resposta do cuidador sobre o comportamento da criança "impaciente/inquieta"

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Não se aplica	7,7% (2)	28,0% (7)	46,7% (14)	28,4% (23)
Um pouco	23,1% (6)	16,0% (4)	23,3% (7)	21,0% (17)
Com certeza	69,2% (18)	56,0% (14)	30,0% (9)	50,6% (41)

p=0,015*

No comportamento de destruir as coisas com muita frequência, a maioria dos cuidadores, no total (75,3%), concentrou-se na categoria “não se aplica”, bem como no grupo G1 (69,2%), no grupo G2 de (72,0%), e no grupo G3 (83,3%) (Tabela 69).

Tabela 69. Frequência da resposta do cuidador sobre o comportamento da criança "destrói muito as coisas"

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Não se aplica	69,2% (18)	72,0% (18)	83,3% (25)	75,3% (61)
Um pouco	3,8% (1)	8,0% (2)	6,7% (2)	6,2% (5)
Com certeza	26,9% (7)	20,0% (5)	10,0% (3)	18,5% (15)

p=0,546

Para o comportamento de brigar muito, a maioria dos cuidadores, no total (64,2%), concentrou-se na categoria “não se aplica”, com distribuição de 57,7% no grupo G1, 56,0% no grupo G2, e 76,7% no grupo G3 (Tabela 70).

Tabela 70. Frequência da resposta do cuidador sobre o comportamento da criança "briga muito"

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Não se aplica	57,7% (15)	56,0% (14)	76,7% (23)	64,2% (52)
Um pouco	11,5% (3)	16,0% (4)	13,3% (4)	13,6% (11)
Com certeza	30,8% (8)	28,0% (7)	10,0% (3)	22,2% (18)

p=0,296

Em relação à percepção da criança ser rejeitada por outras crianças, a maioria dos cuidadores, no total (91,4%), respondeu na categoria “não se aplica”, bem como 84,6% de cuidadores do grupo G1, 88,0% do grupo G2, e 100,0% do grupo G3. Na categoria “com certeza”, houve 11,5% de cuidadores no grupo G1, contra 0,0% nos grupos G2 e G3 (Tabela 71).

Tabela 71. Frequência da resposta do cuidador sobre a situação "a criança não é muito querida por outras"

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Não se aplica	84,6% (22)	88,0% (22)	100,0% (30)	91,4% (74)
Um pouco	3,8% (1)	12,0% (3)	0% (0)	4,9% (4)
Com certeza	11,5% (3)	0% (0)	0% (0)	3,7% (3)

p=0,016*

Em sua maioria, os cuidadores, no total (45,7%), responderam na categoria “não se aplica” para a percepção de preocupação excessiva da criança. Nesta categoria, a concentração de cuidadores, no grupo G1, foi de 11,5%, no grupo G2, de 56,0%, e no grupo G3, de 66,7%. Na categoria “com certeza”, também notou-se diferença na distribuição entre os grupos G1 (61,5%), G2 (24,0%) e G3 (0,0%) (Tabela 72).

Tabela 72. Frequência da resposta do cuidador sobre o comportamento da criança "preocupa-se muito"

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Não se aplica	11,5% (3)	56,0% (14)	66,7% (20)	45,7% (37)
Um pouco	26,9% (7)	20,0% (5)	33,3% (10)	27,2% (22)
Com certeza	61,5% (16)	24,0% (6)	0,0% (0)	27,2% (22)

p=0,000*

A maioria dos cuidadores, no total (72,8%) encontrou-se na categoria “não se aplica” para a percepção do comportamento fechado e solitário da criança, assim como na distribuição entre os grupos G1 (61,5%), G2 (72,0%), e G3 (83,3%) (Tabela 73).

Tabela 73. Frequência da resposta do cuidador sobre o comportamento da criança "fechada/solitária"

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Não se aplica	61,5% (16)	72,0% (18)	83,3% (25)	72,8% (59)
Um pouco	15,4% (4)	20,0% (5)	16,7% (5)	17,3% (14)
Com certeza	23,1% (6)	8,0% (2)	0% (0)	9,9% (8)

p=0,066

A maioria dos cuidadores, no total (74,1%), respondeu, na categoria “não se aplica”, para a percepção do comportamento irritável da criança. Observou-se diferença entre os grupos G1 (61,5%), G2 (76,0%), e G3 (83,3%), nesta categoria. Também, na categoria “com certeza”, notou-se diferença entre G1 (38,35%), G2 (24,0%) e G3 (3,3%) (Tabela 74).

Tabela 74. Frequência da resposta do cuidador sobre o comportamento da criança "irritável"

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Não se aplica	61,5% (16)	76,0% (19)	83,3% (25)	74,1% (60)
Um pouco	0% (0)	0% (0)	13,3% (4)	4,9% (4)
Com certeza	38,5% (10)	24,0% (6)	3,3% (1)	21,0% (17)

p=0,002*

A maioria dos cuidadores, no total (74,1%) respondeu, na categoria “não se aplica”, para a percepção de tristeza/angústia na criança. Observou-se diferença na distribuição entre os grupos G1 (53,8%), G2 (80,0%), e G3 (86,7%) (Tabela 75).

Tabela 75. Frequência da resposta do cuidador sobre o comportamento da criança "triste/angustiado"

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Não se aplica	53,8% (14)	80,0% (20)	86,7% (26)	74,1% (60)
Um pouco	34,6% (9)	16,0% (4)	13,3% (4)	21,0% (17)
Com certeza	11,5% (3)	4,0% (1)	0% (0)	4,9% (4)

p=0,041*

Referente ao comportamento de chupar dedo, da criança, a maioria dos cuidadores, no total (95,1%), respondeu na categoria “não se aplica”, assim como na distribuição entre G1 (100,0%), G2 (92,0%), e G3 (93,3%) (Tabela 76).

Tabela 76. Frequência da resposta do cuidador sobre o comportamento da criança "chupa dedo"

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Não se aplica	100,0% (26)	92,0% (23)	93,3% (28)	95,1% (77)
Com certeza	0% (0)	8,0% (2)	6,7% (2)	4,9% (4)

p=0,458

Para o comportamento de roer unha, na categoria “não se aplica”, encontrou-se a maioria dos cuidadores, no total, 70,4%. Notou-se diferença na distribuição entre os grupos G1 (46,2%), G2 (68,0%), e G3 (93,3%), nesta categoria. Na categoria “com certeza”, concentraram-se, no grupo G1, 42,3% dos cuidadores, 24,0% no grupo G2, e 0,0% no grupo G3 (Tabela 77).

Tabela 77. Frequência da resposta do cuidador sobre o comportamento da criança "rói unha"

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Não se aplica	46,2% (12)	68,0% (17)	93,3% (28)	70,4% (57)
Um pouco	11,5% (3)	8,0% (2)	6,7% (2)	8,6% (7)
Com certeza	42,3% (11)	24,0% (6)	0% (0)	21,0% (17)

p=0,000*

A maioria dos cuidadores, no total (46,9%), percebeu crianças “um pouco” desobediente. No grupo G1, 50,0% dos cuidadores concentraram-se na categoria “um pouco”, no grupo G2, 68,0%, e no grupo G3, 26,7%. Na categoria “não se aplica” houve 34,6% de cuidadores no grupo G1, 20,0% no grupo G2, e 53,3% no grupo G3 (Tabela 78).

Tabela 78. Frequência da resposta do cuidador sobre o comportamento da criança "desobediente"

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Não se aplica	34,6% (9)	20,0% (5)	53,3% (16)	37,0% (30)
Um pouco	50,0% (13)	68,0% (17)	26,7% (8)	46,9% (38)
Com certeza	15,4% (4)	12,0% (3)	20,0% (6)	16,0% (13)

p=0,042*

Em relação à dificuldade de concentração e permanência da criança em atividades por alguns minutos, na categoria “não se aplica”, encontrou-se a maioria dos cuidadores, no total, 77,8%. Observou-se diferença na distribuição entre os grupos G1 (65,4%), G2 (68,0%), e G3 (96,7%) nesta categoria. Na categoria “com certeza”, concentraram-se, no grupo G1, 26,9% dos cuidadores, 12,0% no grupo G2, e 0,0% no grupo G3 (Tabela 79).

Tabela 79. Frequência da resposta do cuidador sobre o comportamento da criança "dificuldade de concentração e permanência em atividades"

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Não se aplica	65,4% (17)	68,0% (17)	96,7% (29)	77,8% (63)
Um pouco	7,7% (2)	20,0% (5)	3,3% (1)	9,9% (8)
Com certeza	26,9% (7)	12,0% (3)	0% (0)	12,3% (10)

p=0,003*

No total, 66,7% dos cuidadores, concentraram-se na categoria “não se aplica” para a percepção do comportamento de ter medo de situações novas, da criança. A distribuição no

grupo G1, nesta categoria, é de 50,0%, no grupo G2 de 72,0%, e no G3, de 76,7% (Tabela 80).

Tabela 80. Frequência da resposta do cuidador sobre o comportamento da criança "tem medo de situações novas"

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Não se aplica	50,0% (13)	72,0% (18)	76,7% (23)	66,7% (54)
Um pouco	34,6% (9)	20,0% (5)	20,0% (6)	24,7% (20)
Com certeza	15,4% (4)	8,0% (2)	3,3% (1)	8,6% (7)

p=0,254

Em relação à percepção da criança ser difícil de lidar, a maioria dos cuidadores, no total (76,5%), respondeu “não se aplica”, assim como nos grupos G1 (65,4%), G2 (80,0%), e G3 (83,3%) (Tabela 81).

Tabela 81. Frequência da resposta do cuidador sobre o comportamento da criança "difícil de lidar"

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Não se aplica	65,4% (17)	80,0% (20)	83,3% (25)	76,5% (62)
Um pouco	19,2% (5)	12,0% (3)	13,3% (4)	14,8% (12)
Com certeza	15,4% (4)	8,0% (2)	3,3% (1)	8,6% (7)

p=0,488

Para a percepção do comportamento de mentir muito, da criança, a maioria dos cuidadores, no total (50,6%), respondeu “não se aplica”, bem como no grupo G1 (46,2%), no grupo G2 (36,0%), e no grupo G3 (66,7%) (Tabela 82).

Tabela 82. Frequência da resposta do cuidador sobre o comportamento da criança "fala muita mentira"

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Não se aplica	46,2% (12)	36,0% (9)	66,7% (20)	50,6% (41)
Um pouco	50,0% (13)	60,0% (15)	30,0% (9)	45,7% (37)
Com certeza	3,8% (1)	4,0% (1)	3,3% (1)	3,7% (3)

p=0,147

Observou-se a maioria dos cuidadores, no total (96,3%), na categoria “não se aplica” para a percepção do comportamento da criança maltratar outras crianças, assim como a maioria de cuidadores do grupo G1 (92,3%), do grupo G2 (96,0%), e do grupo G3 (100,0%) (Tabela 83).

Tabela 83. Frequência da resposta do cuidador sobre o comportamento da criança "maltrata as outras crianças"

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Não se aplica	92,3% (24)	96,0% (24)	100,0% (30)	96,3% (78)
Um pouco	0% (0)	4,0% (1)	0% (0)	1,2% (1)
Com certeza	7,7% (2)	0% (0)	0% (0)	2,5% (2)

p=0,120

No total, 81,5% dos cuidadores, concentraram-se na categoria “não se aplica” para a percepção do comportamento da criança falar palavrões, bem como a maioria de cuidadores do grupo G1 (80,8%), do grupo G2 (84,0%), e do grupo G3 (80,0%) (Tabela 84).

Tabela 84. Frequência da resposta do cuidador sobre o comportamento da criança "fala palavrões"

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Não se aplica	80,8% (21)	84,0% (21)	80,0% (24)	81,5% (66)
Um pouco	15,4% (4)	12,0% (6)	20,0% (3)	16,0% (13)
Com certeza	3,8% (1)	4,0% (1)	0% (0)	2,5% (2)

p=0,793

Na variável que caracteriza a criança como muito agarrada ao cuidador, a maioria dos cuidadores concentrou-se na categoria “com certeza”, tanto no total (70,4%), quanto nos grupos G1 (80,8%), G2 (76,01%) e G3 (56,7%) (Tabela 85).

Tabela 85. Frequência da resposta do cuidador sobre o comportamento da criança "muito agarrada ao familiar/cuidador"

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Não se aplica	3,8% (1)	4,0% (1)	6,7% (2)	4,9% (4)
Um pouco	15,4% (4)	20,0% (5)	36,7% (11)	24,7% (20)
Com certeza	80,8% (21)	76,0% (19)	56,7% (17)	70,4% (57)

p=0,316

A maioria dos cuidadores, no total (55,6%), respondeu “não se aplica” para a percepção do comportamento de timidez da criança. Observou-se diferença entre os grupos G1 (34,6%), G2 (72,0%), e G3 (60,0%). Na categoria “com certeza”, houve 34,6% de cuidadores no grupo G1, 8,0% no grupo G2, e 13,3% no grupo G3 (Tabela 86).

Tabela 86. Frequência da resposta do cuidador sobre o comportamento da criança "tímida/retraída com pessoas pouco conhecidas"

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Não se aplica	34,6% (9)	72,0% (18)	60,0% (18)	55,6% (45)
Um pouco	30,8% (8)	20,0% (5)	26,7% (8)	25,9% (21)
Com certeza	34,6% (9)	8,0% (2)	13,3% (4)	18,5% (15)

p=0,049*

A maioria dos cuidadores respondeu “não se aplica” para a percepção de insegurança na criança, tanto no total (55,6%), quanto nos grupos G1 (50,0%), G2 (48,0%) e G3 (66,7%) (Tabela 87).

Tabela 87. Frequência da resposta do cuidador sobre o comportamento da criança "insegura"

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Não se aplica	50,0% (13)	48,0% (12)	66,7% (20)	55,6% (45)
Um pouco	15,4% (4)	32,0% (8)	26,7% (8)	24,7% (20)
Com certeza	34,6% (9)	20,0% (5)	6,7% (2)	19,8% (16)

p=0,089

5.6.3.1. Análises complementares – Afirmações sobre o comportamento

Foram realizadas análises estatísticas complementares do total dos escores, como variáveis numéricas, complementando os resultados descritos acima, para os hábitos das crianças, percebidos pelos cuidadores. Notou-se, na comparação par a par, diferença significativa entre todos os grupos (Tabelas 88 e 89).

Tabela 88. Resultados do teste Kruskal-Wallis (média ranqueada) para o escore total da subescala “afirmações sobre o comportamento” da escala Rutter

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	χ^2	p	gl
	57,17	42,58	25,67	25,235	0,000*	2

Tabela 89. Resultados do teste Mann-Whitney (comparação par a par) para o escore total da subescala “hábitos” da escala Rutter

	U	p	Z
G1-G2	192,500	0,012*	2,503
G1-G3	102,000	0,000*	4,739
G2-G3	203,000	0,004*	2,916

5.6.4. Análise Final da Escala

Na análise final da classificação de demanda quanto à necessidade de atendimento psicológico ou psiquiátrico infantil, observou-se a maioria das crianças, no total (55,6%), classificadas como “sem demanda de acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico”. No grupo G1, houve 19,2% de crianças “sem demanda”, no grupo G2, 64%, e no grupo G3, 80%. Já, em relação às crianças classificadas como “com demanda de acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico”, houve concentração de 80,8% de crianças no grupo G1, 36,0% no grupo G2, e 20,0% no grupo G3 (Tabela 90).

Tabela 90. Frequência da classificação da demanda da criança para atendimento psicológico/psiquiátrico

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Com demanda	80,8% (21)	36,0% (9)	20,0% (6)	44,4% (36)
Sem demanda	19,2% (5)	64,0% (16)	80,0% (24)	55,6% (45)

p=0,000*

Na análise final do perfil comportamental infantil, observou-se a maioria das crianças, no total (40,7%), classificada como perfil antissocial, assim como no grupo G2 (56,0%) e no grupo G3 (40,0%). Já, o grupo G1 teve 26,9% de crianças antissociais. A maioria de crianças do grupo G1 (50,0%) foram classificadas como perfil neurótico, no grupo G2, houve 24,0%, e no grupo G3, 26,7% deste perfil. Em relação ao perfil “indiferenciado”, a distribuição foi de 23,1% de crianças no grupo G1, 20,0% no grupo G2, e 33,3% no grupo G3 (Tabela 91).

Tabela 91. Frequência dos perfis comportamentais encontrados nas crianças

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Neurótico	50,0% (13)	24,0% (6)	26,7% (8)	33,3% (27)
Antissocial	26,9% (7)	56,0% (14)	40,0% (12)	40,7% (36)
Indiferenciado	23,1% (6)	20,0% (5)	33,3% (10)	25,9% (21)

p=0,140

5.6.4.1 Análises complementares – Análise Final da Escala

Foram realizadas análises estatísticas complementares dos escores totais da escala de comportamento infantil, como variáveis numéricas. Na comparação par a par, foram

observadas diferenças na classificação de demanda e no perfil comportamental da criança, entre todos os grupos (Tabelas 92, 93, 94 e 95).

Tabela 92. Resultados do teste Kruskal-Wallis (média ranqueada) para o escore total da classificação de demanda das crianças para atendimento psicológico/psiquiátrico na escala Rutter

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	χ^2	p	gl
	58,75	42,72	24,18	30,342	0,000*	2

Tabela 93. Resultados do teste Mann-Whitney (comparação par a par) para o escore total da classificação de demanda das crianças para atendimento psicológico/psiquiátrico na escala Rutter

	U	p	Z
G1-G2	178,500	0,006*	2,766
G1-G3	75,000	0,000*	5,179
G2-G3	185,500	0,001*	3,211

Tabela 94. Resultados do teste Kruskal-Wallis (média ranqueada) para o escore total da classificação dos perfis comportamentais das crianças na escala Rutter

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	χ^2	p	gl	sd
Neurótico	55,62	39,14	29,88	17,950	0,000*	2	1,741
Antissocial	44,50	47,84	32,27	7,209	0,027*	2	1,406

Tabela 95. Resultados do teste Mann-Whitney (comparação par a par) para o escore total da classificação dos perfis comportamentais das crianças na escala Rutter

Neurótico	U	P	Z
G1-G2	198,000	0,015*	2,437
G1-G3	137,000	0,000*	4,285
G2-G3	294,500	0,151	1,437
Antissocial	U	p	Z
G1-G2	297,500	0,590	0,539
G1-G3	271,500	0,046*	1,998
G2-G3	231,500	0,012*	2,503

Figura 5. Resultados significativos da escala Rutter

5.7. Entrevista

5.7.1. Temáticas e categorias

Realizou-se a categorização da entrevista (Apendice 1) de acordo com o conteúdo das respostas dos cuidadores (temáticas), segundo os modelos propostos por Bardin (1977) e Minayo (2008). Para validar esta categorização, realizou-se a avaliação de 13 juízes. Os roteiros de entrevista abordaram temáticas equivalentes para todos os grupos, e para melhor compreensão das temáticas abordadas no roteiro de entrevista de cada grupo, para os relatos transcritos. O conteúdo das verbalizações foi distribuído em oito temáticas, de acordo com a separação das categorias de cada questão do roteiro (Tabela 96).

Tabela 96. Procedimento de divisão de temáticas para a categorização do conteúdo das respostas dos cuidadores

Categorização da entrevista: Temáticas

- A: Percepção do cuidador sobre a classificação dos comportamentos da criança e de si mesmo
- B: Percepção do cuidador sobre cuidados de saúde da criança relacionados à rotina de sono
- C: Percepção do cuidador sobre cuidados de saúde da criança relacionados à alimentação
- D: Percepção do cuidador sobre o grau de preocupação com os cuidados da criança
- E: Percepção do cuidador sobre o grau de independência da criança para realizar atividades de rotina diária como ir ao banheiro, trocar de roupa, escovar os dentes, alimentar-se, tomar banho, etc
- F: Percepção do cuidador sobre saúde e adoecimento infantil
- G: Percepção do cuidador sobre seu papel no cuidado com a criança
- H: Dúvidas e acréscimo de informações pelo cuidador

Os roteiros de entrevista semiestruturada dos grupos G1 e G2 foram compostos por 31 questões, enquanto o roteiro do grupo G3 foi composto por 27 questões, isto porque devido a algumas perguntas restringirem-se apenas ao grupo de adoecidos, como, por exemplo, a **questão 15**, do roteiro de entrevistas dos grupos G1 e G2, **“Como é o tratamento que o seu filho precisa fazer?”**. O grupo G3 de crianças híginas não condiz com este tipo de pergunta.

5.7.2. Validação da categorização da entrevista

A validação da categorização da entrevista ocorreu de acordo com o proposto por Matos (2014), relacionando-se à qualidade psicométrica do acordo inter-juízes à reprodutividade dos resultados de um instrumento, quando avaliado por dois ou mais observadores/juízes. Após a avaliação, os escores foram comparados, verificando-se equivalência. Caso houvesse alto grau de concordância entre as medidas dos observadores/juízes, considerou-se o instrumento de medida fidedigno, e neste caso, adotou-se um critério determinante para o grau de concordância. Os critérios propostos por Matos (2014), são: a) Porcentagem de acordo entre observadores/juízes, de 80% a 85% para considerar a fidedignidade do instrumento como satisfatória. b) O cálculo da correlação entre os escores dos observadores/juízes, deve ser significativo. c) Cálculo do coeficiente Kappa entre as respostas dos observadores/juízes e a resposta padrão proposta pelo pesquisador.

Para garantir a fidedignidade da categorização, foram escolhidos juízes para a avaliação das categorias feitas pela pesquisadora. Inicialmente, todas as respostas dos sujeitos foram separadas em blocos de temáticas correspondentes aos grupos de transcrições. Em seguida, para cada questão do roteiro, propôs-se categorias que englobassem o conteúdo das respostas, para então, calcular a frequência de resposta em cada categoria. Após a classificação das temáticas, bem como a realização da categorização, selecionou-se, aleatoriamente, para cada questão, dez respostas correspondentes às categorias criadas. De um total de 190 respostas submetidas a 20 juízes, por e-mail, treze avaliaram as categorias propostas pela pesquisadora, entre eles: oito psicólogos, dois médicos cirurgiões e três pedagogos.

O procedimento de submissão da avaliação aos juízes ocorreu por meio de uma “Carta de Avaliação das Categorias”, apenas para as questões com necessidade de análise de

conteúdo de respostas. Portanto, as questões de respostas simples (sim e não) e numéricas (horários e tempo), ou de respostas escalares, não foram submetidas aos juízes.

Criou-se uma categoria nomeada “outros”, em todas as questões, para respostas pouco frequentes ou incoerentes com o grupo de categorias apresentados em cada questão.

A submissão da Carta de Avaliação dos Juízes ocorreu em dois tempos.

5.7.3. Avaliação das categorias

A análise da avaliação submetida a 20 juízes, com 190 exemplos de resposta dos sujeitos da pesquisa, para cada questão, ocorreu de acordo com Pasquali (2004 e 2009). O autor descreveu, como fidedigno, no mínimo 7 juízes especialistas da área da pesquisa, para a avaliação das categorias. Utilizou-se a análise de frequência simples de acordo e desacordo entre os juízes como critério para obtenção do grau de concordância de cada questão, bem como de toda a categorização.

Nesta avaliação, obteve-se um índice de acordo de 61% a 80%, entre os juízes, indicando concordância satisfatória limítrofe (Tabela 97).

5.7.4. Reavaliação das categorias

Para melhor compreensão dos juízes e obtenção de um índice de concordância perfeito para cada questão, selecionou-se para a reavaliação das categorias, todas as respostas da avaliação, com concordância menor que 63% (oito ou menos juízes). Este estudo adotou, para o acordo geral inter-juízes, o índice geral de concordância perfeita, de 81% a 100%, e coeficiente Kappa 0,81 a 1,00. Considerou-se, também, algumas sugestões de mudanças propostas pelos juízes para as categorias.

Portanto, houve a reavaliação das questões, com grau de concordância menor ou igual a 80% nas respostas. Todos os 13 juízes reavaliaram, e obteve-se, para cada questão, índices de acordo entre 81% a 100%. O índice de concordância geral da categorização foi de 92,2% após a reestruturação das categorias e reavaliação dos juízes (Tabela 97).

Tabela 97. Índices de concordância, entre as respostas dos juízes, referentes a categorização da entrevista

Questão	Acordo na avaliação inter-juízes	Acordo na reavaliação inter-juízes
Temática B.Questão1	88,5%	92,3%
Temática C.Questão2	84,6%	87,7%
Temática C.Questão3	90,0%	90,0%
Temática E.Questão1	94,6%	96,9%
Temática E.Questão2	91,5%	91,5%
Temática F.Questão2	69,2%	83,8%
Temática F.Questões3e4	76,2%	86,2%
Temática F.Questão5	80,8%	88,5%
Temática F.Questão6	93,1%	92,3%
Temática F.Questão7	97,7%	97,7%
Temática F.Questão8	95,4%	95,4%
Temática F.Questão9	88,5%	96,1%
Temática G.Questão1	95,4%	96,9%
Temática G.Questão2	83,1%	98,5%
Temática G.Questão3	98,5%	98,5%
Temática G.Questão5	93,8%	98,5%
Temática G.Questão6	84,6%	92,3%
Temática G.Questão7	74,6%	84,6%
Temática G.Questão8	82,3%	85,4%
TOTAL	87,4%	92,2%

Após a análise da reavaliação, calculou-se, por meio do *SPSS*, o Coeficiente Kappa entre cada juiz e a pesquisadora, em todas as respostas de cada categoria, obtendo-se uma média entre os juízes para cada questão. Os parâmetros adotados foram propostos nos estudos de Landis e Koch (1977), Matos (2014), e de Fonseca, et al. (2007). Realizou-se, por fim, cálculo da média de todos os coeficientes Kappa, obtendo-se índice de concordância geral de 0,89 (Concordância Perfeita) (Apêndice 2).

5.7.5. Análise dos Resultados

5.7.5.1. *Temática A: Percepção do cuidador sobre a classificação dos comportamentos da criança e de si mesmo*

A maioria dos cuidadores, no total (48,1%), percebeu a criança como “muito” agitada. No grupo G1 (61,5%), no grupo G2 (44,0%), e no grupo G3 (40,0%), a maioria também concentrou-se na categoria “muito” (Tabela 98).

Tabela 98. Questão 1: Frequência dos níveis em que o cuidador percebe a criança como agitada

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Nada	7,7% (2)	8,0% (2)	20,0% (6)	12,3% (10)
Pouco	11,5% (3)	20,0% (5)	33,3% (10)	22,2% (18)
Médio	19,2% (5)	28,0% (7)	6,7% (2)	17,3% (14)
Muito	61,5% (16)	44,0% (11)	40,0% (12)	48,1% (39)
p=0,118				

Quando os cuidadores julgaram seu próprio comportamento, a percepção foi diferente. A maioria dos cuidadores, no total (38,3%), percebeu “pouco” agitada. A maioria de cuidadores do grupo G1 (38,5%) e do grupo G2 (44,0%) enquadraram-se na categoria “pouco”. Já, a maioria de cuidadores no grupo G3 (40,0%) concentrou-se na categoria “médio” (Tabela 99).

Tabela 99. Questão 2: Frequência dos níveis em que o cuidador percebe a si mesmo como agitado

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Nada	3,8% (1)	8,0% (2)	10,0% (3)	7,4% (6)
Pouco	38,5% (10)	44,0% (11)	33,3% (10)	38,3% (31)
Médio	34,6% (9)	20,0% (5)	40,0% (12)	32,1% (26)
Muito	23,1% (6)	28,0% (7)	16,7% (5)	22,2% (18)
p=0,716				

A maioria dos cuidadores, no total (44,4%), percebeu a criança, “moderadamente”, calma. A maioria de cuidadores no grupo G2 (64,0%) e no grupo G3 (40,0%) também concentrou-se na categoria “médio”. Já, no grupo G1, a maioria de cuidadores (42,3%) percebeu a criança como “pouco” calma (Tabela 100).

Tabela 100. Questão 1: Frequência dos níveis em que o cuidador percebe a criança como calma

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Nada	19,2% (5)	8,0% (2)	6,7% (2)	11,1% (9)
Pouco	42,3% (11)	24,0% (6)	36,7% (11)	34,6% (28)
Médio	30,8% (8)	64,0% (16)	40,0% (12)	44,4% (36)
Muito	7,7% (2)	4,0% (1)	16,7% (5)	9,9% (8)

p=0,189

A percepção da maioria dos cuidadores, quanto ao próprio comportamento de ser calmo, no total (44,4%), enquadrando-se na categoria “médio”. A maioria de cuidadores no grupo G1 distribuiu-se, de maneira equivalente (34,6%), nas categorias “pouco” e “médio”. No grupo G2, a maioria (36,0%) enquadrou-se na categoria “médio”, bem como, no grupo G3 (60,0%) (Tabela 101).

Tabela 101. Questão 2: Frequência dos níveis em que o cuidador percebe a si mesmo como calmo

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Nada	11,5% (3)	8,0% (2)	6,7% (2)	8,6% (7)
Pouco	34,6% (9)	24,0% (6)	10,0% (3)	22,2% (18)
Médio	34,6% (9)	36,0% (9)	60,0% (18)	44,4% (36)
Muito	19,2% (5)	32,0% (8)	23,3% (7)	24,7% (20)

p=0,252

A maioria dos cuidadores, no total (32,1%), percebeu a criança como “pouco” estressada, bem como no grupo G2 (36,0%) e no grupo G3 (40,0%). Mas, a maioria dos cuidadores do grupo G1 (50,0%) concentrou-se na categoria “muito”, em relação ao nível de estresse da criança, enquanto, houve 12,0% no grupo G2 e 10,0% no grupo G3 (Tabela 102).

Tabela 102. Questão 1: Frequência dos níveis em que o cuidador percebe a criança como estressada

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Nada	11,5% (3)	20,0% (5)	33,3% (10)	22,2% (18)
Pouco	19,2% (5)	36,0% (9)	40,0% (12)	32,1% (26)
Médio	19,2% (5)	32,0% (8)	16,7% (5)	22,2% (18)
Muito	50,0% (13)	12,0% (3)	10,0% (3)	23,5% (19)

p=0,006*

A percepção da maioria dos cuidadores, quanto ao comportamento estressado, no total (34,6%), julgou-se na categoria “pouco”. Houve diferença, na distribuição de cuidadores,

entre os grupos G1 (34,6%), G2 (28,0%), e G3 (6,7%) na categoria “muito”, o que também ocorre, na categoria “médio”, entre os grupos G1 (26,9%), G2 (12,0%) e G3 (50,0%) (Tabela 103).

Tabela 103. Questão 2: Frequência dos níveis em que o cuidador percebe a si mesmo como estressado

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Nada	3,8% (1)	20,0% (5)	13,3% (4)	12,3% (10)
Pouco	34,6% (9)	40,0% (10)	30,0% (9)	34,6% (28)
Médio	26,9% (7)	12,0% (3)	50,0% (15)	30,9% (25)
Muito	34,6% (9)	28,0% (7)	6,7% (2)	22,2% (18)

p=0,013*

A maioria dos cuidadores, no total (32,1%), concentrou-se na categoria “médio” para a criança com comportamento tranquilo. Notou-se maior número de crianças percebidas como “muito” tranquilas nos grupos G2 (24,6%) e G3 (16,7%), quando comparados ao grupo G1 (0%). Na categoria “médio”, houve diferença, na concentração de cuidadores, entre os grupos G1 (53,8%), G2 (40,0%), e G3 (63,3%) (Tabela 104).

Tabela 104. Questão 1: Frequência dos níveis em que o cuidador percebe a criança como tranquila

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Nada	15,4% (4)	4,0% (1)	3,3% (1)	7,4% (6)
Pouco	30,8% (8)	32,0% (8)	16,7% (5)	25,9% (21)
Médio	53,8% (14)	40,0% (10)	63,3% (19)	53,1% (43)
Muito	0% (0)	24,0% (6)	16,7% (5)	13,6% (11)

p=0,040*

Em relação ao comportamento tranquilo, a maioria dos cuidadores, no total (33,3%) julgou-se no nível “pouco”, o mesmo ocorreu na distribuição no grupo G2 (40,0%) e no grupo G3 (33,3%). No grupo G1, a maioria dos cuidadores (38,5%) encontrou-se na categoria “médio” (Tabela 105).

Tabela 105. Questão 2: Frequência dos níveis em que o cuidador percebe a si mesmo como tranquilo

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Nada	15,4% (4)	12,0% (3)	10,0% (3)	12,3% (10)
Pouco	26,9% (7)	40,0% (10)	33,3% (10)	33,3% (27)
Médio	38,5% (10)	20,0% (5)	26,7% (8)	28,4% (23)
Muito	19,2% (5)	28,0% (7)	30,0% (9)	25,9% (21)

p=0,789

A maioria dos cuidadores, no total (39,5%), percebeu a criança como “muito” ansiosa. Observou-se, no grupo G1, 0% de cuidadores na categoria “nada” e “pouco”, enquanto houve, respectivamente, no grupo G2, 4,0% e 23,3%, e no grupo G3, 52,0% e 33,3%. Dessa forma, houve diferença na categoria “muito” entre os grupos G1 (76,9%), G2 (32,0%), e G3 (13,3%) (Tabela 106).

Tabela 106. Questão 1: Frequência dos níveis em que o cuidador percebe a criança ansiosa

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Nada	0% (0)	4,0% (1)	23,3% (7)	9,9% (8)
Pouco	0% (0)	52,0% (13)	33,3% (10)	28,4% (23)
Médio	23,1% (6)	12,0% (3)	30,0% (9)	22,2% (18)
Muito	76,9% (20)	32,0% (8)	13,3% (4)	39,5% (32)

p=0,000*

A maioria dos cuidadores, no total (46,9%), percebeu-se como “muito” ansiosa, assim como nos grupos G1 (69,2%), G2 (40,0%), e G3 (33,3%) (Tabela 107).

Tabela 107. Questão 2: Frequência dos níveis em que o cuidador percebe a si mesmo como ansioso

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Nada	7,7% (2)	8,0% (2)	10,0% (3)	8,6% (7)
Pouco	7,7% (2)	36,0% (9)	30,0% (9)	24,7% (20)
Médio	15,4% (4)	16,0% (4)	26,7% (8)	19,8% (16)
Muito	69,2% (18)	40,0% (10)	33,3% (10)	46,9% (38)

p=0,096

Na categoria “médio”, foram observados 40,7% de cuidadores que julgaram o comportamento da criança como paciente. A maioria dos cuidadores do grupo G2 (36,0%) e do grupo G3 (50,0%), também estava na mesma categoria; já, no grupo G1, a maioria

distribuiu-se de maneira equivalente entre as categorias “médio” e “pouco” (34,6%) (Tabela 108).

Tabela 108. Questão 1: Frequência dos níveis em que o cuidador percebe a criança como paciente

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Nada	23,1% (6)	20,0% (5)	13,3% (4)	18,5% (15)
Pouco	34,6% (9)	32,0% (8)	20,0% (6)	28,4% (23)
Médio	34,6% (9)	36,0% (9)	50,0% (15)	40,7% (33)
Muito	7,7% (2)	12,0% (3)	16,7% (5)	12,3% (10)

p=0,702

A maioria dos cuidadores, no total (40,7%), julgou-se “moderadamente” paciente, o que também ocorreu nos grupos G2 (44,0%) e G3 (50,0%), já, no grupo G1, a maioria de cuidadores (42,3%) percebeu-se como “muito” paciente (Tabela 109).

Tabela 109. Questão 2: Frequência dos níveis em que o cuidador percebe a si mesmo como paciente

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Nada	3,8% (1)	0% (0)	0% (0)	1,2% (1)
Pouco	26,9% (7)	20,0% (5)	16,7% (5)	21,0% (17)
Médio	26,9% (7)	44,0% (11)	50,0% (15)	40,7% (33)
Muito	42,3% (11)	36,0% (9)	33,3% (10)	37,0% (30)

p=0,549

A maioria dos cuidadores, no total (66,7%), percebeu a criança como “nada” triste. Observou-se diferença, na mesma categoria, entre os grupos G1 (53,8%), G2 (64,0%) e G3 (80%). Na categoria “médio” houve maior número de cuidadores no grupo G1 (23,1%), quando comparado aos grupos G3 (3,3%) e G2 (0%) (Tabela 110).

Tabela 110. Questão 1: Frequência dos níveis em que o cuidador percebe a criança como triste

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Nada	53,8% (14)	64,0% (16)	80,0% (24)	66,7% (54)
Pouco	19,2% (5)	32,0% (8)	16,7% (5)	22,2% (18)
Médio	23,1% (6)	0% (0)	3,3% (1)	8,6% (7)
Muito	3,8% (1)	4,0% (1)	0% (0)	2,5% (2)

p=0,028*

Em relação à autopercepção para o comportamento de tristeza, a maioria dos cuidadores, no total (42,0%), concentrou-se na categoria “nada” e, na mesma categoria,

foram observados os grupos G1 (34,6%) e G2 (36,0%) com menor concentração de cuidadores, quando comparados ao grupo G3 (53,3%) (Tabela 111).

Tabela 111. Questão 2: Frequência dos níveis em que o cuidador percebe a si mesmo como triste

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Nada	34,6% (9)	36,0% (9)	53,3% (16)	42,0% (34)
Pouco	26,9% (7)	44,0% (11)	30,0% (9)	33,3% (27)
Médio	15,4% (4)	16,0% (4)	16,7% (5)	16,0% (13)
Muito	23,1% (6)	4,0% (1)	0% (0)	8,6% (7)

p=0,090

A maioria dos cuidadores considerou, no total (85,2%), a criança, como “muito” alegre. Notou-se diferença na comparação entre o grupo G1 (73,1%), o grupo G2 (84,0%), e o grupo G3 (96,7%). Na categoria médio, houve 26,9% de cuidadores no grupo G1, 16,0% no grupo G2, e em menor concentração, 3,3% no grupo G3 (Tabela 112).

Tabela 112. Questão 1: Frequência dos níveis em que o cuidador percebe a criança como alegre

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Médio	26,9% (7)	16,0% (4)	3,3% (1)	14,8% (12)
Muito	73,1% (19)	84,0% (21)	96,7% (29)	85,2% (69)

p=0,040*

A maioria dos cuidadores, no total (63,0%), percebeu-se como “muito” alegres. Observou-se, nesta categoria, o grupo G1 com menor concentração de cuidadores (38,5%), quando comparado com os grupos G2 (72,0%) e G3 (76,7%). Por outro lado, o grupo G1 destacou-se com 15,4% de cuidadores “nada” alegres, quando comparado com os grupos G2 (0%) e G3 (0%) (Tabela 113).

Tabela 113. Questão 2: Frequência dos níveis em que o cuidador percebe a si mesmo como alegre

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Nada	15,4% (4)	0% (0)	0% (0)	4,9% (4)
Pouco	23,1% (6)	16,0% (4)	3,3% (1)	13,6% (11)
Médio	23,1% (6)	12,0% (3)	20,0% (6)	18,5% (15)
Muito	38,5% (10)	72,0% (18)	76,7% (23)	63,0% (51)

p=0,009*

No total, 37,0% dos cuidadores percebem a criança como “pouco” medrosa. Observou-se menor concentração de cuidadores no grupo G1 (15,4%), na categoria “nada”, quando comparado aos grupos G2 (32,0%) e G3 (46,7%). E maior concentração (26,9%), na categoria “muito” (Tabela 114).

Tabela 114. Questão 1: Frequência dos níveis em que o cuidador percebe a criança como medrosa

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Nada	15,4% (4)	32,0% (8)	46,7% (14)	32,1% (26)
Pouco	30,8% (8)	44,0% (11)	36,7% (11)	37,0% (30)
Médio	26,9% (7)	16,0% (4)	13,3% (4)	18,5% (15)
Muito	26,9% (7)	8,0% (2)	3,3% (1)	12,3% (10)

p=0,052*

Em relação a percepção do cuidador sobre si mesmo, a maioria, no total (42,0%), considerou-se como “nada” medroso, o mesmo ocorre com a maioria de cuidadores do grupo G2 (48,0%) e do grupo G3 (46,7%). O grupo G1, nesta categoria, teve 30,8% de cuidadores (Tabela 115).

Tabela 115. Questão 2: Frequência dos níveis em que o cuidador percebe a si mesmo como medroso

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Nada	30,8% (8)	48,0% (12)	46,7% (14)	42,0% (34)
Pouco	42,3% (11)	36,0% (9)	40,0% (12)	39,5% (32)
Médio	11,5% (3)	8,0% (2)	0% (0)	6,2% (5)
Muito	15,4% (4)	8,0% (2)	13,3% (4)	12,3% (10)

p=0,515

A maioria dos cuidadores, no total (40,7%), percebeu a criança como “muito” segura. Os grupos G1 (30,8%) e G2 (32,0%) apresentaram menor número de cuidadores nesta categoria, quando comparados ao grupo G3 (56,7%) (Tabela 116).

Tabela 116. Questão 1: Frequência dos níveis em que o cuidador percebe a criança como segura

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Nada	23,1% (6)	4,0% (1)	0% (0)	8,6% (7)
Pouco	23,1% (6)	28,0% (7)	16,7% (5)	22,2% (18)
Médio	23,1% (6)	36,0% (9)	26,7% (8)	28,4% (23)
Muito	30,8% (8)	32,0% (8)	56,7% (17)	40,7% (33)

p=0,046*

No total, 45,7% dos cuidadores, perceberam-se como “muito” seguros e o mesmo ocorreu nos grupos G1 (50,0%), G2 (44,0%) e G3 (43,3%) (Tabela 117).

Tabela 117. Questão 2: Frequência dos níveis em que o cuidador percebe a si mesmo como seguro

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
Nada	7,7% (2)	12,0% (3)	6,7% (2)	8,6% (7)
Pouco	15,4% (4)	20,0% (5)	10,0% (3)	14,8% (12)
Médio	26,9% (7)	24,0% (6)	40,0% (12)	30,9% (25)
Muito	50,0% (13)	44,0% (11)	43,3% (13)	45,7% (37)

p=0,833

5.7.5.2. *Temática B: Percepção do cuidador sobre cuidados de saúde da criança relacionados à rotina de sono*

A maioria das crianças, no total (59,3%), dormia “acompanhada no quarto do cuidador” e o mesmo ocorreu nos grupos G1 (53,8%), G2 (60,0%) e G3 (63,3%) (Tabela 118).

Tabela 118. Questão 3: Com quem e onde seu (a) filho (a) dorme?

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
1.Acompanhada no quarto do cuidador	53,8% (14)	60,0% (15)	63,3% (19)	59,3% (48)
2.Acompanhada em outro quarto	26,9% (7)	24,0% (6)	23,3% (7)	24,7% (20)
3.Sozinha	11,5% (3)	12,0% (3)	13,3% (4)	12,3% (10)
4.Outros	7,7% (2)	4,0% (1)	0% (0)	3,7% (3)

p=0,914

Em relação ao horário de sono da criança, a maioria dos cuidadores, no total (64,2%), relatou hábito de sono da criança “entre as 19h e 22h”. A maioria dos cuidadores nos grupos G1 (53,8%), G2 (72%) e G3 (66,7%), também, concentrou-se nesta categoria Tabela 119).

Tabela 119. Questao 4: Em que horário sua filho (a) dorme?

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
1.19h as 22h	53,8% (14)	72,0% (18)	66,7% (20)	64,2% (52)
2.Após as 22h	42,3% (11)	24,0% (6)	33,3% (10)	33,3% (27)
3.Sem horário fixo	3,8% (1)	4,0% (1)	0% (0)	2,5% (2)

p=0,466

5.7.5.3. *Temática C: Percepção do cuidador sobre cuidados de saúde da criança relacionados à alimentação*

A maioria dos cuidadores, no total (80,2%), apresentou uma “percepção positiva” em relação a alimentação da criança, considerando-a adequada ou saudável e o mesmo ocorreu nos grupos G1 (73,1%), G2 (80,05) e G3 (86,7%) (Tabela 120).

Tabela 120 Questão 5: Você acha que seu (a) filho (a) tem uma alimentação saudável?

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
1.Percepção positiva	73,1% (19)	80,0% (20)	86,7% (26)	80,2% (65)
2.Percepção negativa	23,1% (6)	20,0% (5)	13,3% (4)	18,5% (15)
3.Outros	3,8% (1)	0% (0)	0% (0)	1,2% (1)

p=0,591

No total, 53,1% de cuidadores justificaram sua percepção sobre a alimentação da criança pela presença de “hábitos saudáveis”, isto também ocorreu nos grupos G1 (46,2%) e G2 (80,0%). Notou-se diferença na distribuição dos cuidadores entre os grupos G1 (42,3%), G2 (20,0%), e G3 (20,0%) com justificativa de hábitos “não saudáveis”. Também, na categoria “outros”, observou-se diferença entre os grupos G1 (11,5%), G2 (0,0%) e G3 (43,3%) (Tabela 121).

Tabela 121. Questão 5a: Como ela é? Por quê?

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
1.Hábitos saudáveis	46,2% (12)	80,0% (20)	36,7% (11)	53,1% (43)
2.Hábitos não saudáveis	42,3% (11)	20,0% (5)	20,0% (6)	27,2% (22)
3.Outros	11,5% (3)	0% (0)	43,3% (13)	19,8% (16)

p=0,000*

A maioria dos cuidadores, no total (60,5%), referiu o hábito da criança comer besteira “de uma a três vezes na semana”, o mesmo ocorreu no grupo G1 (61,5%), no grupo G2 (64,0%) e no grupo G3 (56,7%) (Tabela 122).

Tabela 122. Questão 5b: Com que frequência como besteira por semana?

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
1.Nenhuma vez	0% (0)	4,0% (1)	6,7% (2)	3,7% (3)
2.Uma a três vezes na semana	61,5% (16)	64,0% (16)	56,7% (17)	60,5% (49)
3.Mais de três vezes na semana	34,6% (9)	32,0% (8)	33,3% (10)	33,3% (27)
4.Outros	3,8% (1)	0% (0)	3,3% (1)	2,5% (2)

p=0,934

5.7.5.4. *Temática D: Percepção do cuidador sobre o grau de preocupação com os cuidados da criança*

No total, 76,5% de cuidadores, preocupavam-se “muito” com os filhos. Percebeu-se o grupo G1 (92,3%) com maior concentração de cuidadores, quando comparado aos grupos G2 (72,0%) e G3 (66,7%) (Tabela 123).

Tabela 123. Questão 6: Qual é o grau de preocupação que você tem com seu (a) filho (a)?

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
1.Pouco	0% (0)	12,0% (3)	3,3% (1)	4,9% (4)
2.Médio	7,7% (2)	16,0% (4)	30,0% (9)	18,5% (15)
3.Muito	92,3% (24)	72,0% (18)	66,7% (20)	76,5% (62)

p=0,059

5.7.5.5. *Temática E: Percepção do cuidador sobre o grau de independência da criança para realizar atividades de rotina diária como ir ao banheiro, trocar de roupa, escovar os dentes, alimentar-se, tomar banho, etc*

A maioria dos cuidadores, no total (67,9%) referiu comportamento de independência da criança, ou seja, “não precisa de ajuda” para realizar atividades básicas de rotina. O mesmo ocorreu na distribuição entre os grupos G1 (73,1%), G2 (52,0%) e G3 (76,7%) (Tabela 124).

Tabela 124. Questão 7: O seu filho precisa de ajuda para fazer alguma atividade de rotina? Qual? (ex: ir ao banheiro, trocar de roupa, escovar os dentes, se alimentar, estudar, banho, ou outras.)

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
1.Não precisa de ajuda	73,1% (19)	52,0% (13)	76,7% (23)	67,9% (55)
2.Só precisa de supervisão	0% (0)	8,0% (2)	3,3% (1)	3,7% (3)
3.Precisa de ajuda parcial	19,2% (5)	28,0% (7)	16,7% (5)	21,0% (17)
4.Precisa de ajuda total	7,7% (2)	12,0% (3)	3,3% (1)	7,4% (6)

p=0,448

A maioria das crianças, no total (70,4%), conseguia desempenhar “todas” as suas atividades básicas de rotina, sozinhas, segundo seus cuidadores, da mesma forma, nos grupos G1 (69,2%), G2 (56,0%) e G3 (83,3%) (Tabela 125).

Tabela 125. Questão 8: Quais ele consegue fazer bem sozinho/sem a sua ajuda?

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
1.Nenhuma	7,7% (2)	8,0% (2)	0% (0)	4,9% (4)
2.Parcial	19,2% (5)	20,0% (5)	16,7% (5)	18,5% (15)
3.Todas	69,2% (18)	56,0% (14)	83,3% (25)	70,4% (57)
4.Outros	3,8% (1)	16,0% (4)	0% (0)	6,2% (5)

p=0,119

5.7.5.6. *Temática F: Percepção do cuidador sobre saúde e adoecimento infantil*

A maioria dos cuidadores, no total (48,1%), classificou a saúde da criança como “boa”. O grupo G3 apresentou maior concentração de cuidadores (53,3%), quando comparado aos grupos G1 (15,4%) e G2 (12,0%), na categoria “ótima” (Tabela 126).

Tabela 126. Questão 9: Como diria que é a saúde de seu (a) filho (a)?

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
1.Ruim	3,8% (1)	0% (0)	0% (0)	1,2% (1)
2.Regular	26,9% (7)	32,0% (8)	10,0% (3)	22,2% (18)
3.Boa	53,8% (14)	56,0% (14)	36,7% (11)	48,1% (39)
4.Ótima	15,4% (4)	12,0% (3)	53,3% (16)	28,4% (23)

p=0,005*

No total, 35,8% dos cuidadores justificaram sua percepção sobre a saúde da crianças como “não tem problema de saúde ou sintoma”. Observou-se diferença entre os grupos G1

(34,6%), G2 (48,0%) e G3 (3,3%) na categoria “criança com apenas um problema de saúde ou pouco sintoma”. Também, notou-se diferença entre os grupos G1 (23,1%), G2 (16,0%) e G3 (63,3%) na categoria “criança com nenhum problema de saúde ou sintoma” (Tabela 127).

Tabela 127. Questão 9a: Porque considera assim?

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
1.Adoece ou tem sintomas com muita frequência	11,5% (3)	12,0% (3)	3,3% (1)	8,6% (7)
2.Adoece ou tem sintomas com pouca frequência	11,5% (3)	8,0% (2)	26,7% (8)	16,0% (13)
3.Tem apenas um problema de saúde ou pouco sintoma	34,6% (9)	48,0% (12)	3,3% (1)	27,2% (22)
4.Nenhum problema de saúde ou sintoma	23,1% (6)	16,0% (4)	63,3% (19)	35,8% (29)
5.Outro	19,2% (5)	16,0% (4)	3,3% (1)	12,3% (10)

p=0,000*

Nos grupos compostos por crianças adoecidas, a maioria dos cuidadores, no total (62,7%), “sabe o nome da doença e alguma informação” a respeito. No grupo G1, 76,9% de cuidadores responderam nesta mesma categoria, e no grupo G2, 48,0%. Já, o grupo G2 (52,0%), destacou-se quando comparado ao grupo G1 (11,5%), na categoria “não sabe o nome, mas sabe alguma informação” (Tabela 128).

Tabela 128. Questões 10 e 11: Você sabe o nome do problema de saúde que seu filho tem? Explique, com suas palavras, o que é a doença que ele tem. (Descrito nominalmente)

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	Total (n=51)
1.Sem informações	3,8% (1)	0% (0)	2,0% (1)
2.Não sabe nome, mas sabe alguma informação	11,5% (3)	52,0% (13)	31,4% (16)
3.Sabe nome, mas sabe nenhuma informação	3,8% (1)	0% (0)	2,0% (1)
4.Sabe nome e sabe alguma informação	76,9% (20)	48,0% (12)	62,7% (32)
5.Outros	3,8% (1)	0% (0)	2,0% (1)

p=0,006*

Todos os cuidadores, do grupo G3 (100%), “validaram a importância de ter conhecimento de todos os aspectos do adoecer e realizar um tratamento eficaz” (Tabela 129).

Tabela 129. Questões 10 e 11: Se seu filho tivesse alguma doença crônica o que você acharia importante saber sobre o problema de saúde? Acharia importante a criança fazer tratamento de saúde para a doença?

	G3 (n=30)	Total (n=30)
1.Validam a importância de ter conhecimento de todos os aspectos do adoecer e realizar um tratamento eficaz	100% (30)	100% (30)

A maioria dos cuidadores, no total (72,5%), percebeu ou relatou diagnóstico do problema de saúde da criança “antes dos 2 anos de idade”. O mesmo ocorreu entre os grupos G1 (69,2%) e G2 (76,0%) (Tabela 130).

Tabela 130. Questão 12: Desde quando você sabe que ele (a) tem este problema de saúde?

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	Total (n=51)
1.Antes dos dois anos de idade	69,2% (18)	76,0% (19)	72,5% (37)
2.Após os dois anos de idade	30,8% (8)	24,0% (6)	27,5% (14)

p=0,588

A maioria das crianças, no total (51,0%), “faziam tratamento médico há mais de um ano”, segundo seus cuidadores. No grupo G1, 61,5%, na mesma categoria, já, no G2, 48,0% estavam no “primeiro ano de tratamento” (Tabela 131).

Tabela 131. Questões 13 e 14: Faz tratamento médico para este problema de saúde? Há quanto tempo faz o tratamento?

Questão 13 e Questão 14	G1 (n=26)	G2 (n=25)	Total (n=51)
1.Não. primeira consulta	7,7% (2)	8,0% (2)	7,8% (4)
2.Sim. Até um ano de tratamento	30,8% (8)	48,0% (12)	39,2% (20)
3.Sim. Mais de um ano de tratamento	61,5% (16)	40,0% (10)	51,0% (26)
4.Outros	0% (0)	4,0% (1)	2,0% (1)

p=0,333

No total, 49,0% dos cuidadores referiram o tratamento da criança com foco na medicação, bem como a maioria do grupo G1 (57,7%) e do grupo G2 (40,0%) (Tabela 132).

Tabela 132. Questa 15: Como é o tratamento que seu (a) filho precisar fazer?

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	Total (n=51)
1.Focado na alimentação	7,7% (2)	12,0% (3)	9,8% (5)
2.Focado na medicação	57,7% (15)	40,0% (10)	49,0% (25)
3.Alimentação/medicação/cuidados complementares	30,8% (8)	40,0% (10)	35,3% (18)
4.Outros	3,8% (1)	8,0% (2)	5,9% (3)
p=0,681			

A maioria dos cuidadores, no total (42,0%) referiram seguir as orientações médicas “sempre”, embora nesta categoria houvesse 0,0% de cuidadores no grupo G3, 76,9% no grupo G1 e 56,0% no grupo G2 (Tabela 133).

Tabela 133. Questão 16 (G1 e G2)/Questão 12 (G3): Quando seu filho vai ao médico, o quanto você segue as orientações médicas com o seu filho?

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
1.Quase nunca	3,8% (1)	0% (0)	13,3% (4)	6,2% (5)
2.Às vezes	3,8% (1)	8,0% (2)	20,0% (6)	11,1% (9)
3.Quase sempre	15,4% (4)	36,0% (9)	66,7% (20)	40,7% (33)
4.Sempre	76,9% (20)	56,0% (14)	0% (0)	42,0% (34)
p=0,000*				

A maior parte dos cuidadores, no total, concentraram-se na categoria “outros” (30,9%) para o motivo da criança adoecer. Nesta categoria, notou-se diferença na concentração de cuidadores entre os grupos G1 (26,9%), G2 (52,0%), e G3 (16,7%). Também observou-se diferença entre os grupos G1 (11,5%), G2 (20,0%) e G3 (46,7%), de cuidadores que justificaram como “insuficiência de cuidados de saúde da criança”, como motivo do adoecimento (Tabela 134).

Tabela 134. Questão 17 (G1 e G2)/Questão 13 (G3): Porque você acha que seu (a) filho (a) tem este problema de saúde? Porque motivos você acha que uma criança pode adoecer?

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
1.Insuficiência de cuidados de saúde da criança	11,5% (3)	20,0% (5)	46,7% (14)	27,2% (22)
2.Problemas na dinâmica familiar	0% (0)	0% (0)	6,7% (2)	2,5% (2)
3.Características emocionais infantis	23,1% (6)	8,0% (2)	3,3% (1)	11,1% (9)
4.Fatores biológicos	19,2% (5)	20,0% (2)	26,7% (1)	22,2% (9)
5.Fatores relacionados a gestação ou parto	19,2% (5)	0% (0)	0% (0)	6,2% (5)
6.Outros	26,9% (7)	52,0% (13)	16,7% (5)	30,9% (25)

p=0,001*

A maioria dos cuidadores, no total (53,1%) e nos grupos G1(73,1%), G2(52,0%) e G3(36,7%), consideraram “não haver mudanças” na criança diante da condição de adoecimento, mas os cuidadores do grupo G1 perceberam, em maior escala, quando comparado aos demais grupos (Tabela 135).

Tabela 135. Questões 18 e 18a (G1 e G2)/Questões 14 e 14a (G3): Você percebeu alguma mudança no (a) seu (a) filho (a) após a descoberta do problema de saúde? Qual mudança você percebeu? Você acha que seu filho mudaria de comportamento se ele tivesse doente?

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
1.Não. Nenhuma mudança	73,1% (19)	52,0% (11)	36,7% (11)	53,1% (43)
2.Sim. Criança ficou/ficaria mais agitada, ansiosa, estressada ou irritada	23,1% (6)	24,0% (6)	30,0% (9)	25,9% (21)
3.Sim. Criança ficou/ficaria mais quieta, triste, insegura, com medo ou vergonha	3,8% (1)	24,0% (6)	26,7% (8)	18,5% (15)
4.Outros	0% (0)	0% (0)	6,7% (2)	2,5% (2)

p= 0,053

No total, 50,6% dos cuidadores referiram “ficar/ficariam mais flexíveis” com regras e limites frente a situação de adoecimento da criança. O mesmo ocorreu entre os grupos G1 (42,3%), G2 (56,0%), e G3 (53,3%) (Tabela 136).

Tabela 136. Questões 19 e 19a (G1 e G2)/Questões 15 e 15a (G3): Você muda a exigência de regras e limites com seu filho quando ele piora da doença? O quê você muda? Você muda a exigência de regras e limites com seu filho quando ele está doente? O quê você muda?

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
1.Não. Nada.	46,2% (12)	36,0% (9)	33,3% (10)	38,3% (31)
2.Sim. Fica mais flexível	42,3% (11)	56,0% (14)	53,3% (16)	50,6% (41)
3.Sim. Fica mais exigente	3,8% (1)	8,0% (2)	10,0% (3)	7,4% (6)
4.Outros	7,7% (2)	0% (0)	3,3% (1)	3,7% (3)

p=0,747

Foram observados, no total, 50,6% dos cuidadores com sentimento de "Culpa/Impotência/Preocupação" frente à situação de adoecimento infantil (Tabela 137).

Tabela 137. Questão 20 (G1 e G2)/Questão 16 (G3): Que sentimento (s) você tem por seu filho estar doente?

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
1.Medo/Ansiedade/Angústia (p=0,969)	42,3% (11)	40,0% (10)	43,3% (13)	42,0% (34)
2.Tristeza (p=0,193)	38,5% (10)	40,0% (10)	60,0% (18)	46,9% (38)
3.Culpa/Impotência/Preocupação (p=0,467)	50,0% (13)	60,0% (15)	43,3% (13)	50,6% (41)
4.Outros (p=0,076)	26,9% (7)	28,0% (7)	6,7% (2)	19,8% (16)

5.7.5.7. *Temática G: Percepção do cuidador sobre seu papel no cuidado com a criança*

A maioria dos cuidadores, no total (87,7%), apresentou “percepção positiva” sobre o papel de cuidar da criança, o mesmo ocorreu na distribuição entre os grupos G1 (84,6%), G2 (92,0%) e G3 (86,7%) (Tabela 138).

Tabela 138. Questão 21 (G1 e G2)/Questão 17 (G3): O que você acha de ser pai/mãe/outro?

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
1.Percepção positiva	84,6% (22)	92,0% (23)	86,7% (26)	87,7% (71)
2.Percepção mista	0% (0)	4,0% (1)	13,3% (4)	6,2% (5)
3.Percepção negativa	11,5% (3)	4,0% (1)	0% (0)	4,9% (4)
4.Outros	3,8% (1)	0% (0)	0% (0)	1,2% (1)

p=0,068

No total, 81,5% dos cuidadores referiram “ausência de limitações” para cuidarem de questões pessoais, por causa do cuidado com a criança. Da mesma forma quando comparados os grupos G1 (88,5%), G2 (68,0%), e G3 (86,7%) (Tabela 139).

Tabela 139. Questão 22 (G1 e G2)/Questão 18 (G3): Ser pai/mãe/cuidador te impede de fazer algo que gostaria de fazer para você?

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
1.Não há limitações	88,5% (23)	68,0% (17)	86,7% (26)	81,5% (66)
2.Há limitações	11,5% (3)	32,0% (8)	13,3% (4)	18,5% (15)

p=0,132

A maioria dos cuidadores, no total (54,3%), destinava um tempo “médio” para a criança, o mesmo ocorreu na distribuição entre os grupos G1 (53,8%), G2 (52,0%), e G3 (56,7%) (Tabela 140).

Tabela 140. Questão 23 (G1 e G2)/Questão 19 (G3): Quanto tempo você gasta com seu filho por dia?

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
0.Nada	11,5% (3)	4,0% (1)	13,3% (4)	9,9% (8)
1.Pouco	34,6% (9)	44,0% (11)	30,0% (9)	35,8% (29)
2.Médio	53,8% (14)	52,0% (13)	56,7% (17)	54,3% (44)

p=0,731

A maioria dos cuidadores, no total (91,4%), considerou-se “satisfeita” em relação ao tempo dedicado à criança, o mesmo ocorreu na distribuição entre os grupos G1 (88,5%), G2 (92,0%) e G3 (93,3%) (Tabela 141).

Tabela 141. Questão 24 (G1 e G2)/Questão 20 (G3): Isto é um problema para você?

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
1.Satisfeito (Não é um problema)	88,5% (23)	92,0% (23)	93,3% (28)	91,4% (74)
2.Insatisfeito (É um problema)	11,5% (3)	4,0% (1)	6,7% (2)	7,4% (6)
3.Outros	0% (0)	4,0% (1)	0% (0)	1,2% (1)

p=0,608

No total, 60,5% dos cuidadores perceberam, “negativamente”, a educação recebida pelos pais, bem como na comparação entre o grupo G1 (65,4%), o grupo G2 (60,0%) e o grupo G3 (56,7%) (Tabela 142).

Tabela 142. Questões 25 e 25a (G1 e G2)/Questões 21 e 21a (G3): Você educa seu filho da mesma forma que foi educado pelos seus pais? Por quê?

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
1.Percepção negativa	65,4% (17)	60,0% (15)	56,7% (17)	60,5% (49)
2.Percepção positiva	30,8% (8)	24,0% (6)	30,0% (9)	28,4% (23)
3.Sem julgamento	3,8% (1)	16,0% (4)	6,7% (2)	8,6% (7)
4.Outros	0% (0)	0% (0)	6,7% (2)	2,5% (2)

p=0,573

A maioria dos cuidadores, no total (81,5%), acreditou ser “suficiente” os cuidados de saúde oferecidos, por eles, à criança. O mesmo ocorreu entre os grupos G1 (80,8%), G2 (80,0%) e G3 (83,3%) (Tabela 143).

Tabela 143. Questão 26 (G1 e G2)/Questão 22 (G3): Você acha suficiente/que está bom o que faz de cuidado de saúde para o seu filho?

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
1.Não	19,2% (5)	20,0% (5)	16,7% (5)	18,5% (15)
2.Sim	80,8% (21)	80,0% (20)	83,3% (25)	81,5% (66)

p=1,000

Em relação à renda familiar “suficiente” para custear o tratamento médico da criança, a concentração de cuidadores foi equivalente, no total, nas categorias “sim” e “não” (49,4%). A distribuição, entre os grupos, ocorreu de maneira equitativa em ambas categorias (Tabela 144).

Tabela 144. Questão 27 (G1 e G2)/Questão 23 (G3): A renda familiar é suficiente para fazer o tratamento médico do problema de saúde do (a) seu (a) filho (a)? (remédios não encontrados no SUS, locomoção, faltas no emprego, etc).

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
1.Não	53,8% (14)	48,0% (12)	46,7% (14)	49,4% (40)
2.Sim	46,2% (12)	52,0% (13)	50,0% (15)	49,4% (40)
3.Outros	0% (0)	0% (0)	3,3% (1)	1,2% (1)

p=0,971

A maioria dos cuidadores, no total (33,3%), preocupava-se com “nada” em relação ao comportamento da criança (Tabela 145).

Tabela 145. Questão 28 (G1 e G2)/Questão 24 (G3): O que mais te preocupa no comportamento seu filho?

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
1.Características emocionais	50,0% (13)	28,0% (7)	16,7% (5)	30,9% (25)
2.Comportamento inadequado	23,1% (6)	28,0% (7)	26,7% (8)	25,9% (21)
3.Nada	23,1% (6)	28,0% (7)	46,7% (14)	33,3% (27)
4.Outros	3,8% (1)	16,0% (4)	10,0% (3)	9,9% (8)

p=0,149

No total, 39,5% dos cuidadores referiram “não ter preocupação” com qualquer aspecto de sua vida. Observou-se diferença, na categoria “problemas ou preocupações relacionadas às crianças (comportamentos dos filhos, estado emocional, futuro deles, etc)”, entre os grupos G1 (3,8%), G2 (40,0%), e G3 (30,0%). Notou-se diferença, também, na categoria “problemas ou preocupações pessoais/individuais (saúde, medo de morrer, relacionamentos)”, entre os grupos G1 (42,3%), G2 (12,0%) e G3 (20,0%) (Tabela 146).

Tabela 146. Questão 29 (G1 e G2)/Questão 25 (G3): O que mais te preocupa na sua vida?

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
1.Problemas ou preocupações relacionadas às crianças (comportamentos dos filhos, estado emocional, futuro deles, etc) (p=0,008*)	3,8% (1)	40,0% (10)	30,0% (9)	24,7% (20)
2.Problemas ou preocupações pessoais/individuais (saúde, medo de morrer, relacionamentos) (p=0,032*)	42,3% (11)	12,0% (3)	20,0% (6)	24,7% (20)
3.Problemas ou preocupações financeiras e/ou e trabalho (p=0,140)	15,4% (4)	0% (0)	10,0% (3)	8,6% (7)
4.Nada (p=0,800)	34,6% (9)	40,0% (10)	43,3% (13)	39,5% (32)
5.Outros (p=0,294)	3,8% (1)	8,0% (2)	0% (0)	3,7% (3)

5.7.5.8. *Temática H: Dúvidas e acréscimo de informações pelo cuidador*

Todos os cuidadores (100%), no total e nos grupos G1, G2 e G3, negaram ter dúvidas, questionamentos, bem como não acrescentaram mais informações (Tabela 147).

Tabela 147. Questões 30 e 31 (G1 e G2)/Questões 26 e 27 (G3): Você tem alguma dúvida sobre o que conversamos? Gostaria de saber ou falar mais alguma coisa?

	G1 (n=26)	G2 (n=25)	G3 (n=30)	Total (n=81)
1.Não	100,0% (26)	100,0% (25)	100,0% (30)	100,0% (81)

Figura 6. Resultados significativos da entrevista: Questões 1 e 2

Figura 7. Resultados significativos da entrevista: Questão 3 a Questões 30 e 31 (G1 e G2)/Questões 26 e 27 (G3)

6. DISCUSSÃO

6. DISCUSSÃO

Na análise geral deste estudo, foram observados dados sócio-demográficos equitativos, entre os grupos, na caracterização, tanto das crianças quanto dos cuidadores. Destacou-se a organização e funcionamento dos membros das famílias, nas relações hierárquicas e afetivas e, também, no desenvolvimento dos papéis familiares. A análise dos arranjos familiares mostrou predominância do tipo nuclear, seguido pelo tipo família extensa. Por outro lado, a distribuição das famílias reconstituídas, monoparentais, e outras, tornou-se equitativa na amostra. Estes dados corroboraram com a literatura demonstrando ser, a família tipo nuclear, predominante nas camadas populares, embora com possibilidade de extensão, abrigando parentes (AMAZONAS et al., 2003; BILAC, 1995; NEDER, 2000).

Quanto ao fator de risco, “psicopatologia parental”, este estudo, não revelou diferença significativa, contudo destacou-se a presença de 11,1% de indicativos de psicopatologias, nos cuidadores, mormente, no grupo de crianças com DRGE.

A maioria dos cuidadores negou o uso frequente de álcool e/ou drogas entre cuidadores ou familiares próximos à criança, mas nos grupos de crianças adoecidas houve número significativamente maior, quando comparados ao grupo de crianças normais.

Apesar da maioria dos cuidadores negar a ocorrência de agressão física, notou-se 8,6% de ocorrência de agressões, com envolvimento da criança, especialmente, nos grupos de crianças adoecidas.

Quanto à percepção de problemas psicossociais infantis, embora a maioria tenha negado, 22,2% dos cuidadores relataram o envolvimento frequente da criança em situações problemáticas, especialmente no grupo de crianças com DRGE.

Considera-se como fator de risco psicossocial para o desenvolvimento infantil: condição socioeconômica, baixa escolaridade dos cuidadores, pouca estimulação física e verbal da criança, situações de punição física, alcoolismo e drogadição na família, situações de conflitos nas relações sociais da criança. Quanto maior o número de fatores de risco para o desenvolvimento infantil, maior a probabilidade de ocorrência do adoecimento psíquico e físico na criança, frisando a importância de atentar-se às condições específicas do contexto de cada criança, bem como à rede de fatores de proteção, e, assim, evitar o estresse infantil, e promover a resiliência da criança (CREPALDI; RABUSKE; GABARRA, 2006).

Os fatores de risco, isoladamente, não constituem a causa específica de adoecimento, mas, indicam questões complexas, no ambiente da criança, justificando a ocorrência de

psicopatologia. Deve-se, então, fortalecer a rede de fatores de proteção, e, então modificar a resposta pessoal da criança frente aos riscos em seu ambiente, os quais predis põem comportamento não adaptativo. O enfrentamento da criança depende do estágio do desenvolvimento, do temperamento emocional e da habilidade de resolução de problemas (RUTTER, 1985).

Eventos estressores induzem alto grau de estresse e interferem no comportamento e na expressão da criança. Isto se associa ao desenvolvimento de distúrbios físicos, emocionais, e mesmo, a quadros psiquiátricos. Considera-se uma criança maltratada, vítima de abuso ou negligência, como vulnerável ao desenvolvimento de psicopatologia e, portanto, exposta a efeitos imensamente negativos no curso de sua vida. Pobreza de repertório no relacionamento com a criança, uso/abuso de substâncias, problemas psicológicos, baixa auto-estima, autoritarismo, demonstração de raiva, perda da empatia, estresse, violência conjugal e disfunção familiar, podem indicar situação de violência psicológica pelos cuidadores às crianças (BARNETT, 1997; BEE, 1995; CAMINHA, 1999; REPPOLD et al., 2002).

Nesse sentido, um estudo encontrou comportamentos mais problemáticos em crianças de pais alcoótras, quando comparadas às crianças de pais sem o vício, em diferentes etnias (WALL et al., 2000).

Há escassez de estudos relacionando à criança com DRGE e questões emocionais dos cuidadores e/ou presentes na dinâmica familiar.

A análise geral da escala de ansiedade e depressão (HAD) constatou diferenças significativas entre os grupos estudados. Salienta-se a predominância da ansiedade do cuidador nos grupos de crianças adoecidas, porém o grupo de crianças com DRGE apresentou maior concentração de cuidadores ansiosos, quando comparado ao grupo de crianças constipadas. A maioria desses cuidadores ansiosos, do grupo de crianças com DRGE, apresentou grau severo de ansiedade, enquanto, no grupo de crianças constipadas, a maioria revelou grau discreto.

Em relação à depressão, observou-se a mesma dinâmica da ansiedade, contudo, houve diferença significativa apenas entre o grupo de crianças com DRGE e o de crianças normais. Os cuidadores depressivos do grupo de crianças com DRGE mostraram equivalência entre os graus moderado e severo, enquanto, nos outros grupos, a maioria apresentou grau discreto de sinais de depressão.

Um estudo mostrou associação entre a depressão materna e o desenvolvimento de comportamentos antissociais na criança, ressaltando a influência dos fatores genéticos e ambientais da depressão, neste tipo de comportamento (KIM-COHEN, 2005). A depressão

materna também foi associada ao desenvolvimento de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) em crianças (LIVADITIS, 2017; SFELINIOTI).

Outros estudos mostram correlação entre as dimensões da saúde mental dos pais e o elevado risco de desenvolvimento de problemas psicossociais, transtornos mentais e de comportamento na criança. Diante desse cenário, necessita-se de uma adequada rede de apoio às crianças. As crianças, também, percebem a importância do apoio social, especialmente, dos profissionais de saúde mental, frente à convivência com pais portadores de problemas mentais (DROST; SCHIPPERS, 2015; DROST et al., 2016; KARIMZADEH et al., 2017; YAMAMOTO; KEOGH, 2017).

Por outro lado, dados controversos mostram mães de crianças com problemas de comportamento, de 5 a 14 anos, como mais propensas a desenvolver transtornos mentais. Dessa forma, torna-se importante a observação, pelos profissionais de saúde pediátrica, da vulnerabilidade mútua de saúde mental na relação mãe-filho (KINGSBURY, 2017).

A família comporta-se como um grupo de pessoas inter-relacionadas e qualquer alteração em um dos membros afeta a todos os outros, especialmente o relacionamento social entre o doente, tanto com a família, quanto com os demais. A doença crônica consiste em fator de risco biológico para o desenvolvimento da criança, afetando diretamente, a dinâmica familiar. Quando uma criança adoece, ocorrem importantes mudanças consequentes ao adoecimento, tais como: quebra da rotina familiar, desorganização de papéis familiares, aumento de custos, inseguranças, culpas e exarcebações de sentimentos antes não manifestados, propiciando estresse, ansiedade e sentimentos depressivos. Os impactos emocionais podem ser irreversíveis para toda a família; por isso a doença crônica pode ser encarada como um fator estressor no desenvolvimento normal da criança, criando problemas para o enfrentamento da enfermidade. O envolvimento da família com a criança, nestas condições, favorece o enfrentamento da doença (CASTRO; PICCININI, 2002; FURTADO; LIMA, 2003; NICOLETTI; CHIATTONE; ANGERAMI-CAMON, 2009).

Os recursos psicológicos dos cuidadores, na interação com a criança, contribuem para a adaptação à doença. O desajustamento emocional da criança doente associa-se mais ao modo como a família lida com esta situação do que com os comportamentos em si. O estresse e/ou qualquer psicopatologia do cuidador geram impactos negativos na criança, que tende a apresentar problemas tanto de saúde como comportamentais (CASTRO; PICCININI, 2002; GARRALDA, 1994).

Analisando a escala de qualidade de interação familiar (EQIF), notou-se, no total de aspectos positivos na interação dos cuidadores com a criança (relacionamento afetivo,

envolvimento, regras e monitoria, comunicação positiva com os filhos, clima conjugal positivo, o sentimento dos filhos em relação aos pais e ao modelo dos pais para os filhos), diferença entre os grupos, sendo o grupo de crianças com DRGE o que apresentou menor qualidade na relação, por meio de práticas interativas positivas e saudáveis. Em relação ao total de aspectos negativos, na interação familiar (punição física, comunicação negativa com os filhos e clima conjugal negativo) observou-se maior número de cuidadores com interações desfavoráveis ao desenvolvimento infantil saudável, no grupo de crianças com DRGE.

A maioria dos cuidadores, de maneira geral, apresentou padrão de comunicação positiva com a criança, embora, destaca-se maior frequência, no grupo de crianças com DRGE, de comunicação e clima conjugal negativos.

Em relação ao envolvimento dos cuidadores com as crianças, observou-se, na análise de variância, diferença significativa entre o grupo de crianças constipadas e o de crianças normais, porém, não houve diferença entre os demais grupos. Portanto, o grupo de crianças constipadas apresentou menor número de cuidadores envolvidos nas questões infantis.

Na análise de variância do clima conjugal, os cuidadores do grupo de crianças com DRGE, revelou-se mais negativo, quando comparado ao grupo de crianças normais.

A maioria dos cuidadores respondeu de maneira positiva sobre a qualidade do comportamento, na interação com a criança. Quando a maioria deles refere: ótimos relacionamento afetivo e envolvimento com a criança, imposição de regras e monitoria de maneira clara e sem dificuldades, baixo padrão de punição física, adequado modelo comportamental para a criança e sentimentos favoráveis da criança em relação a eles, suspeita-se de possível viés, pois os cuidadores avaliaram seu próprio comportamento em relação à criança com alta frequência de respostas positivas.

Esta conclusão deve-se ao fato de algumas incongruências, na análise comparativa das variáveis testadas. O resultado do teste que mede a frequência simples de resposta divergiu daquele do teste de variância, mostrando, de maneira significativa, piores índices na qualidade de interação dos cuidadores, no grupo de crianças com DRGE, quando comparado ao grupo de crianças normais, no entanto, não houve diferença entre os demais grupos. Além disso, observou-se esta incongruência nas respostas da EQIF, quando comparadas com as das outras escalas, que também avaliaram aspectos negativos dos cuidadores na interação com a criança, tais como: nível de sinais de ansiedade e depressão nos cuidadores, presença de fatores de risco psicossociais, problemas no comportamento infantil, frequente tendência ao estilo de prática educativa autoritário com demonstração de raiva e a ideia de palmadas necessárias.

Dinâmica conflituosa no relacionamento conjugal e/ou o no relacionamento familiar associam-se aos problemas de desenvolvimento ou ajustamento infantis, pois os cuidadores são considerados figuras centrais para a criança, na medida em que desempenham a função de cuidado, afeto, educação, mediação de conflitos, proteção e até mesmo suporte para diversas demandas. Filhos de pais agressivos e hostis apresentam maior grau de problemas comportamentais, pois há um desgaste na relação entre eles. Existe forte relação do conflito conjugal com desajustamentos psicológicos na criança, particularmente: agressividade, comportamento antissocial, ansiedade e depressão. A maneira como a criança reage depende das dimensões do conflito, tais como: frequência, duração, intensidade, conteúdo e forma de resolução do conflito. Segundo a literatura, algumas crianças passam por um processo de dessensibilização ao conflito, amenizando os problemas de conduta. Porém, outras apresentam maior incidência de desajustamento e formas de interação inadequada na relação familiar. Os pais mais estressados e com dinâmica de relacionamento conflituoso aparentam ter crianças com alto nível de estresse crônico, problemas de autoconceito e autoestima. Embora a criança mude sua compreensão e habilidade de lidar com conflitos em diferentes faixas etárias, não há diferença no nível de impacto gerado pelo conflito entre as idades (GOTTMAN; KATZ, 1989; GRYCH; FINCHAM, 1990; LOOS; CASSEMIRO, 2010).

Na análise geral do Inventário de Estilos Parentais ficaram evidenciadas tendências maiores em comportamentos específicos, principalmente, dos estilos de práticas educativas autoritário e participativo. No entanto, não houve um padrão consistente de estilo parental em cada grupo.

Weber (2005) definiu os comportamentos, com mais limite do que afeto, como estilo autoritário. Neste estudo, o grupo de crianças com DRGE apresentou tendência ao estilo autoritário, quando comparado ao grupo de crianças normais, contudo, o grupo de crianças com constipação diferenciou-se dos demais grupos, com maior tendência ao estilo parental permissivo, quanto à imposição inconsistente de regras e limites. Há maior tendência, nos grupos de crianças adoecidas, dos cuidadores aprovarem a expressão impulsiva dos comportamentos infantis, quando comparados ao grupo de normais. Entretanto, não houve diferenças significativas entre os grupos, bem como para o estilo parental negligente. Portanto, seria interessante, aprofundar os estudos relacionados à dinâmica de interação entre pais e crianças com DRGE.

A maioria dos cuidadores de crianças adoecidas crônicas, frequentemente, toma decisões pela criança, pois acredita ter, sempre, a responsabilidade da decisão. Notou-se, no

entanto, diferença significativa entre os grupos de crianças adoecidas e normais, embora o grupo de crianças com DRGE apresente maior concentração destes cuidadores.

Também, percebeu-se diferença na demonstração de raiva quando a criança comporta-se de maneira inadequada, associada à ideia de palmadas necessárias. No grupo de crianças com DRGE, é mais frequente que nos demais.

Por outro lado, existiu dificuldade, por parte da criança, para discriminar o que, realmente o seu cuidador deseja que ela faça, forçando frequentes repetições da ordem, principalmente, no grupo de crianças com DRGE, quando comparado aos normais. Todavia, não houve diferença entre os demais grupos. A literatura aponta que filhos de pais autoritários tendem a não entender as ordens de maneira clara e sentem-se mais inseguros no relacionamento familiar (WEBER, 2004).

Weber (2005) definiu o estilo parental participativo como o estilo de prática educativa adequado e saudável para a criança, no qual equilibram-se atitudes de limite e de afeto. Neste estudo, nos grupos de crianças constipadas e normais, foi observada maior concentração de cuidadores que consideram as opiniões e desejos da criança como os seus, quando comparados ao grupo de criança com DRGE.

Nessa mesma direção, os cuidadores dos grupos de crianças constipadas e normais, quando comparados ao de crianças com DRGE, elogiam e recompensam, mais frequentemente, as crianças com comportamento adequado. Achado este, somado ao fato dos cuidadores, das crianças com DRGE, demonstrarem comportamentos aversivos frente ao comportamento inadequado da criança, favorece a confusão destas crianças em relação aos afetos parentais condicionados aos comportamentos adequados e inadequados. Confusão esta, resultante da inconsistência da reação dos cuidadores frente ao comportamento infantil (WEBER, 2004).

O grupo de crianças com DRGE apresenta concentração, significativamente menor, de cuidadores que, frequentemente, comunicam regras e limites de maneira insatisfatória à criança. Por outro lado, os grupos de crianças constipadas e normais apresentam índices semelhantes e satisfatórios, entre eles.

Logo, notou-se tendência maior ao estilo parental autoritário e menor ao estilo parental participativo, nos cuidadores de crianças com DRGE, quando comparado aos demais grupos. A literatura mostra que o estilo de prática educativa autoritário, sem diálogo, favorece os comportamentos de não reconhecimento da autoridade e desrespeito das crianças pelos pais, bem como a dificuldade de confiar neles. Por outro lado, os pais com hábito de escutar os filhos, podem adquirir respeito e confiança e, também, promover o seu bem-estar

(BORGES, 2010; CECCONELLO; ANTONI; KOLLER, 2003; GOMIDE, 2003; REPPOLD et al., 2002).

Relatos das últimas décadas, na literatura, indicam aumento na procura por atendimento psicológico para crianças com problemas de comportamento, diante das dificuldades de diversas famílias, ao educar as crianças em uma realidade social distinta da qual os pais foram educados. Isto perdura validado, neste estudo, pois a maioria dos cuidadores negou reproduzir a educação recebida pelos pais, da qual apresentou percepção negativa. Neste cenário, um ponto importante do processo de educação infantil, refere-se ao desenvolvimento da autoestima, diretamente associada ao afeto dos pais. As interações familiares inadequadas, tais como: maus-tratos, negligência e rejeição, disciplina rígida e inconsistente ou flácida e relaxada, elevada permissividade, falta de apoio na resolução de conflitos, vínculos familiares fracos e brigas conjugais ou familiares são apontadas como fator determinante nos comportamentos antissociais das crianças (CONTE, 2001; MARINHO, 2001).

Na teoria da aprendizagem social, as crianças, observando os comportamentos parentais, tendem a reproduzi-los como modelo, numa cadeia de transmissão de regras e estilos de comportamentos de pais para filhos. O tipo de arranjo familiar, segundo a literatura, não é preditor da qualidade de vinculação com a criança, mas os estilos educativos parentais, sim, principalmente na percepção da mãe em fornecer suporte emocional. As crianças com vinculação segura recebem maiores níveis de suporte emocional e sofrem menos rejeição. Portanto, o comportamento parental, caracterizado pela presença de suporte emocional, favorece vinculação segura da criança, ou então, se ausente, promove insegurança (DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z., 2002; SIMÕES et al., 2009).

A análise das variáveis, de maneira isolada, da escala de comportamento infantil (ECI-A2 de Rutter), relativo à subescala de problemas de saúde, mostrou cuidadores do grupo de crianças com DRGE percebendo, mais frequentemente, a criança mal humorada e/ou nervosa que os cuidadores dos outros grupos. Na análise geral desta subescala, notou-se diferença significativa entre todos os grupos, sendo maior a diferença entre os grupos de crianças com DRGE e normais.

Na subescala de hábitos, existe tendência à maior concentração de cuidadores de crianças com DRGE, que percebem ausência de problemas de fala (diferentes à gagueira), quando comparado ao grupo de crianças normais. Por outro lado, constatou-se maior concentração de cuidadores no grupo de crianças constipadas, em relação aos demais grupos, mas, significativamente maior que o grupo de crianças normais. Observou-se, segundo a

percepção dos cuidadores, a ocorrência de medo na maioria das crianças, em nível moderado. Porém, vale destacar a diferença, significativamente maior, do grau severo de medo das crianças com DRGE, quando comparado aos outros grupos. Não obstante, na análise de variância do total desta subescala, notou-se diferença significativa entre os grupos de crianças adoecidas crônicas e normais.

A subescala de afirmações sobre o comportamento infantil mostrou diferença, significativamente maior, na concentração de cuidadores que percebem a criança impaciente e/ou inquieta, no grupo de crianças com DRGE, quando comparado com os outros grupos, embora o grupo de crianças constipadas tenda a ser maior que o grupo de crianças normais.

Na mesma subescala, os cuidadores do grupo de crianças com DRGE percebem, a rejeição de sua criança por outras, mostrando uma diferença significativa em relação aos outros grupos que têm resultados nulos para esta categoria.

Por sua vez, os cuidadores das crianças com DRGE perceberam a criança muito preocupada e mais irritável, quando comparadas às crianças dos outros grupos. Também, foi possível observar tendência das crianças desse grupo serem percebidas como mais fechadas e/ou solitárias pelos seus cuidadores, quando comparadas às crianças dos outros grupos.

Quanto ao comportamento de roer unha, foi mais freqüente nas crianças com DRGE do que nas crianças constipadas. Os grupos de crianças adoecidas apresentaram menor frequência de obediência, quando comparados ao de crianças normais, havendo também dificuldade na concentração em atividades por alguns minutos.

Embora haja tendência dos cuidadores do grupo de crianças constipadas perceberem o comportamento de timidez e retraimento da criança com maior frequência do que os cuidadores das crianças normais, os cuidadores do grupo de crianças com DRGE percebem, de maneira significativamente maior a ocorrência deste comportamento, quando comparados aos dos outros grupos.

Na análise geral da subescala de afirmações sobre o comportamento da criança, notou-se diferença significativa entre todos os grupos, sendo a diferença entre o grupo de crianças com DRGE e o de crianças normais, discretamente maior, que a diferença entre o grupo de constipados e o de crianças normais.

Na análise final da escala, a soma de escores apontou diferença significativa de crianças com demanda de acompanhamento psicológico ou psiquiátrico no grupo de crianças com DRGE, quando comparado aos outros grupos. O grupo de crianças constipadas também apresentou diferença significativa maior em relação ao de normais e menor em relação ao de crianças com DRGE, embora, a maioria, de maneira geral e, principalmente do grupo de

crianças normais, não apresente esta demanda. Também, tornou-se possível traçar um perfil comportamental das crianças e perceber, no perfil neurótico, a presença de maior número de crianças com DRGE, em comparação aos outros grupos, apesar de não haver diferença significativa, neste perfil, entre os grupos de crianças constipadas e normais. Já no perfil antissocial, observou-se similaridade entre os grupos de crianças adoecidas crônicas, embora ambos sejam, significativamente diferentes do grupo de normais.

O perfil comportamental infantil classificado como antissocial, pela escala, provém de comportamentos externalizantes, tais como: mau humor, nervosismo, hiperatividade, impaciência/inquietação, destrutividade, desobediência frequente, teimosia, ciúme, acesso de raiva e impulsividade. Já o perfil comportamental classificado como neurótico provém de comportamentos internalizantes, tais como: asma ou crises respiratórias, enurese noturna/diurna, encoprese, mau humor, nervosismo, trabalho ao chegar à escola ou recusa a entrar, dispersão do olhar, timidez, ansiedade, preocupação exagerada, excesso de apego aos adultos e tristeza. Esses perfis, considerados problemáticos, estão associados a desajustes e condições difíceis, principalmente, na dinâmica de relacionamento da criança com seus cuidadores. Por fim, crianças, em um lar turbulento, tendem a reproduzir, em interações sociais, os padrões de comportamentos aprendidos (BANDURA, 1976; GRAMINHA, 1998; GORAYEB; PETEAN, 2002; MATSUKURA, 1996).

Ressalta-se a importância da família como base para o desenvolvimento da identidade e a produção dos comportamentos da criança, dessa forma a ansiedade e o estresse dos pais associam-se à irritação da criança, pois o funcionamento do contexto familiar tem forte influência no desenvolvimento psicológico dos seus membros (PRATTA; SANTOS, 2007; SIGOLO; BIASOLI-ALVES, 1998).

Nesse sentido, estudos realizados em crianças com enurese noturna revelaram associação entre aspectos psicossociais e adoecimento infantil, pois o grupo de crianças com disfunções de comportamento apresentou maior índice de problemas nas relações com os pais, e de indicadores de instabilidade familiar, uma condição apontada como fator prejudicial ao desenvolvimento da criança. Por outro lado, o grupo de crianças sem problemas de comportamento mostrou recursos ambientais de apoio e estabilidade familiar (FERREIRA; MARTUNANO, 2002; SCHOEN, 2016).

Outro estudo mostrou mães, de bebês, com indicadores emocionais de estresse, ansiedades traço/estado, e depressão, como fator antecedente de práticas educativas negativas, disciplina relaxada e punição inconsistente na interação com a criança. Essas práticas também

são associadas aos problemas de comportamento infantil (NOGUEIRA, 2016; RODRIGUES).

Na análise da entrevista, observou-se também a dificuldade dos cuidadores em perceber algumas questões afetivas e comportamentos infantis e/ou de si mesmos na dinâmica familiar, como descrito anteriormente na EQIF.

Notou-se que a maioria dos cuidadores percebem a criança muito agitada e moderadamente calmas, já quando questionados sobre o próprio comportamento, a maioria considerou-se pouco agitado e moderadamente calmos. Destacou-se uma diferença significativa entre a maioria dos cuidadores do grupo de crianças com DRGE, percebidas como muito estressadas, e a maioria dos outros grupos, que percebeu a criança pouco estressada. Houve diferença significativa entre os cuidadores dos grupos de crianças adoecidas, quando comparados ao das normais frente à percepção de si mesmos como muito estressados.

Os cuidadores do grupo de crianças com DRGE referiram menor tranquilidade da criança, em comparação aos cuidadores dos outros grupos. O mesmo ocorreu na avaliação da ansiedade na criança. A maioria dos cuidadores, nos grupos de crianças adoecidas, consideram-se “muito” ansiosos, porém, na autoavaliação em relação à tranquilidade, concentram-se, de maneira equitativa entre as categorias “pouco”, “moderado” ou “muito”.

Os cuidadores do grupo de crianças com DRGE consideraram as crianças, significativamente mais tristes do que os cuidadores dos outros grupos. Já quando se autoavaliavam, não houve diferença significativa e a maioria considerou-se “nada” ou “pouco” triste, mas os cuidadores do grupo de crianças com DRGE tenderam a ser mais tristes diante dos outros grupos. Tanto na autopercepção, quanto na percepção da criança, os cuidadores do grupo de crianças com DRGE apontaram menor índice de alegria.

Em todos os grupos, os cuidadores não se consideraram “muito” medrosos, embora aqueles pertencentes ao grupo de crianças com DRGE, percebessem a criança como, significativamente mais medrosa, quando comparado aos outros grupos.

De maneira geral, os cuidadores de todos os grupos consideraram-se pessoas seguras para tomar decisões e no enfrentamento de dificuldades de maneira geral. Em relação à criança, os cuidadores dos grupos de crianças adoecidas perceberam, em situações cotidianas, nível de insegurança maior, quando comparados aos do de crianças normais, sendo significativamente maior no grupo de crianças com DRGE.

O temperamento da criança, as condições de saúde e as formas de interação entre a criança e seus familiares são considerados os três principais fatores associados aos problemas

comportamentais infantis. A teoria comportamental pressupõe que as causas das dificuldades apresentadas devam ser investigadas, principalmente, no ambiente familiar, pois as condições de interação entre pais e filhos, neste ambiente, influenciam os comportamentos e a maneira de ser das crianças (SILVARES; SOUZA, 2008).

A maioria dos cuidadores relatou que as crianças dormem acompanhadas, no quarto do cuidador, com hábito de deitar-se no período de 19h a 22h. Há coerência com o resultado da escala de comportamento infantil, pois as crianças não apresentaram problemas de sono, segundo percepção da maioria dos cuidadores. Tiveram, no geral, percepção positiva sobre a alimentação das crianças, o que se manifestou de maneira equitativa entre os grupos, porém, quando perguntado sobre como se procedia esta alimentação, observou-se no grupo de criança com DRGE, um número maior de cuidadores que relataram hábitos não saudáveis. Portanto, a percepção do cuidador não estava coerente com a realidade, diferentemente dos cuidadores do grupo de crianças constipadas, cuja percepção em relação aos hábitos foi coerente com a avaliação positiva da alimentação. No grupo de crianças normais, a avaliação positiva da alimentação foi descrita, pelos cuidadores, com hábitos diversos, porém, na negativa, os hábitos foram coerentes.

Esses dados mostram uma incoerência na resposta dos cuidadores em relação a alimentação infantil, apontando dificuldade na discriminação de hábitos saudáveis ou não. Portanto, a criança pode ter problemas de saúde se os cuidadores não reconhecerem os aspectos da alimentação envolvidos. Se os cuidadores acreditam que a criança tem uma alimentação saudável, mas na prática, descrevem hábitos considerados não saudáveis, torna-se mais difícil a adesão ao tratamento correto. Embora não houvesse diferença significativa entre os grupos e a maioria dos cuidadores, em todos os grupos, relatou consumo de alimentos inadequados (doces, bolachas recheadas, *fast-food*, refrigerantes, dentre outros alimentos ricos em gorduras e açúcares), mas com frequência adequada, houve um índice de crianças consumidoras deste tipo de alimento numa frequência inadequada. Somado a estes dados, grande parte dos cuidadores acreditam no tratamento da criança focado na medicação, em ambos os grupos adoecidos, não citando a importância do manejo da alimentação neste processo. Validando, assim, o fato do cuidador não reconhecer a importância da alimentação na saúde da criança.

Em relação à classificação da saúde da criança, a maioria dos cuidadores dos grupos de crianças adoecidas classificou-a como boa, enquanto a maioria dos cuidadores de crianças normais, como ótima. Esta classificação está de acordo com a complexidade dos cuidados necessários à saúde da criança.

Um número menor de cuidadores “sempre” seguiu as orientações médicas no grupo de crianças constipadas, quando comparado ao com DRGE, mas destacou-se um número, significativamente maior, de cuidadores no grupo de crianças normais, que seguiram de maneira menos frequente as orientações dos médicos, quando comparado com os outros grupos. Por outro lado, a maioria dos cuidadores de todos os grupos considerou suficiente o cuidado de saúde oferecido à criança.

No grupo de crianças normais, houve um número, significativamente maior, de cuidadores acreditando na falta de cuidado dos pais como o motivo do adoecimento da criança. Já os cuidadores dos grupos de crianças adoecidas justificaram, com maior frequência, os problemas emocionais e fatores biológicos da criança como motivos do adoecer.

A maioria dos cuidadores, dos grupos de crianças adoecidas, percebeu não haver mudança no comportamento da criança frente ao adoecimento, enquanto a maioria dos cuidadores do grupo de crianças normais percebeu impactos do adoecimento no comportamento da criança. A maioria dos cuidadores, de todos os grupos, relata tornar-se mais flexível, em relação à imposição de regras e limites, quando as crianças adoecem. Isto pode estar associado aos sentimentos dos cuidadores, tais como: medo, ansiedade, agústia, culpa, impotência e preocupação, gerados pelo adoecer da criança.

A maioria dos cuidadores de crianças com DRGE, tendeu a preocupar-se “muito” com a criança, em maior escala, em comparação a outros grupos. Quando questionados sobre o tipo mais frequente de preocupação na vida, observou-se incoerência nas respostas, em relação aos dados anteriores, pois houve diferença significativa no número de cuidadores de crianças com DRGE mais preocupados com questões pessoais, enquanto, os cuidadores dos grupos de crianças constipadas e normais preocuparam-se mais com questões relacionadas às crianças, como por exemplo, aspectos emocionais e comportamentais.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos a respeito da prevalência e aspectos clínicos da DRGE infantil revelaram a necessidade de aprofundar as pesquisas sobre o impacto da doença na rotina das crianças e cuidadores, como também investigar os possíveis fatores de riscos psicossociais envolvidos no desenvolvimento e manutenção da doença. Os estudos sobre dinâmica familiar e adoecimento infantil indicam aspectos psicossociais envolvidos na relação da criança doente com seus cuidadores e, ainda, a necessidade de abordagem clínica mais ampla na assistência a esta população, considerando todos os fatores relacionados ao adoecimento da criança.

Um estudo, realizado em adultos com DRGE, revelou associação entre sintomas viscerais e doenças psicoemocionais, por vezes não abordados durante a consulta médica. Segundo Oshima (2015), a hipersensibilidade esofágica está associada a transtornos psicológicos e psiquiátricos. Portanto, a identificação de fatores emocionais, tais como: depressão, ansiedade e stress pode melhorar a abordagem clínica e o sucesso terapêutico dos pacientes com DRGE.

Questiona-se, se as crianças com DRGE, assim como os adultos, apresentariam os mesmos aspectos psicológicos envolvidos na doença. Assim, diante da escassez de dados encontrados na literatura, neste trabalho utilizaram-se vários instrumentos na avaliação de diversas variáveis psicológicas na criança, no cuidador e também na dinâmica familiar e no adoecimento. Esta extensa investigação teve o intuito de apontar quais variáveis destacam-se num grupo de crianças com DRGE. Para tanto, foram comparados os dados obtidos num grupo de crianças com DRGE com um grupo de crianças normais. Acrescentou-se um grupo controle de crianças constipadas, com dinâmica clínica similar à da DRGE, pois o adoecimento crônico já se encontra relacionado a algumas variáveis psicológicas, segundo a literatura. Desta maneira, a comparação entre os três grupos mostraria quais variáveis influenciariam, especificamente, no grupo de crianças com DRGE.

Neste trabalho foram compilados, na população de crianças com DRGE primário, os principais fatores de risco psicossociais para o desenvolvimento infantil saudável, presentes no contexto familiar e social da criança; foram detectados os sinais de ansiedade e depressão dos cuidadores; determinou-se a qualidade da interação familiar, foram caracterizados os estilos de práticas educativas parentais e também investigados os padrões de comportamento da criança.

A análise comparativa entre as variáveis investigadas a partir dos resultados deste estudo, possibilitou relacionar e identificar diferenças e peculiaridades entre os grupos, facilitando a compreensão das variáveis psicológicas que caracterizam cada grupo, sobretudo o grupo de crianças com DRGE. Dessa forma, pôde-se determinar nos grupos de crianças adoecidas o fator de risco de uso/abuso de álcool e drogas de familiares e/ou cuidadores, e no grupo das crianças com DRGE destacaram-se situações de problemas psicossociais no contexto familiar e social da criança, quando comparado aos outros grupos.

Houve predominância de ansiedade nos cuidadores dos grupos de crianças adoecidas, todavia o grupo de crianças com DRGE apresentou mais cuidadores ansiosos, quando comparado aos demais grupos, pois a maioria deles apresentou grau severo de ansiedade, enquanto no outro grupo adoecido, permaneceu discreto. Em relação à depressão, observou-se diferença entre o grupo de crianças com DRGE e o de normais. Os cuidadores depressivos do grupo de crianças com DRGE apontaram equivalência entre os graus moderado e severo, enquanto, nos outros grupos, a maioria apresentou grau discreto de sinais de depressão.

Notou-se menor qualidade da interação familiar no grupo de crianças com DRGE, apresentando maiores índices de práticas negativas na interação com a criança, tais como: comunicação negativa com a criança e clima conjugal negativo, somando um total de práticas negativas maior que dos outros grupos. Por outro lado, os cuidadores do grupo de crianças constipadas apresentaram menor envolvimento com a criança, em comparação aos demais.

O Inventário de Estilos Parentais apontou tendências maiores em comportamentos específicos, sobretudo do estilo de práticas educativas autoritário e participativo, norteados, respectivamente, pela imposição de mais limites e menor expressão de afeto com a criança, e equilíbrio de imposição de limites e expressão de afeto. No entanto, não houve um padrão consistente de estilo parental em cada grupo, embora os cuidadores do grupo de crianças com DRGE, em relação aos demais, apresentassem maior tendência de práticas autoritárias e menor tendência de práticas participativas. No entanto, os cuidadores do grupo de crianças constipadas apresentaram tendência a comportamentos do estilo parental permissivo.

Na análise final da escala de comportamento infantil, a soma de escores revelou diferença entre crianças com demanda de acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, com o grupo de crianças com DRGE e aos outros grupos. O grupo de crianças constipadas também se difere do grupo de normais, na mesma categoria, embora a maioria de crianças, no total, não apresente esta demanda.

Nesta análise final da escala, também pôde-se traçar um perfil comportamental das crianças e perceber, no perfil neurótico, presença de maior número de crianças com DRGE, que nos outros grupos. Já no perfil antissocial notou-se similaridade entre os grupos de crianças adoecidas crônicas, embora ambos sejam, diferentes do grupo de normais.

Em vista disso, os resultados da escala de comportamento infantil apontaram maior concentração de crianças com demanda de acompanhamento psicológico ou psiquiátrico no grupo de crianças com DRGE, quando comparado aos outros grupos. No grupo de crianças constipadas, há maior concentração, em relação ao de normais, e menor em relação ao de crianças com DRGE. Ressaltou-se a associação dos perfis comportamentais da criança considerados problemáticos, com desajustes e condições difíceis, principalmente, na dinâmica de relacionamento da criança com seus cuidadores. Isto valida os resultados obtidos na escala de qualidade de interação familiar.

A entrevista possibilitou uma visão geral sobre a percepção dos cuidadores quanto aos padrões de comportamentos das crianças e de si próprios, bem como a percepção de aspectos envolvidos no adoecimento infantil e no papel de cuidador. Quando as respostas da entrevista foram comparadas aos resultados dos outros instrumentos, observou-se dificuldade dos cuidadores em discriminar suas atitudes de adesão aos cuidados de saúde da criança associados ao adoecimento, como adesão à alimentação saudável e ao tratamento médico. Também, percebeu-se dificuldade dos cuidadores em discriminar seus comportamentos como desencadeadores dos problemas comportamentais das crianças, sugerindo intervenção psicológica para estas questões.

Os dados, obtidos por meio do inventário de estilos parentais, ficam em concordância com a escala de qualidade de interação familiar, em relação tanto às práticas educativas inadequadas, quanto às interações negativas com as crianças. Os cuidadores das crianças com DRGE apresentaram estilo parental mais autoritário e interações mais negativas com a criança, comparados aos dos outros grupos. Isso, corrobora com os dados da literatura, pois, embora as crianças adoecidas crônicas tenham apresentado índices significativos de comportamentos problemáticos, especialmente antissociais, as crianças com DRGE caracterizaram-se, em maior escala, pelo perfil de comportamento neurótico, com tendências à asma ou crises respiratórias, enurese noturna/diurna, encoprese, mau humor, nervosismo, trabalho ao chegar na escola ou recusa a entrar, dispersão do olhar, timidez, ansiedade, preocupação exagerada, excesso de apego aos adultos, e tristeza.

Notou-se, também, tanto na entrevista, quando na HAD, presença de maiores sinais de ansiedades, bem como alto índice de estresse, tanto na criança, quanto no cuidador do grupo de crianças com DRGE.

Por conseguinte, deve-se considerar o investimento na orientação de pais quanto a práticas educativas e ao impacto da dinâmica familiar nos comportamentos da criança, assim como identificar desajustes psicossociais infantis, pois o tratamento da DRGE, na criança, envolve fatores biológicos, psicológicos e sociais, nas relações da criança com seu meio. Por isso, este estudo tem relevância social e ressalta a importância da atenção do profissional de saúde direcionar-se ao cuidador, à criança e à doença.

Portanto, para estudos futuros sugere-se investigar, em uma amostra mais ampla, ansiedade, depressão e estresse na criança e nos cuidadores, fatores de risco psicossociais associados ao adoecimento infantil, perfil de comportamento neurótico da criança e práticas negativas na interação entre cuidadores e crianças, a fim de determinar o perfil psicológico de crianças com DRGE e seus cuidadores, com o objetivo de propor medidas para direcionar a avaliação diagnóstica e o tratamento.

8. CONCLUSÃO

8. CONCLUSÃO

1. Eis os principais fatores de risco psicossociais, para o desenvolvimento infantil saudável, presentes no contexto familiar e social da criança com de DRGE: uso/abuso de álcool e droga pelos cuidadores e/ou familiares próximos à criança, e problemas de relacionamento psicossocial.
2. O perfil de humor identificado nos cuidadores da criança com de DRGE caracterizou-se por índices elevados de sinais de ansiedade e depressão.
3. A qualidade de interação familiar da criança com de DRGE foi negativa, em relação aos aspectos de comunicação com a criança, clima conjugal e total de práticas negativas.
4. Os padrões de práticas educativas parentais dos cuidadores da criança com DRGE apresentaram maior incidência no estilo autoritário.
5. Os padrões de comportamento da criança com DRGE foram classificados como problemáticos, com presença de características neuróticas e antissociais.
6. A análise do grupo de crianças com DRGE, comparado aos outros grupos, em relação aos fatores de risco para o desenvolvimento, padrões de comportamento infantil, dinâmica familiar e a doença, mostra diferenças e/ou peculiaridades entre os grupos de crianças adoecidas no uso/abuso de álcool e/ou drogas pelos cuidadores ou familiares próximos à criança, nível de ansiedade dos cuidadores, envolvimento nos cuidados e demandas infantis, necessidade de atendimento psicológico e/ou psiquiátrico infantil.

REFERÊNCIAS¹

- ACIERNO, S. P. et al. Development of a quality of life instrument for pediatric gastroesophageal reflux disease: Qualitative interviews. **J Pediatr Gastroenterol Nutr**, v. 50, n. 5, p 486-492, 2010.
- AMARAL, D. M. **Doença do refluxo gastroesofágico em idade pediátrica**. 2012. 60 f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto. Porto, 2012.
- AMAZONAS, M. C. L. de A. et al. Arranjos familiares de crianças das camadas populares. **Psicol Estud** [online], v. 8, num. esp., p. 11-20, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-3722003000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Nov. 2016.
- BANDURA, A. **Social learning theory**. Englewood Cliffs. New Jersey: Prentice-Hall, 1976.
- BARDIN L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARNETT, D. The effects of early intervention on maltreating parents and their children. In: GURALNICK, M. J. **The effectiveness of early intervention**. Baltimore: Paul Brookes, 1997. p. 147-170.
- BARROS, S. G. S. Gastroesophageal reflux disease – prevalence, risk factors and challenges. **Arq Gastroenterol**, v. 42, n. 2, p. 71, 2005.
- BEE, H. L. **The developing child**. New York: HarperCollins College Publishers (7ª ed.), 1995.
- BENNINGA, M. A. et al. Guideline 'Gastroesophageal reflux disease in children from 0-18 years'. **Ned Tijdschr Geneesk**. 158:A6970, 2014.
- BILAC, E. D. Sobre as transformações nas estruturas familiares no Brasil: notas muito preliminares. In: RIBEIRO I.; RIBEIRO, A. C. **Famílias em processos contemporâneos: inovações culturais na sociedade brasileira**. São Paulo: Edições Loyolas, 1995. p. 43-61.
- BORGES, I. C. N. Qualidade da parentalidade e bem – estar da criança. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação de Coimbra, Coimbra, 2010.
- BOTEGA, N. J. et al. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Rev Saude Publica**, v. 29, n. 5, p. 355-363, 1995.
- BOWDEN, M. R. et al. Family adjustment and parenting stress when an infant has serious liver disease: the Australian experience. **J Pediatr Gastroenterol Nutr**, v. 60, n. 6, p. 717-722, 2015.

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT NBR 6023)

BOYLE, J. T. Gastroesophageal reflux in the pediatric patient. **Gastroenterol Clin North Am**, v. 18, n. 2, p. 315-337, 1989.

CAMINHA, R. M. A violência e seus danos a crianças e ao adolescente. In: AMENCAR (Org.). **Violência Doméstica**. Brasília: UNICEF, 1999. p. 43-60.

CANIÇO, H. et. al. **Novos tipos de família e novo método de avaliação em saúde da pessoa – APGAR saudável**. 2014. 203 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2014.

CANNEL, C. F.; KAHN, R. H. Coleta de dados por entrevista. In: FESTINGER, L.; KATZ, D. **A pesquisa da psicologia social**. Rio de Janeiro: EFGV, 1974.

CASTRO, E. K.; PICCININI, C. A. Implicações da doença orgânica crônica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas. **Psicol Reflex Crit** [online], v.15, n. 3, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722002000300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Dez. 2017.

CASTRO, L. P. et al. Conceito e fisiopatologia da doença do refluxo gastroesofágico. In: MACEDO FILHO, E. et al. **Disfagia**: abordagem multidisciplinar. 3. ed. São Paulo: Frontis, 1999. p. 192-208.

CECCONELLO, A. M.; ANTONI, C. DE; KOLLER, S. H. Práticas educativas, estilos parentais e abuso físico no contexto familiar. **Psicol Estud** [online], v.8, num esp., p. 45-54. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722003000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Dez. 2017.

COHEN, S.; MESQUITA, M. B. DE; MIMOUNI, F.B. Adverse effects reported in the use of gastroesophageal reflux disease treatments in children: a 10 years literature review. **Br J Clin Pharmacol**, v. 80, n. 2, p. 200-208, 2015.

CONTE, F. C. S. Promovendo a relação entre pais e filhos. In: DELITTI, M. **Sobre comportamento e cognição**: A prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental. Santo André: Esetec, 2001. p. 161-168.

CORDEIRO, J. A. et al. Dificuldades enfrentadas pelos pais de crianças com doença do refluxo gastroesofágico. **Acta Paul Enferm**, v. 27, n. 3, p. 255-259, 2014.

COSTA, Aldo J. F. et al. Prevalência de refluxo gastroesofágico patológico em lactentes regurgitadores. **J Pediatr** [online], v. 80, n. 4, p. 291-295. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000500008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 Out. 2015.

CREPALDI, M. A.; RABUSKE, M. M.; GABARRA, L. M. Modalidades de atuação do psicólogo em psicologia pediátrica. In: CREPALDI, M. A.; LINHARES, M. B. M.; PEROSA, G. B. (Orgs.). **Temas em psicologia pediátrica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

DAVIES, I.; BURMAN-ROY, S.; MURPHY, M.S.; Gastro-oesophageal reflux disease in children: NICE guidance. **BMJ** [online], v. 14, n. 350, p. 1-7. 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1136/bmj.g7703>>. Acesso em: 20 Dez. 2017.

DE BENEDICTIS, F. M.; BUSH, A. Respiratory manifestations of gastro-oesophageal reflux in children. **Arch Dis Child**, 2017. In press.

DEL PRETTE, A.; Del Prette, Z. A. P. **Psicologia das relações interpessoais: Vivências para o trabalho em grupo**. Petrópolis: Vozes, 2002.

DIAZ, D. M. et al. Knowledge, attitudes and practice styles of North American pediatricians regarding gastroesophageal reflux disease. **J Pediatr Gastroenterol Nutr**, v. 45, n. 1, p. 56-64, 2007.

DROSSMAN, D. A. et al. **Rome III: the functional gastrointestinal disorders**. 3rd ed. McLean: Degnon Associates, 2006.

DROST, L. M. et al. Self-expressed strengths and resources of children of parents with a mental illness: A systematic review. **Int J Ment Health Nurs**, v. 25, n. 2, p. 102-115, 2016.

DROST, L. M.; SCHIPPERS, G. M. Online support for children of parents suffering from mental illness: a case study. **Clin Child Psychol Psychiatry**, v. 20, n. 1, p. 53-67, 2015.

FÉRES-CARNEIRO, T. **EFE: entrevista familiar estruturada: um método clínico de avaliação das relações familiares**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

FERREIRA, C.T. Gastroesophageal reflux disease: exaggerations, evidence and clinical practice. **J Pediatr**, v. 90, n. 2, p. 105-118. 2014.

FERREIRA, M. C. T.; MARTURANO, E. M. Ambiente familiar e os problemas do comportamento apresentados por crianças com baixo desempenho escolar. **Psicol Reflex Crit**, v. 15, n. 1, p. 35-44. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722002000100005&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 22 Dez. 2017.

FLACH, K.; POTTER, J. R. Os desafios enfrentados por pais de crianças e adolescentes com doença crônica: práticas educativas e treinamento de pais no contexto hospitalar. In: STENZEL, G. Q. L.; PARANHOS, M. E.; FERREIRA, V. R. T. **A psicologia no cenário hospitalar: encontros possíveis**. Porto Alegre: EdUPUCRS, 2012. p. 143-156.

FONSECA, M. T. A. O papel do psicólogo pediátrico. **Aná Psicológica** [online], v. 16, n. 1, p. 177-181.1998. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82311998000100021&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 Out. 2015.

FONSECA, R.; SILVA, P.; SILVA, R. **Acordo inter-juízes: O caso do coeficiente kappa**. Laboratório de Psicologia, Instituto Superior de Psicologia Aplicada [online], v. 5, n.1, p. 81-90, 2007. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10400.12/1263>>. Acesso em: 20 Dez. 2017.

- FURTADO, M. C.; de LIMA, R. A. O cotidiano da família com filhos portadores de fibrose cística: subsídios para a enfermagem pediátrica. **Rev Lat Am Enfermagem**, v. 11, n.1, p. 66-73, 2003.
- GARRALDA, M. E. Chronic physical illness and emotional disorder in childhood. **Br J Psychiatry**, v. 164, n. 1, p. 8-10, 1994.
- GOLD, B. D. **Advances in GERD: Comparing GERD Manifestations in Children and Adults**. Gastroenterology & Hepatology Volume 4, Issue 1, 2008.
- GOLDANI, H. A. S. et al. Aspectos fisiopatológicos do refluxo gastroesofágico na criança. **Arq Gastroenterol**, v. 33, n. 2, p. 102- 114, 1996.
- GOMIDE, P. I. C. Estilos parentais e comportamento anti-social. In: DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. **Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem**. Campinas: Alínea, 2003. p. 21-60.
- GORAYEB, R. P.; PETEAN, E. B. **Intervenção psicológica realizada em crianças submetidas a cirurgias eletivas e suas mães**. 2002. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.
- GOTTMAN, J. M.; KATZ, L. F. Effects of marital discord on young children's peer interaction and health. **Dev Psych**, v. 25, p. 373-381, 1989.
- GRAMINHA, S. S. V. A escala comportamental de Rutter A2: estudo de adaptação e fidedignidade. **Estud Psicol**, v. 11, n. 3, p. 34-42, 1994.
- GRAMINHA, S. S. V. Recursos metodológicos para pesquisas sobre riscos e problemas emocionais e comportamentais na infância. In: Romanelli, G.; Biasoli-Alves, Z. M. M. (Orgs.). **Diálogos metodológicos sobre práticas de pesquisa**. Ribeirão Preto: Legis Summa, 1998. P. 71-86.
- GRAMINHA, S. S. V. Recursos metodológicos para pesquisas sobre riscos e problemas emocionais e comportamentais na infância. In: ROMANELLI, G.; BIASOLI-ALVES, Z. M. (Orgs.). **Diálogos metodológicos sobre prática de pesquisa**, Ribeirão Preto: Editora Legis Summa Ltda, 1998. p. 71-86.
- GRYCH, J. H.; FINCHAM, F. D. Marital conflict and children's adjustment: a cognitive-contextual framework. **Psychol Bull**, v. 108, n. 2, p. 267-290, 1990.
- GUIMARÃES, E. V.; MARGUET, C.; CAMARGOS, P. A. M. Tratamento da doença do refluxo gastroesofágico. **J Pediatr**, v. 82, n. 5, p. S133-S145. 2006.
- HOFFMAN, I. et al. Esophageal motility in children with suspected gastroesophageal reflux disease. **J Pediatr Gastroenterol Nut**, v. 50, n. 6, p. 601-608, 2010.
- KARIMZADEH, M. et al. The association between parental mental health and behavioral disorders in pre-school children. **Electron Physician**, v. 9, n. 6, p. 4497-4502, 2017.

KAWAKAMI, E. Refluxo gastroesofágico na infância. **J Pediatr**, v. 54, n. 5, p. 236-243, 1983.

KIM, J. et al. Simultaneous development of the Pediatric GERD Caregiver Impact Questionnaire (PGCIQ) in American English and American Spanish. **Health Qual Life Outcomes** [Online], v. 3, n. 5, 2005. Disponível em: < <https://doi.org/10.1186/1477-7525-3-5>>. Acesso em: 20 Nov. 2016.

KIM-COHEN, J. et al. Maternal depression and children's antisocial behavior: nature and nurture effects. **Arch Gen Psychiatry**, v. 62, n. 2, p.173-181, 2005.

KINGSBURY, A. M. et al. Does having a difficult child lead to poor maternal mental health? **Public Health**, v. 146, p. 46-55, 2017.

KLEINMAN, L. et al. The Infant Gastroesophageal Reflux Questionnaire Revised: Development and Validation as an Evaluative Instrument. **Clin Gastroenterol Hepato**, v. 4, n. 5, p. 588-596, 2006.

KODA, Y. K. L. Refluxo gastroesofágico. In: BARBIERE, D.; KODA, Y.K.L. **Doenças gastroenterológicas em Pediatria**. São Paulo: Atheneu, 1996. Cap.8, p. 82-96.

KOOLHAAS, J. M. et al. Stress revisited: A critical evaluation of the stress concept. **Neurosci Biobehav Rev**, v. 35, n. 5, p. 1291–1301, 2011.

LANDIS, J. R.; KOCH, G. G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**, v. 33, n. 1, p. 159-174, 1977.

LEME, V. B. R.; BOLSONI-SILVA, A. T. Habilidades Sociais Educativas Parentais e comportamentos de pré-escolares. **Estud Psicol** [online], v. 15, n. 2, p. 161-173, 2010. Disponível em : <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2010000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 Jan. 2016.

LOOS, H.; CASSEMIRO, L. F. K. Percepções sobre a qualidade da interação familiar e crenças autorreferenciadas em crianças. **Estud Psicol** [online], v. 27, n. 3, p.293-303, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2010000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Nov. 2017.

MARINHO, M. L. Subsídios ao terapeuta para análise e tratamento de comportamento em crianças: quebrando mitos. In: MARINHO, M. L.; CABALLO, V. E. **Psicologia clínica e da saúde**. Londrina: UEL; Granada: Apicsa, 2001^a. p. 3-21.

MARTURANO, E. M.; PARREIRA, V.L.C.; BENZONI, S. A. G. Crianças com queixa de dificuldade escolar: avaliação das mães através da Escala Comportamental Infantil A2 de Rutter. **Estud Psicol** [online]. v. 14, n. 3, p. 03-15, Dec. 1997 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X1997000300001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Dez. 2016.

MATOS, D. A. Confiabilidade e concordância entre juízes: aplicações na área educacional. **Est Aval Educ**, v. 25, n. 59, p. 298-324, 2014.

- MATSUKURA, T.S. Relações familiares perturbadas e o desenvolvimento infantil. **Cad Ter Ocup UFSCar**, v. 5, n. 1, p. 53-61, 1996.
- MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento; pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 11 ed., 2008.
- MINEKA, S.; KIHLMSTROM, J. F. Unpredictable and uncontrollable events: A new perspective on experimental neurosis. **J Abnorma Psychol**, v. 87, n. 2, p.256-271, 1978.
- MORAES-FILHO, J. et al. Brazilian Consensus on gastroesophageal reflux disease: proposals for assessment, classification, and management. **Am J Gastroenterol**, v.97, n. 2, p. 241-248, 2002.
- MOUSA, H.; HASSAN, M. Gastroesophageal Reflux Disease. **Pediatr Clin North Am**. v. 64, n. 3, p. 487-505, Jun 2017.
- MUCCHIELLI, A. **Os métodos qualitativos**. São Paulo, 1979.
- NEDER, G. Ajustando o foco das lentes: um novo olhar sobre a organização das famílias no Brasil. In: KALOUSTIAN, S. M., **Família brasileira: a base de tudo**. São Paulo -Brasília: Cortez / UNICEF, 2000. p. 26-46.
- NEME, C. M. B. et al. Implicações do vínculo mãe-criança no adoecimento infantil: revisão de literatura. **Psychol Pediatr**, v.44, n. 4, p. 162-166, 2008.
- NICOLETTI, E. A.; CHIATTONE, H. B. De C.; ANGERAMI-CARMON, V. A. (org.). **O doente, a psicologia e o hospital**. São Paulo: Cinge Learning, 2009.
- NORTON, R. C.; PENNA, F. J. Refluxo Gastroesofágico. **J Pediatr**, v. 76, n. 2, p. S218-224, 2000.
- OLIVEIRA, P. D. et al. Indicadores antropométricos em crianças e adolescentes com doença do refluxo gastroesofágico atendidos em um ambulatório especializado em São Luís, Maranhão, Brasil. **J Manag Prim Health Care**, v. 4, n. 2, p. 110-115, 2013.
- ORENSTEIN, S. R. Gastroesophageal reflux. **Curr Probl Pediatr**, v. 21, n. 5, p. 193-241, May/Jun. 1991.
- OSHIMA, T.; MIWA, H. The effect of antianxiety and anti-depressive agents for the acid-related gastrointestinal diseases. **Nihon Rinsho**, v. 73, n. 7, p. 1185-1189, 2015.
- PAIS-RIBEIRO, J. et al. Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. **Psychol Health Med**, v. 12, n. 2, p. 225-235, 2007.
- PASQUALI, L. **Psicometria - Teoria dos testes na psicologia e na educação**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004, p. 158-159.
- PASQUALI, L. Psicometria. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, n. spe, p. 992-999, 2009.

PILLI, S.; JIWANE, A.; KRISHNAN, U. Quality of life in children who have undergone fundoplication surgery for the treatment of gastroesophageal reflux disease: a review of literature. **Dis Esophagus**, v. 30, n. 5, p. 1-5, 2017.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. dos. Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. **Psicol Estud** [online], v. 12, n. 2, p. 247-256, 2007. Disponível em :
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722007000200005&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 16 Jan. 2016.

QUITADAMO, P. et al. Do pediatricians apply the 2009 NASPGHAN-ESPGHAN guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux after being trained. **J Pediatr Gastroenterol Nutr**, v. 59, n. 3, p. 356-359, 2014a.

QUITADAMO, P. et al. Euro pean pediatricians' approach to children with GER symptoms: survey of the implementation of 2009 NASPGHAN-ESPGHAN guidelines. **J Pediatr Gastroenterol Nutr**, v. 58, n. 4, p. 505-509, 2014b.

RASQUIN-WEBER, A. et al. Childhood functional gastrointestinal disorders. **Gut**, v. 45, Suppl-2, p. II60-II68, Sep 1999.

REPPOLD, C. T. et al.. Prevenção de problemas de comportamento e desenvolvimento de competências psicossociais em crianças e adolescentes: uma análise das práticas educativas e dos estilos parentais. In: HUTZ, C. S. **Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência: aspectos teóricos e estratégias de intervenção**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p. 7-51.

RICCO, R. G.; DEL CIAMPO, L.A; ALMEIDA, C.A. **Alimentação da criança**. In: RICCO, R. G.; DEL CIAMPO, L.A; ALMEIDA, C.A. **Puericultura: princípios e práticas: atenção integral à saúde da criança**. São Paulo: Editora Atheneu, 2000. p. 11-21.

RODRIGUES, O. M. P. R.; NOGUEIRA, S. C. Práticas educativas e indicadores de ansiedade, depressão e estresse maternos. **Psic: Teor e Pesq**, v. 32, n. 1, p. 35-44. 2016. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/0102-37722016012293035044>>. Acesso em: 10 Jan. 2017.

RUTTER, M. Resilience in the face of adversity. **Br J Psychiatry**, v. 147, p. 598-611, 1985.

RYBAK, A. et al. Gastro-Esophageal Reflux in Children. **Int J Mol Sci**, v. 18, n. 8, pii: E1671, Aug 2017.

SFELINIOTI, S.; LIVADITIS, M. Association of maternal depression with children's attention deficit hyperactivity disorder. **Psychiatriki**, v. 28, n. 3, p. 251-258, 2017.

SHERMAN, P. M. et al. A global, evidence-based consensus on the definition of gastroesophageal reflux disease in the pediatric population. **Am J Gastroenterol**, v. 104, n. 5, p. 1278-1295, 2009.

SCHOEN, T.H. Behavioral problems in children and adolescents with nocturnal enuresis. **Psicol Argum**, v. 34, n. 84, p. 15-28, 2016.

- SIGOLO, S. R. R. L.; BIASOLI-ALVES, Z. M. M. Análise de dados de interação mãe-criança: construção de sistemas de categorias. **Psic: Teor e Pesq**, vol. 9, n. 1, 173-191, 1998.
- SILVARES, E. F. M. de; SOUZA, C. L. Discórdia conjugal: distúrbios psicológicos infantis e avaliação diagnóstica comportamental-cognitiva. **Psic: Teor e Prat**, v. 10, n. 1, p. 200-213, – 2008.
- SIMÕES, S. et al. Práticas educativas parentais e qualidade dos comportamentos de vinculação das crianças em idade escolar. In: II Congresso de Investigação em Enfermagem Ibero-Americano e de Países de Língua Oficial Portuguesa. 2009, Coimbra. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2009. p. 89-473.
- SINGENDONK, M. M. J. et al. Pediatric gastroesophageal reflux disease: systematic review on Prognosis and Prognostic Factors **J Pediatr Gastroenterol Nutr**, v. 66, n. 2, p. 239-243, 2018.
- SINGENDONK, M. M. J. et al. Variations in definitions and outcome measures gastroesophageal reflux disease: a systematic review. **Pediatrics**, v. 27. pii: e20164166, 2017.
- SLATER, B. J.; ROTHENBERG, S.S. Gastroesophageal reflux. **Semin Pediatr Surg**. v. 26, n. 2, p. 56-60, 2017.
- SOUZA, A. B. L. et al. Novos arranjos familiares e os desafios ao direito de família: uma leitura a partir do Tribunal de Justiça do Amazonas. PRACS: **Rev Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP**, n. 5, p. 105-119, Dez 2012.
- TOLIA, V.; WUERTH, A.; THOMAS, R. Gastroesophageal reflux disease. Review of presenting symptoms, evaluation, management, and outcome in infants. **Dig Dis Sci**, v. 48, n. 9, p. 1723-1729, 2003.
- URREGO, A. M. J.; BENÍTEZ, C. A. V. Caracterización psicológica de las familias de niños con enfermedad por reflujo gastroesofágico. **Revista Gastrohnp**, v. 13, n. 1, p. 4-9, 2011.
- VAKIL, N. et al. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. **Am J Gastroenterol**, v. 101, n. 8, p.1900-1920, 2006.
- VAN OERS, H. A. L. et al. Anxiety and Depression in Mothers and Fathers of a Chronically Ill Child. **Matern Child Health J**, v. 18, n. 8, p. 1993-2002, 2014.
- VANDENPLAS, Y. Dysphagia in infants and children. **Acta Otorhinolaryngol Belg**, v. 48, p. 201-206, 1994.
- VANDENPLAS, Y. et al. Pediatric gastroesophageal reflux clinical practice guidelines: joint recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (NASPGHAN) and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN). **J Pediatr Gastroenterol Nutr**, v. 49, n. 4, p. 498-547, 2009.

VANDENPLAS, Y.; HASSALL, E. Mechanisms of gastroesophageal reflux and gastroesophageal reflux disease. **J Pediatric Gastroenterol Nutri**, v. 35, n. 2, p. 119-136, 2002.

VANDENPLAS, Y.; HAUSER, B. An updated review on gastro-esophageal reflux in pediatrics. **Expert Rev Gastroenterol Hepatol**, v. 9, n. 12, p. 1511-1521, 2015.

VANDENPLAS, Y (org). **Gastroesophageal Reflux In Children**. Cham, Springer International Publishing, 2017.

VERNON, D. T. A. et al. Changes in children's behavior after hospitalization: some dimensions of response and their correlates. **Amer J Dis Child**, v. 111, p. 581-593, 1966.

WALL, T. L. et al. Parental history of alcoholism and problem behaviors in Native-American children and adolescents. **Alcohol Clin Exp Res**, v. 24, n. 1, p. 30-34, 2000.

WEBER, L. **Eduque com carinho para pais e filhos**. Curitiba: Juruá, Ed.2, vol 1, 2007.

WEBER, L. N. et al. Identificação de estilos parentais: o ponto de vista dos pais e dos filhos. **Psicol. Reflex Crit** [online], v. 17, n. 3, p. 323-331, 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722004000300005>>. Acesso em: 15 Nov. 2016.

WEBER, L. **Programa de qualidade na interação familiar: manual para aplicadores**. Curitiba: Juruá, 2005.

YAMAMOTO, R.; KEOGH, B. Children's experiences of living with a parent with mental illness: A systematic review of qualitative studies using thematic analysis. **J Psychiatr Ment Health Nurs**, 2017. [Epub ahead of print]

ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The hospital anxiety and depression scale. **Acta Psychiatr Scand**, v. 67, n. 6, p. 361-370, 1983.

APÊNDICES

Apêndice 1. Categorização da entrevista

Temática A: Percepção do familiar/cuidador sobre a classificação dos comportamentos da criança e de si mesmo.

Esta temática representa as verbalizações dos familiares/cuidadores, quando perguntado a eles sobre o grau que identifica comportamentos específicos das crianças e de si mesmo.

Q.1: Qual é o nível que cada característica que descreve melhor o seu filho? (Percepção do familiar/cuidador sobre o comportamento da criança) – Planilha

Categoria: Nada (0), Pouco (1), Médio (2), Muito (3).

Q.2: Qual é o nível que cada característica que melhor te descreve? (Percepção do familiar/cuidador sobre o próprio comportamento) – Planilha

Categoria: Nada (0), Pouco (1), Médio (2), Muito (3).

Temática B: Percepção do familiar/cuidador sobre cuidados de saúde da criança relacionados à rotina de sono

Esta temática representa as verbalizações dos familiares/cuidadores, quando perguntado a eles sobre a rotina de sono do seu filho.

Q.3: Com quem e onde seu(a) filho(a) dorme?

Nº	Categoria	Exemplos de respostas
1	Acompanhada no quarto do cuidador	<i>Na cama dele, mas no nosso quarto (pais). Comigo (avó materna), na minha cama. Comigo e o pai dele na cama.</i>
2	Acompanhada em outro quarto	<i>Na cama dele, no quarto com os irmãos. Na cama dele, no quarto da irmã. No quarto com o irmão, cada um na sua cama.</i>
3	Sozinha	<i>Na cama dele, e no quarto, sozinho. No quarto dela sozinho. Dorme no quarto dele, sozinho.</i>
4	Outros	<i>Comigo, na minha cama a maioria das vezes, mas quando meu namorado vem, ele dorme no quarto com a irmã, na cama dele. Normalmente no quarto da mãe, na cama dele, e quando está na minha casa dorme comigo, grudado (avó materna). Às vezes, na cama dele, às vezes no meu quarto. (mãe).</i>

Q.4: Em que horário seu(a) filho(a) dorme?

Nº	Categoria	Exemplos de respostas
1	19h as 22h	<i>Entre 20:30 e 21:00 horas. Às 20:30 horas. Às 22:00 horas</i>
2	22:01h ou +	<i>Entre 22:00 e 22:30 horas. Meia-noite e meia. 23horas.</i>
3	Não tem horário fixo/regular	<i>Ah, é desregulada, cada dia um horário. Não tem hora fixa.</i>

Temática C: Percepção do familiar/cuidador sobre cuidados de saúde da criança relacionados à alimentação

Esta temática representa as verbalizações dos familiares/cuidadores, quando perguntado a eles se consideram alimentação do filho saudável ou não. Bem como, o porquê de considerar a alimentação do filho assim, ou dizer como ela é.

Q.5: Você acha que seu (a) filho (a) tem uma alimentação saudável?

Nº	Categoria	Exemplos de respostas
1	Percepção do familiar/cuidador POSITIVA	<i>Sim. Sim, agora.</i>
2	Percepção do familiar/cuidador NEGATIVA	<i>Não. Não tem.</i>
3	Outros	<i>Mais ou menos.</i>

Q.5A: Como ela é / Por quê?

Nº	Categoria	Exemplo de respostas
1	Familiar/cuidador julga que a criança TEM hábitos alimentares saudáveis.	<i>Come leite, arroz, feijão, salada, fruta (em casa). Almoça sempre na escola. Faz todas as refeições com qualidade. Come bem e não come muita porcaria.</i>
2	Familiar/cuidador julga que a criança NÃO TEM hábitos alimentares saudáveis.	<i>Gosta muito de besteira, come muito, apesar de comer leite, frutas e danone. Come besteira com muita frequência. Não come o suficiente e não quer comer variedades e coisas com boa qualidade.</i>
3	Outros (por exemplo, quando a mãe não especifica como nem o que a criança come).	<i>Ele come de tudo. Sempre come o básico. Come de tudo um pouco.</i>

Q.5B: Quantas vezes como besteira por semana?

Nº	Categoria	Exemplos de respostas
1	Nenhuma	
2	De 1 a 3 vezes	<i>Só final de semana. Come besteira duas vezes por semana na casa da avó. Três vezes na semana.</i>
3	Mais de 3 vezes	<i>Todo dia come bolacha recheada na avó. Todo dia. Gosta de pipoca, refrigerante, steak e salsicha. Quatro vezes na semana.</i>
4	Outros	<i>De vez em quando. Uma vez no mês.</i>

Temática D: Percepção do familiar/cuidador sobre o grau de preocupação com os cuidados da criança.

Esta temática representa as verbalizações dos familiares/cuidadores, quando perguntado a eles sobre qual é o grau que identificam se preocupar com o cuidado do filho.

Q.6: Qual é o grau de preocupação que você tem com seu (a) filho (a)?

Categoria: Nada (0), Pouco (1), Médio (2), Muito (3).

Temática E: Percepção do familiar/cuidador sobre o grau de independência da criança para realizar atividades de rotina diária como ir ao banheiro, trocar de roupa, escovar os dentes, alimentar-se, tomar banho, etc.

Esta temática representa as verbalizações dos familiares/cuidadores, quando perguntado a eles sobre quais atividades de rotina diária os filhos precisam de ajuda para realizar e quais conseguem desempenhar sozinhos.

Q.7: O seu filho precisa de ajuda para fazer alguma atividade de rotina? Qual?

Nº	Categoria	Exemplo de respostas
1	Não precisa de ajuda	<i>Nenhuma. Nada. Não.</i>
2	Só precisa de supervisão	<i>Não. Precisa apenas que eu supervisione. Nada. Preciso apenas ficar de olho. Precisa, somente, de supervisão.</i>
3	Precisa de ajuda parcial	<i>Apenas para tomar banho. Apenas para limpar no banheiro. Para escovar os dentes e trocar de roupa apenas.</i>
4	Precisa de ajuda total	<i>Tudo. Todas as atividades. Em tudo. Não faz nada sozinho.</i>

Q.8: Quais atividades seu filho consegue fazer sozinho/sem sua ajuda?

3	Categoria	Exemplo de respostas
1	Nenhuma	<i>Nada. Nenhuma.</i>
2	Parcial	<i>O restante. Escovar os dentes, comer e ir ao banheiro. Comer, escovar os dentes e se trocar.</i>
3	Todas	<i>Tudo. Todas. Faz tudo sozinho, mas tem que ficar falando.</i>
4	Outros	<i>Eu as vezes que dou comida na boca, mas ele come sozinho. Às vezes escovar os dentes. Às vezes trocar de roupa.</i>

Temática F: Percepção do familiar/cuidador sobre saúde e adoecimento infantil.

Esta temática representa as verbalizações dos familiares/cuidadores, quando perguntado a eles sobre como consideram a saúde do filho e a sua percepção de questões relacionadas ao adoecimento infantil, como nome da doença, sintomatologia e tratamento.

Q.9: Como diria que é a saúde de seu (a) filho (a)?

Categoria: Ruim (1), Regular (2), Boa (3), Ótima (4).

Q.9A: Porque considera assim?

Nº	Categoria	Exemplo de respostas
1	Adoece ou tem sintomas com muita frequência	<i>Dor de cabeça, dor de barriga, fraqueza, falta de ar (quase toda semana). Vive doente. Desde os seis meses fica sempre doente.</i>
2	Adoece ou tem sintomas com pouca frequência	<i>Difícilmente fica doente. Difícil ficar doente, pegar gripe. É resistente. Fica doente muito pouco.</i>
3	Tem apenas um problema de saúde ou pouco sintoma	<i>Tirando o refluxo, é boa. Apenas o problema de alimentação por causa do refluxo. Tirando a constipação, não tem mais nada.</i>
4	Nenhum problema de saúde ou sintoma	<i>Tem alimentação saudável, faz atividade física, brinca muito, não tem nada. Não fica doente, dorme bem, brinca e se alimenta. Nunca ficou doente e nem tomou remédio.</i>
5	Outro	<i>Tem tolerância a alguns alimentos. Porque está mais controlado. Não tem nada sério.</i>

Q.10 e Q.11 G1 e G2: Você sabe o nome do problema de saúde que seu filho tem? Explique, com suas palavras, o que é a doença que ele tem. (Descrito nominalmente)

Nº	Categoria	Exemplo de respostas
1	Sem informações	<i>Não sei.</i>
2	Não sabe nome, mas sabe alguma informação	<i>Não sei. Dificuldade para ir ao banheiro fazer cocô. Não. É um problema no estômago que causa dor e vômito Esqueci. Dificuldade de fazer cocô, fica ressecado.</i>
3	Sabe nome, mas sabe nenhuma informação	<i>Refluxo, não entendo muito.</i>
4	Sabe nome e sabe alguma informação	<i>Constipação. Problema no intestino, com dificuldade de evacuar. Refluxo. Quando volta a comida, queima, e sente muita dor. Doença do refluxo gástrico. Alimento volta, o esfíncter não é bom e não fecha</i>
5	Outros	<i>Refluxo. O estômago é aberto.</i>

Q.10 G3: Se seu filho tivesse alguma doença crônica o que você acharia importante saber sobre o problema de saúde?

Todos os sujeitos validaram a importância de ter conhecimento de todos os aspectos do adoecer.

Q.11 G3: Acharia importante a criança fazer tratamento de saúde para a doença?

Todos os sujeitos validaram a importância de realizar um tratamento eficaz.

Q.12 G1 e G2: Desde quando você sabe que ele (a) tem este problema de saúde? (Foram checadas as idades dos pacientes na ficha de identificação e questionário sócio demográfico)

Nº	Categoria	Exemplos de respostas
1	Até dois anos de vida.	<i>Desde os três meses. Desde que nasceu. Desde os seis meses de idade.</i>
2	Após dois anos de vida.	<i>Há dois anos (criança com seis anos). Desde os três anos. Desde os quatro anos.</i>

Q.13 e Q.14 G1 e G2: A criança faz tratamento médico para este problema de saúde? Há quanto tempo? (Foram checadas as idades dos pacientes na ficha de identificação e questionário sócio demográfico)

Nº	Categoria	Exemplos de respostas
1	Não. Primeira consulta.	<i>Hoje é a primeira consulta. Não. É a primeira consulta.</i>
2	Sim. Até um ano de tratamento.	<i>Sim. Há um mês. Sim. Há uns sete meses no máximo. Sim. Há um ano.</i>
3	Sim. Mais de um ano de tratamento.	<i>Sim. Desde o nascimento, há três anos. Sim. Desde os três meses. Sim. Desde bebê.</i>
4	Outros	<i>Sim. Não me lembro.</i>

Q.15 G1 e G2: Como é o tratamento que seu filho precisa fazer?

Nº	Categoria	Exemplos de respostas
1	Focado na alimentação	<i>Regular a alimentação. Mudar a alimentação. Alimentação (arroz, carne, legumes, pão). Tem que tirar leite e danone, e diminuir as besteiras.</i>
2	Focado na medicação	<i>Não sei bem, mas precisa tomar remédio. O tratamento é com remédios. Apenas os remédios.</i>
3	Alimentação/medicação/cuidados complementares	<i>Alimentação com boa adesão, medicação e óleo mineral. Medicação e melhorar alimentação. Tomar medicação e ter cuidados na alimentação e na posição para dormir.</i>
4	Outros	<i>Só acompanhamento médico. Não faz nada ainda. Não faz tratamento ainda.</i>

Q.16 para G1 e G2 / Q.12 para G3: Quando seu filho vai ao médico, o quanto você segue as orientações médicas com o seu filho?

Categoria: Nunca (1), Quase Nunca (2), Às vezes (3), Quase Sempre (4), Sempre (5).

Q.17 G1 e G2: Porque você acha que seu (a) filho (a) tem este problema de saúde?

Q.13 G3: Porque motivos você acha que uma criança pode adoecer?

Nº	Categoria	Exemplos de respostas
1	Insuficiência de cuidados de saúde da criança	<i>Falta de cuidado. Descuidos e muitos outros fatores. Maus cuidados.</i>
2	Problemas na dinâmica familiar	<i>O jeito de cuidar, problema familiar. Problemas em casa. Às vezes alimentação, e o relacionamento familiar ruim.</i>
3	Características emocionais infantis	<i>Por causa do emocional, da ansiedade. Por nervoso. Por causa da ansiedade e do estresse.</i>
4	Fatores biológicos	<i>Por causa do próprio organismo. Não sei... Por causa da crise pra respirar que tem. Porque tem histórico familiar.</i>
5	Fatores relacionados a gestação ou parto	<i>Por causa do susto que eu tomei na gestação uma vez. Porque eu não tomava leite na gestação. Porque no nascimento ele chorou e engasgou.</i>
6	Outros	<i>Não sei. Por causa do clima.</i>

Q.18 e Q.18A G1e G2: Você percebeu alguma mudança no (a) seu (a) filho (a) após a descoberta do problema de saúde? Qual mudança você percebeu?

Q.14 e Q.14A G3: Você acha que seu filho mudaria de comportamento se ele tivesse uma doença crônica? O que você acha que mudaria no comportamento dele?

Nº	Categoria	Exemplos de respostas
1	.Não. Nenhuma mudança	<i>Não. Nenhuma. Não mudou nada.</i>
2	Sim. Criança ficou/ficaria mais agitada, ansiosa, estressada ou irritada	<i>Sim. Ficaria num estresse total. Sim. Ficou mais irritado. Sim. Ficou mais agitado e ansioso.</i>
3	Sim. Criança ficou/ficaria mais quieta, triste, insegura, com medo ou vergonha	<i>Sim. Ficaria triste, amado. Sim. Ficou mais retraído e inseguro. Sim. Ficaria mais triste e quieto.</i>
4	Outros	<i>Sim. Mas, depende da doença. Sim. Ficaria mimada.</i>

Q.19 e Q.19A para G1 e G2 / Q.15 e Q.15A para G3: Você muda a exigência de regras e limites com seu filho... (quando ele piora da doença? – G1 E G2) (quando ele fica doente? – G3) O quê você muda?

Nº	Categoria	Exemplos de respostas
1	Não.	<i>Não.</i> <i>Não mudo nada.</i> <i>Não, nada.</i>
2	Sim, fica mais flexível, condescendente, permissiva, diminui nível de regras e limites.	<i>Sim. A gente diminui um pouco a exigência, ajudo ele a ficar calmo e se controlar quando fica muito agitado.</i> <i>Sim. Fico mais liberal e mimo mais.</i> <i>Sim. Fico mais boazinha, deixo dormir na minha cama.</i>
3	Sim, fica mais exigente e protetora, aumenta o nível de regras e limites.	<i>Sim. Fico mais rigorosa.</i> <i>Sim. Fico mais rígida, com mais regras de cuidados.</i> <i>Sim. Coloco mais limite para ficar de repouso.</i>
4	Outros (por exemplo, quando a resposta não encaixa especificamente em uma única categoria, como: ficar exigente com algumas coisas e ao mesmo tempo flexível com outras).	<i>Sim. Fico mais exigente com a alimentação e mais tranquila com as regras.</i> <i>Sim. Fico mais atenciosa, mas as regras e braveza eu mantenho.</i> <i>Sim. Aumento os cuidados.</i>

Temática G: Percepção do familiar/cuidador sobre o papel de cuidador

Esta temática representa as verbalizações dos familiares/cuidadores, quando perguntado a eles sobre sentimentos e situações relacionadas ao papel exercido de parentalidade/cuidado na relação com a criança.

Q.20 para G1 e G2 / Q.16 para G3: Que sentimento (s) você tem (por seu filho estar doente? – G1 e G2) (quando seu filho está doente? – G3)

Nº	Categoria
1	Medo/Ansiedade/Angústia
2	Tristeza
3	Culpa/Impotência/Preocupação
4	Outros (Por exemplo, sentimentos que não estão descritos nas categorias anteriores, como: dó, desânimo, aflição, desespero, nada).

Q.21 para G1 e G2 / Q.17 para G3: O que você acha de ser pai/mãe/outro?

Nº	Categoria	Exemplos de respostas
1	Percepção POSITIVA sobre exercer o papel de cuidador.	<i>A melhor coisa do mundo.</i> <i>Muito bom, é um privilégio.</i> <i>Muda muito a vida, traz animação.</i>
2	Percepção MISTA (aspectos positivos e negativos) sobre exercer o papel de cuidador.	<i>É bom, mas é muita responsabilidade.</i> <i>Bom, mas dá muito trabalho.</i> <i>Um fardo enorme por causa da preocupação, mas tem hora que compensa.</i>
3	Percepção NEGATIVA sobre exercer o papel de cuidador.	<i>Não queria ter filho, tive dois. Queria uma menina. É um saco.</i> <i>Tarefa difícil, cansativa.</i> <i>Difícil demais.</i>
4	Outros.	<i>A responsabilidade aumenta.</i>

Q.22 para G1 e G2 / Q.18 para G3: Ser pai/mãe/outro te impede de fazer algo que gostaria de fazer para você?

Nº	Categoria	Exemplos de respostas
1	Não há limitações.	<i>Não.</i> <i>Nada.</i>
2	Há limitações.	<i>Sim. Sair.</i> <i>Sim. Deixo de comprar coisas para mim para comprar para eles.</i> <i>Sim. Minhas atividades ficam um pouco mais restritas.</i>

Q.23 para G1 e G2 / Q.19 para G3: Quanto tempo, do seu dia, você gasta com seu filho?

Categoria: Nada (0), Pouco (1), Médio (2), Muito (3).

Q.24 para G1 e G2 / Q.20 para G3: Isto é um problema para você?

Nº	Categoria	Exemplos de respostas
1	Satisfeito (Não é um problema)	<i>Não. De forma alguma.</i> <i>De jeito nenhum.</i> <i>Não.</i>
2	Insatisfeito (É um problema)	<i>Sim, gostaria de ficar mais.</i> <i>Sim, queria cuidar mais dela.</i> <i>Sim, é um peso.</i>

Q.25 e Q.25A para G1 e G2 / Q.21 e Q.21A para G3: Você educa seu filho da mesma forma que foi educado pelos seus pais? Por quê?

Nº	Categoria	Exemplos de respostas
1	Percepção negativa	<i>Não. Eles me davam muito presente. Não. Eles não conversavam muito. Eu dou mais orientações. Não. A educação era mais rigorosa, eu cresci apanhando muito.</i>
2	Percepção positiva	<i>Sim. Porque foi importante para mim a forma que meus pais me educaram. Sim. Acho certo o jeito que eu aprendi. Sim. Sigo o mesmo modelo porque foi uma boa educação.</i>
3	Sem julgamento	<i>Sim. Faço da mesma forma. Sim. Sigo o mesmo estilo. Sim. Sigo as mesmas regras e rigidez.</i>
5	Outros	<i>Não. Tudo diferente. Sim. Sou muito companheira dele.</i>

Q.26 para G1 e G2 / Q.22 para G3: Você acha suficiente/que está bom o que faz de cuidado de saúde para o seu filho?

Categoria: Sim, Não.

Q.27 para G1 e G2 / Q.23 para G3: Você considera a sua renda familiar suficiente para fazer o tratamento médico do problema de saúde do (a) seu (a) filho (a)? (remédios não encontrados no SUS, locomoção, faltas no emprego, etc.)

Categoria: Sim, Não, Outros (*Depende*).

Q.28 para G1 e G2 / Q.24 para G3: O que mais te preocupa no comportamento seu filho?

Nº	Categoria	Exemplos de respostas
1	Características emocionais	<i>Ansiedade. Nervosismo. Timidez e irritação.</i>
2	Comportamento inadequado	<i>Agressividade em algumas situações. Não seguir orientações do médico e o que eu peço. É mimada. Quer tudo e não sabe o que é não. Isso pode prejudicar no futuro.</i>
3	Nada	<i>Nada.</i>
4	Outros	<i>A constipação. A fala e a constipação. Medo das vozes que ela ouve de vez enquanto.</i>

Q.29 para G1 e G2 / Q.25 para G3: O que mais te preocupa na sua vida?

Nº	Categoria	Exemplos de respostas
1	Problemas ou preocupações relacionadas aos filhos (comportamentos dos filhos, estado emocional, futuro deles, etc)	<i>O futuro dele. A educação deles. A segurança dela.</i>
2	Problemas ou preocupações pessoais/individuais (saúde, medo de morrer, relacionamentos)	<i>Me chateia muito meu casamento. Perder o meu filho. Medo de ficar doente e não conseguir cuidar dela.</i>
3	Problemas ou preocupações financeiras e/ou e trabalho	<i>A situação financeira. O desemprego.</i>
4	Nada.	<i>Não tem algo. Nada.</i>
5	Outros.	<i>Eu não gosto de falta de respeito, sabe. Mas, eu não tenho uma preocupação. Saúde de toda a família.</i>

Temática H: Dúvidas e acréscimo de informações pelo familiar/cuidador

Esta temática representa as verbalizações dos familiares/cuidadores quando questionados sobre a necessidade de esclarecimento de alguma possível dúvida durante a coleta de dados, e se os mesmos gostariam de acrescentar mais informações ou questionar algo?

Q.30 e 31 para G1 e G2 / Q.26 e 27 para G3: Você tem alguma dúvida sobre o que conversamos? Gostaria de saber ou falar mais alguma coisa?

Categoria: Sim, Não.

Apêndice 2. Cálculos do Coeficiente Kappa para múltiplos juízes

Índices do Coeficiente Kappa	
Nível de concordância	Significado
< 0	Não existe Concordância
0 – 0,20	Concordância Mínima
0,21 – 0,40	Concordância Razoável
0,41 – 0,60	Concordância Moderada
0,61 – 0,80	Concordância Substancial
0,81 – 1,0	Concordância Perfeita

Cálculo do Coeficiente Kappa inter-juízes na reavaliação das categorias

Pesquisadora	Juíz1	Juíz2	Juíz3	Juíz4	Juíz5	Juíz6	Juíz7	Juíz8	Juíz9	Juíz10	Juíz11	Juíz12	Juíz13	Média	Sd
Temática B. Questão1	0,867 p=0,000*	0,726 p=0,000*	1,000 p=0,000*	0,867 p=0,000*	0,867 p=0,000*	1,000 p=0,000*	0,726 p=0,000*	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	0,863 p=0,000*	1,000 p=0,000*	0,722 p=0,000*	1,000 p=0,000*	0,8875	,11387
Temática C. Questão2	- -	0,677 p=0,003	- -	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	0,545 p=0,014*	0,545 p=0,014*	- -	0,545 p=0,014*	- -	- -	- -	0,516 p=0,027*	0,6929	,21600
Temática C. Questão3	0,836 p=0,000*	0,577 p=0,002*	- -	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	0,577 p=0,002*	=0,846 p=0,000*	- -	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	- -	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	0,8800	,16474
Temática E. Questão1	1,000 p=0,000*	0,853 p=0,000*	0,722 p=0,000*	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	0,853 p=0,000*	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	0,9554	,09015
Temática E. Questão2	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	0,677 p=0,003*	- -	- -	- -	0,844 p=0,000*	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	- -	1,000 p=0,000*	- -	- -	0,9314	,12589
Temática F. Questão2	0,865 p=0,000*	0,500 p=0,001*	- -	- -	0,367 p=0,019*	0,867 p=0,000*	0,367 p=0,014*	0,6615 =0,000*	- -	- -	- -	- -	0,740 p=0,000	0,6200	,21556
Temática F. Questões3e4	0,737 p=0,000*	- -	- -	0,500 p=0,000*	1,000 p=0,000*	- -	0,722 p=0,000*	1,000 p=0,000*	- -	0,610 p=0,000*	0,620 p=0,000*	0,610 p=0,000*	1,000 p=0,000*	0,7556	,19584
Temática F. Questão5	1,000 p=0,000*	0,620 p=0,000*	- -	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	- -	- -	0,873 p=0,000*	0,875 p=0,000*	- -	- -	- -	1,000 p=0,000*	0,9100	,14083
Temática F. Questão6	1,000 p=0,000*	- -	- -	- -	1,000 p=0,000*	- -	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	1,0000	,00000
Temática F. Questão7	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	- -	- -	1,0000	,00000
Temática F. Questão8	0,855 p=0,000*	1,000 p=0,000*	0,853 p=0,000*	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	- -	0,861 p=0,000*	0,855 p=0,000*	0,861 p=0,000*	0,861 p=0,000*	0,9292	,07403
Temática F. Questão9	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	0,726 p=0,000*	1,000 p=0,000*	0,861 p=0,000*	0,853 p=0,000*	0,722 p=0,000*	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	0,855 p=0,000*	1,000 p=0,000*	0,726 p=0,000	0,9038	,11751
Temática G. Questão1	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	0,600 p=0,001*	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	0,855 p=0,000*	1,000 p=0,000*	0,855 p=0,000*	1,000 p=0,000*	0,9477	,11677
Temática G. Questão2	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	0,841 p=0,000*	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	- -	0,9867	,04619
Temática G. Questão3	1,000 p=0,002*	- -	0,800 p=0,010*	1,000 p=0,002*	1,000 p=0,002*	1,000 p=0,002*	1,000 p=0,002*	1,000 p=0,002*	1,000 p=0,002*	1,000 p=0,002*	1,000 p=0,002*	1,000 p=0,002*	1,000 p=0,002*	0,9833	,05774
Temática G. Questão5	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	0,836 p=0,000*	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	0,836 p=0,000*	0,9754	,06009
Temática G. Questão6	- -	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	- -	- -	- -	0,848 p=0,000*	1,000 p=0,000*	- -	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	- -	0,9786	,05669
Temática G. Questão7	1,000 p=0,000*	0,855 p=0,000*	0,091 p=0,639	0,710 p=0,000*	0,710 p=0,000*	1,000 p=0,000*	1,000 p=0,000*	0,855 p=0,000*	0,545 p=0,001*	0,855 p=0,000*	- -	0,855 p=0,000	0,565 p=0,003*	0,8164	,16219
Temática G. Questão8	1,000 p=0,000*	- -	0,697 p=0,000*	0,848 p=0,000*	0,394 p=0,042*	- -	0,697 p=0,001	- -	- -	0,697 p=0,000*	0,848 p=0,000*	0,607 p=0,000*	- -	0,7362	,17752

ANEXOS

Anexo 1. Instrumentos de Coleta de Dados

Questionário Sóciodemográfico, Ficha de Identificação e Avaliação de Fatores de Risco.

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA E DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS n°sujeito _____	
DATA COLETA: _____	LOCAL: _____ GRUPO: _____ PILOTO () COLETA ()
Nome (criança): _____	Sexo: FEM. () MASC. ()
Registro/Hygia: _____	Procedência: _____
Endereço: _____	Tel.: _____
DN: _____	Idade: _____ Escolaridade: _____ Tipo de Escola: Regular () Especial ()
Nº Irmãos: _Irmão(s) possui(em) histórico de adoecimento (critério inc/exc):SIM () NÃO ()	
Doença/Diagnóstico (s) da criança: _____	
Responsável(s) Legal (s): MÃE () PAI () AVÓS (): _____ OUTROS: _____	
Responsável(s) pelos cuidados: MÃE () PAI () AVÓS (): _____ OUTROS: _____	
Acompanhante no dia da coleta: _____	
Criança mora com: MÃE () PAI () AVÓS (): _____ OUTROS: _____	
Situação conjugal atual dos pais da criança: Casados () Separados () Amasiados () Viúvos ()	
Nome do acompanhante voluntário / responsável pelos cuidados com a criança (cuidador): _____	
Ocupação: _____	
Escolaridade: _____	Idade: _____
Psicopatologia parental: _____	
Uso de álcool/droga por familiar: _____	
Caso de agressão física: _____	
Problemas psicossociais: _____	
Renda familiar: _____	Religião: _____
Responsável considera que possui rede de suporte: () SIM () NÃO	
Condições de Moradia (#cômodos X #pessoas): _____	
A família reside em casa: () casa () apartamento	
A residência é: () própria () alugada () cedida () outros	
Recursos de ambiente social disponíveis: () água () luz elétrica () asfalto () serviço de esgoto () coleta de lixo	

Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (*Hospital Anxiety and Depression Scale – HAD*) (ANEXO 2)

Escala de Depressão e Ansiedade Hospitalar (*Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS*)
SNAITH, R.P.; ZIGMOND, A.S., 1994.

Em cada item diga qual é a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não demore muito para responder: a sua reação imediata diante de cada questão provavelmente é a opção mais correta para você. Escolha apenas uma alternativa para cada pergunta.

A 1) Eu me sinto tenso ou contraído:	A 9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:
3 () A maior parte do tempo	0 () Nunca
2 () Boa parte do tempo	1 () De vez em quando
1 () De vez em quando	2 () Muitas vezes
0 () Nunca	3 () Quase sempre
D 2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:	D 10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:
0 () Sim, do mesmo jeito que antes	3 () Completamente
1 () Não tanto quanto antes	2 () Não estou mais me cuidando como deveria
2 () Só um pouco	1 () Talvez não tanto quanto antes
3 () Já não sinto mais prazer em nada	0 () Me cuido do mesmo jeito que antes
A 3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:	A 11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:
3 () Sim, e de um jeito muito forte	3 () Sim, demais
2 () Sim, mas não tão forte	2 () Bastante
1 () Um pouco, mas isso não me preocupa	1 () Um pouco
0 () Não sinto nada disso	0 () Não me sinto assim
D 4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:	D 12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:
0 () Do mesmo jeito que antes	0 () Do mesmo jeito que antes
1 () Atualmente um pouco menos	1 () Um pouco menos do que antes
2 () Atualmente bem menos	2 () Bem menos do que antes
3 () Não consigo mais	3 () Quase nunca
A 5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:	A 13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:
3 () A maior parte do tempo	3 () A quase todo momento
2 () Boa parte do tempo	2 () Várias vezes
1 () De vez em quando	1 () De vez em quando
0 () Raramente	0 () Não sinto isso
D 6) Eu me sinto alegre:	D 14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio algo:
3 () Nunca	0 () Quase sempre
2 () Poucas vezes	1 () Várias vezes
1 () Muitas vezes	2 () Poucas vezes
0 () A maior parte do tempo	3 () Quase nunca
A 7) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:	
0 () Sim, quase sempre	Total A=

1 () Muitas vezes	Total B=
2 () Poucas vezes	
3 () Nunca	
D 8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:	
3 () Quase sempre	0 – 7 = Normal
2 () Muitas vezes	8 – 10 = Discreto
1 () De vez em quando	11 – 14 = Moderado
0 () Nunca	15 – 21 = Severo

Escala de Qualidade de Interação Familiar (EQIF - versão para pais)

1	NUNCA
2	QUASE NUNCA
3	ÀS VEZES
4	QUASE SEMPRE
5	SEMPRE

1	Eu costumo dizer o quanto meu(minha) filho(a) é importante para mim.	
2	Meu(minha) filho(a) pode contar com o meu apoio quando ele(a) tem algum problema.	
3	Eu costumo ver se meu(minha) filho(a) já fez suas obrigações.	
4	Eu mostro alegria quando meu(minha) filho(a) faz alguma coisa legal.	
5	Eu brigo com meu(minha) filho(a) por qualquer coisa.	
6	Eu dou importância às opiniões do(a) meu(minha) filho(a).	
7	Eu costumo xingar meu(minha) esposo(a).	
8	Meu(minha) filho(a) costuma me contar as coisas boas que acontece com ele (a).	
9	Eu costumo falar alto ou gritar com meu(minha) filho(a).	
10	Eu faço carinho em meu(minha) esposo(a).	
11	O que eu ensino de bom para meu(minha) filho(a), eu também faço.	
12	Meu(minha) filho(a) pensa que eu sou o melhor pai ou a melhor mãe que ele(a) conhece.	
13	Eu fico feliz quando estou com meu(minha) filho(a).	
14	Eu ajudo meu(minha) filho(a) nos estudos quando ele(a) precisa.	
15	Eu digo para meu(minha) filho(a) o que é certo e o que é errado.	
16	Eu elogio meu(minha) filho(a) quando ele(a) cumpre com as suas obrigações.	
17	Eu costumo descontar no(a) meu(minha) filho(a) quando estou com problemas.	
18	Eu falo mal do meu esposo (a).	
19	Meu(minha) filho(a) costuma me contar as coisas ruins que acontecem com ele(a).	
20	Eu costumo xingar ou falar palavrões para meu(minha) filho(a).	
21	Eu faço elogios para meu(minha) esposo (a).	
22	Eu também cumpro com as obrigações que ensino para meu(minha) filho(a).	
23	Meu(minha) filho(a) se sente amado por mim.	
24	Eu procuro saber o que acontece com meu(minha) filho(a) quando ele(a) está triste.	
25	Eu sei onde está meu(minha) filho(a) quando ele(a) não está em casa.	
26	Quando meu(minha) filho(a) me ajuda, eu agradeço para ele(a).	
27	Quando meu(minha) filho(a) faz alguma coisa errada, eu costumo bater nele(a).	
28	Eu ouço meu(minha) filho(a) e respondo quando ele(a) me pergunta alguma coisa.	
29	Eu costumo estar brava(o) com meu(minha) esposo(a).	
30	Meu(minha) filho(a) costuma me falar sobre seus sentimentos.	
31	Eu costumo abraçar meu(minha) esposo(a).	
32	Eu faço coisas que meu(minha) filho(a) acha legais.	
33	Penso que sou um bom exemplo para meu(minha) filho(a).	

34	Eu procuro mostrar que me preocupo com meu(minha) filho(a).	
35	Eu demonstro orgulho de meu(minha) filho(a).	
36	Eu sei o que meu(minha) filho(a) faz com o seu tempo livre.	
37	Meu(minha) filho(a) costuma ouvir as brigas entre mim e meu(minha) esposo(a).	
38	Eu costumo fazer carinho no(a) meu(minha) filho(a) quando ele(a) se comporta bem.	
39	Eu costumo bater no(a) meu(minha) filho(a) sem ele(a) ter feito nada de errado.	
40	Eu costumo criticar meu(minha) filho(a) de forma negativa.	
41	Eu falo bem do meu(minha) esposo(a).	
42	O(A) meu(minha) filho(a) sente orgulho de mim.	
43	Eu costumo dar beijos, abraços e fazer outros carinhos no(a) meu(minha) filho(a).	
44	Eu costumo perguntar para meu(minha) filho(a) o que ele(a) está sentindo.	
45	Eu costumo dar conselhos para meu(minha) filho(a).	
46	Eu costumo bater no(a) meu(minha) filho(a) por coisas sem importância.	
47	Eu converso com meu(minha) filho(a) quando ele(a) faz alguma coisa errada, explicando por que ele(a) não deveria ter feito daquele jeito.	
48	Eu tenho um bom relacionamento com meu(minha) esposo(a).	
49	Eu peço para meu(minha) filho(a) me dizer para onde está indo.	
50	Qual a nota que você dá para si mesmo como pai ou mãe (1 a 5)?	
51	Qual a nota que você dá para seu(sua) filho(a) (1 a 5)?	

Inventário de Estilos Parentais

INVENTÁRIO DE ESTILOS PARENTAIS – (WEBER, L. 2007). (1=NUNCA, 2=AS VEZES, 3=SEMPRE)	
Autoritário 1	Você controla e mantém as regras estabelecidas não importando o que aconteça, pois filho tem que obedecer.
Permissivo 1	Você apresenta poucas regras e / poucas expectativas para seu filho.
Negligente 1	Você passa pouco tempo com o seu filho.
Participativo 1	Você considera as opiniões e os desejos do seu filho da mesma maneira que considera os seus desejos e opiniões.
Autoritário 2	Para você, disciplina significa castigo.
Permissivo 2	Às vezes, você chama atenção e exige disciplina do seu filho, e outras vezes não.
Negligente 2	Você não acha que deve recompensar seu filho por tirar notas boas, / pois é obrigação dele.
Participativo 2	Você consegue apontar o comportamento errado do seu filho com firmeza e sem punição física ou verbal.
Autoritário 3	Você sempre toma a maioria das decisões pelo seu filho, pois são os pais que devem decidir as coisas.
Permissivo 3	Se você fica aborrecido com algo que seu filho fez, não o deixa saber disso, guarda para você.
Negligente 3	Você não ajuda seu filho nos trabalhos escolares, pois ele deve ter responsabilidade dentro de si.
Participativo 3	Você procura elogiar e recompensar o seu filho quando ele se comporta da maneira certa.
Autoritário 4	Você mostra sua raiva ao seu filho com muita frequência quando ele se comporta de modo errado.
Permissivo 4	Você se sente muito sobrecarregado com seu filho.
Negligente 4	Você conhece muito pouco sobre os amigos do seu filho.
Participativo 4	Você valoriza o desempenho escolar do seu filho e o apóia nas suas tarefas e provas.
Autoritário 5	Acha que umas palmadas são sempre necessárias e não fazem mal; você também recebeu.
Permissivo 5	Você geralmente não aguenta os pedidos, os choros e as discussões com seu filho e acaba fazendo o que ele quer.
Negligente 5	Você abraça e beija pouco o seu filho.
Participativo 5	Você sempre consegue comunicar as regras e os limites com clareza e de maneira objetiva.
Autoritário 6	Muitas vezes, o seu filho não sabe o que você realmente quer que ele faça e precisa ficar repetindo.
Permissivo 6	Você acredita que seu filho pode/deve expressar todos os seus impulsos para se desenvolver.
Negligente 6	Você tem pouco tempo para estabelecer regras para seu filho, / pois acha que ele é que deve ser responsável.
Participativo 6	Você frequentemente está junto com o seu filho e se diverte com ele.

Escala de Comportamento Infantil (ECI-A2 de Rutter - versão para pais)

COMO PREENCHER O QUESTIONÁRIO

O questionário pergunta sobre vários tipos de comportamento que a maioria das crianças apresentam em algumas ocasiões. Por favor, dê as respostas conforme seu filho tem sido durante os ÚLTIMOS 12 MESES.

PROBLEMAS DE SAÚDE

Abaixo está uma lista de pequenos problemas de saúde que a maioria das crianças têm em algumas ocasiões. Por favor, diga-nos com que frequência cada um desses problemas ocorre com seu filho, fazendo uma cruz no círculo correto.

Apenas para
uso do
docente

	Nunca	Ocasionalmente, mas não chega a ocorrer uma vez por semana	Pelo menos uma vez por semana	
A. Tem queixas de dores de cabeça	☐	☐	☐	☐
B. Tem dor de estômago ou vômito	☐	☐	☐	☐
C. Asma ou crises respiratórias	☐	☐	☐	☐
D. Faz xixi na cama ou nas calças	☐	☐	☐	☐
E. Faz cocô na roupa	☐	☐	☐	☐
F. Fica mal humorado e nervoso (isto é, fica irritado, grita e perde completamente o humor)	☐	☐	☐	☐
G. Tem dado trabalho ao chegar na escola ou se recusado a entrar na escola.	☐	☐	☐	☐
H. "Mata" ou "enforca" aula	☐	☐	☐	☐

HÁBITOS. Por favor, coloque uma cruz no círculo da resposta correta.

Apenas para
uso do docente

I.	Ele (ela) gagueja?	☐ Não	☐ Sim-moderadamente	☐ Sim-severamente	☐
II.	Há alguma outra dificuldade com a fala, além da gagueira?	☐ Não	☐ Sim-moderada	☐ Sim-severa	☐
	Se "sim", por favor descreva a dificuldade:				
III.	Ele (ela) costuma roubar ou enfiar pegar coisas dos outros às escondidas?	☐ Não	☐ Sim-ocasionalmente	☐ Sim-freqüentemente	☐
	Se "sim" ..(ocasionalmente ou freqüentemente) , O que ele costuma pegar?				
	☐ Coisas pequenas como canetas, doces brinquedos, pequenas quantidades de dinheiro, etc.				
	☐ Coisas grandes.				
	☐ Tanto coisas pequenas como as grandes.				
	ele pega as coisas:				
	☐ Na sua própria casa.				
	☐ Em outros lugares				
	☐ Tanto em casa como em outros lugares				
	ele costuma pegar estas coisas:				
	☐ Sozinho, sem ajuda de ninguém				
	☐ Junto com outras crianças ou adultos				
	☐ Algumas vezes sozinho, algumas vezes com outras pessoas.				
IV.	Há qualquer dificuldade de alimentação?	☐ Não	☐ Sim-moderada	☐ Sim-severa	☐
	Se "sim" como é?				
	☐ "faz onda" e "fica enrolando" para comer				
	☐ não come o suficiente				
	☐ come em excesso				
	☐ Outra, por favor descreva:				
V.	Há qualquer dificuldade com o sono?	☐ Não	☐ Sim-moderada	☐ Sim-severa	☐
	Se "sim", marque quais são:				
	☐ Tem dificuldade para ir dormir				
	☐ Tem dificuldade para pegar no sono				
	☐ Tem dificuldade p/ acordar cedo de manhã				
	☐ Acorda durante a noite				
	☐ Fala dormindo				
	☐ Bate a cabeça enquanto dorme				
	☐ Range os dentes enquanto dorme				
	☐ Anda dormindo				
	☐ Tem pesadelos (sonhos que perturbam)				
	☐ Tem medo da escuridão				
	☐ De madrugada fica muito agitado, assustado, gritando de pavor				
	☐ Outra por favor descreva:				
VI.	A criança tem medo de alguma coisa (de algum Objeto, pessoa ou situação?)	☐ Não	☐ Sim-moderadamente	☐ Sim-severamente	☐
	Se "sim", por favor descreva:				
VII.	A criança apresenta algum movimento repetitivo do corpo ou rosto ou tem tiques? . .	☐ Não	☐ Sim-moderadamente	☐ Sim-severamente	☐
	Se "sim", quais?				
	☐ Piscar os olhos				
	☐ Repuxar a cabeça				
	☐ Repuxar a boca				
	☐ Contercer o nariz				
	☐ Contercer o braço				
	☐ Outro, por favor descreva:				

Por favor coloque uma cruz diante de cada afirmação

AFIRMAÇÃO	Não se aplica	Se aplica um pouco	Se aplica com certeza	
1. Muito agitado, tem dificuldade em permanecer sentado por muito tempo	☐	☐	☐	☐
2. Criança impaciente, irrequieta	☐	☐	☐	☐
3. Muitas vezes destrói suas próprias coisas ou dos outros	☐	☐	☐	☐
4. Briga freqüentemente ou é extremamente briguento com outras crianças	☐	☐	☐	☐
5. Não é uma criança muito querida pelas outras crianças	☐	☐	☐	☐
6. Fica facilmente preocupado, preocupa-se com tudo	☐	☐	☐	☐
7. Tende a ser uma criança fechada - um tanto solitária	☐	☐	☐	☐
8. Irritável. Rapidamente "perde as estribeiras"	☐	☐	☐	☐
9. Freqüentemente a criança parece estar tristonha, infeliz ou angustiada	☐	☐	☐	☐
10. Chupa freqüentemente os dedos	☐	☐	☐	☐
11. Roe freqüentemente as unhas ou os dedos	☐	☐	☐	☐
12. Muitas vezes é desobediente	☐	☐	☐	☐
13. Não consegue permanecer numa atividade qualquer por mais do que alguns minutos (isto é, fica muito pouco tempo ligado em uma atividade)	☐	☐	☐	☐
14. Tende a ter medo ou receio de coisas novas ou situações novas	☐	☐	☐	☐
15. É uma criança difícil, complicada ou muito particular	☐	☐	☐	☐
16. Muitas vezes fala mentira	☐	☐	☐	☐
17. Maltrata outras crianças	☐	☐	☐	☐
18. Fala palavrões, nomes feios	☐	☐	☐	☐
19. É uma criança muito agarrada à mãe e que tenta manter-se sempre perto da mãe	☐	☐	☐	☐
20. Fica acanhada, tímida e se retrai na presença de pessoas pouco conhecidas	☐	☐	☐	☐
21. É uma criança insegura e que tem confiança em si mesma	☐	☐	☐	☐

a. Existem outros problemas ? ☐ Não ☐ Sim
Se "sim", quais?

b. A criança está em atendimento psicológico ou psiquiátrico ? ☐ Não ☐ Sim

c. Os senhores consideram que seu (sua) filho (a) está necessitando de atendimento psicológico ou psiquiátrico ? ☐ Não ☐ Sim

Roteiros de Entrevista

Grupos de crianças adoecidas (G1 e G2)

CRIANÇA

1- Qual é o nível que cada característica que descreve melhor o seu filho?

Agitado: Nada () Pouco () Médio () Muito () Calmo: Nada () Pouco () Médio () Muito ()
 Estressado: Nada () Pouco () Médio () Muito () Tranquilo: Nada () Pouco () Médio () Muito ()
 Ansioso: Nada () Pouco () Médio () Muito () Paciente: Nada () Pouco () Médio () Muito ()
 Triste: Nada () Pouco () Médio () Muito () Alegre: Nada () Pouco () Médio () Muito ()
 Medroso: Nada () Pouco () Médio () Muito () Seguro: Nada () Pouco () Médio () Muito ()

ENTREVISTADO

2- Qual é o nível que cada característica que melhor te descreve?

Agitado: Nada () Pouco () Médio () Muito () Calmo: Nada () Pouco () Médio () Muito ()
 Estressado: Nada () Pouco () Médio () Muito () Tranquilo: Nada () Pouco () Médio () Muito ()
 Ansioso: Nada () Pouco () Médio () Muito () Paciente: Nada () Pouco () Médio () Muito ()
 Triste: Nada () Pouco () Médio () Muito () Alegre: Nada () Pouco () Médio () Muito ()
 Medroso: Nada () Pouco () Médio () Muito () Seguro: Nada () Pouco () Médio () Muito ()

CUIDADOS COM A SAÚDE

3- Com quem e onde seu (a) filho (a) dorme?

4- Em que horário sua filho (a) dorme?

5- Você acha que seu (a) filho (a) tem uma alimentação saudável?

a. Como ela é / Por quê?

b. Com que frequência como besteira? (Semana)

6- Qual é o grau de preocupação que você tem com seu (a) filho (a)?

Nada () Pouco () Médio () Muito ()

7- O seu filho precisa de ajuda para fazer alguma atividade de rotina? Qual? (ex: ir ao banheiro, trocar de roupa, escovar os dentes, se alimentar, estudar, banho, ou outras.)

8- Quais ele consegue fazer bem sozinho/sem a sua ajuda?

9- Como diria que é a saúde de seu (a) filho (a)?

Ruim () Regular () Boa () Ótima

a. Porque considera assim?

ADOCIMENTO

10- Você sabe o nome do problema de saúde que seu filho tem?

11- Explique-me com suas palavras o que é a doença que ele tem.

12- Desde quando você sabe que ele (a) tem este problema de saúde?

13- Faz tratamento médico para este problema de saúde?

14- Há quanto tempo faz o tratamento?

15- Como é o tratamento que seu (a) filho precisar fazer?

16- Quando seu filho vai ao médico, o quanto você segue as orientações médicas com o seu filho?

Nunca () Quase nunca () Às vezes () Quase sempre () Sempre ()

17- Porque você acha que seu (a) filho (a) tem este problema de saúde?

18- Você percebeu alguma mudança no (a) seu (a) filho (a) após a descoberta do problema de saúde?

A- Qual mudança você percebeu?

19- Você muda a exigência de regras e limites com seu filho quando ele piora da doença?

a. O quê você muda?

PERCEPÇÃO DA FUNÇÃO CUIDADOR

20- Que sentimento (s) você tem por seu filho estar doente?

21- O que você acha de ser pai/mãe/outro?

22- Ser pai/mãe/outro te impede de fazer algo que gostaria de fazer para você?

23- Quanto tempo você gasta com seu filho por dia?

Nada () Pouco () Médio () Muito ()

24- Isto é um problema para você?

25- Você educa seu filho da mesma forma que foi educado pelos seus pais?

a. Por quê?

26- Você acha suficiente/que está bom o que faz de cuidado de saúde para o seu filho?

27- A renda familiar é suficiente para fazer o tratamento médico do problema de saúde do (a) seu (a) filho (a)? (remédios não encontrados no SUS, locomoção, faltas no emprego, etc.).

28- O que mais te preocupa no comportamento seu filho?

29- O que mais te preocupa na sua vida?

FINAL

30- Você tem alguma dúvida sobre o que conversamos?

31- Gostaria de saber ou falar mais alguma coisa?

Grupos de crianças híidas (G3)

CRIANÇA

1- Qual é o nível que cada característica que descreve melhor o seu filho?

Agitado: Nada () Pouco () Médio () Muito () Calmo: Nada () Pouco () Médio () Muito ()

Estressado: Nada () Pouco () Médio () Muito () Tranquilo: Nada () Pouco () Médio () Muito ()

Ansioso: Nada () Pouco () Médio () Muito () Paciente: Nada () Pouco () Médio () Muito ()

Triste: Nada () Pouco () Médio () Muito () Alegre: Nada () Pouco () Médio () Muito ()

Medroso: Nada () Pouco () Médio () Muito () Seguro: Nada () Pouco () Médio () Muito ()

ENTREVISTADO

2- Qual é o nível que cada característica que melhor te descreve?

Agitado: Nada () Pouco () Médio () Muito () Calmo: Nada () Pouco () Médio () Muito ()

Estressado: Nada () Pouco () Médio () Muito () Tranquilo: Nada () Pouco () Médio () Muito ()

Ansioso: Nada () Pouco () Médio () Muito () Paciente: Nada () Pouco () Médio () Muito ()

Triste: Nada () Pouco () Médio () Muito () Alegre: Nada () Pouco () Médio () Muito ()

Medroso: Nada () Pouco () Médio () Muito () Seguro: Nada () Pouco () Médio () Muito ()

CUIDADOS COM A SAÚDE

3- Com quem e onde seu (a) filho (a) dorme?

4- Em que horário sua filho (a) dorme?

- 5- Você acha que seu (a) filho (a) tem uma alimentação saudável?
- Como ela é / Por quê?
 - Com que frequência como besteira? (Semana)
- 6- Qual é o grau de preocupação que você tem com seu (a) filho (a)?
- Nada () Pouco () Médio () Muito ()
- 7- O seu filho precisa de ajuda para fazer alguma atividade de rotina? Qual? (ex: ir ao banheiro, trocar de roupa, escovar os dentes, se alimentar, estudar, banho, ou outras.)
- 8- Quais ele consegue fazer bem sozinho/sem a sua ajuda?
- 9- Como diria que é a saúde de seu (a) filho (a)?
- Ruim () Regular () Boa () Ótima
- Porque considera assim?

ADOCIMENTO

Imagine se o filho tivesse um problema de saúde crônico, como você lidaria com as situações abaixo:

- 10- O que você acharia importante saber sobre o problema de saúde crônico?
- 11- Acharia importante a criança fazer tratamento de saúde para a doença?
- 12- Quando seu filho vai ao médico, o quanto você segue as orientações médicas com o seu filho?
- Nunca () Quase nunca () Às vezes () Quase sempre () Sempre ()
- 13- Porque motivos você acha que uma criança pode adoecer?
- 14- Você acha que seu filho mudaria de comportamento se ele tivesse uma doença crônica?
- O que você acha que mudaria no comportamento dele?
- 15- Você muda a exigência de regras e limites com seu filho quando ele está doente?
- O quê você muda?

PERCEPÇÃO DA FUNÇÃO CUIDADOR

- 16- Que sentimento(s) você tem quando seu filho fica doente?
- 17- O que você acha de ser pai/mãe/outro?
- 18- Ser pai/mãe/outro te impede de fazer algo que gostaria de fazer para você?
- 19- Quanto tempo você gasta com seu filho por dia?
- Nada () Pouco () Médio () Muito ()
- 20- Isto é um problema para você?
- 21- Você educa seu filho da mesma forma que foi educado pelos seus pais?
- Por quê?
- 22- Você acha suficiente/que está bom o que faz de cuidado de saúde para o seu filho?
- 23- Você acha que a renda da sua família, por mês, seria suficiente para realizar um tratamento médico se seu filho tivesse alguma doença?
- 24- O que mais te preocupa no comportamento do seu filho?
- 25- O que mais te preocupa na sua vida?

FINAL

26- Você tem alguma dúvida sobre o que conversamos?

27- Gostaria de saber ou falar mais alguma coisa?

Réguas para favorecer a compreensão e evitar confusão na resposta do sujeito

NUNCA FAÇO ISSO	FAÇO ISSO POUCO	FAÇO ISSO ÀS VEZES	FAÇO ISSO MUITO	FAÇO ISSO SEMPRE
1	2	3	4	5

NADA	POUCO	MÉDIO	MUITO
0	1	2	3

RUIM	REGULAR	BOM/BOA	ÓTIMO/ÓTIMA
1	2	3	4

NUNCA	ÀS VEZES	SEMPRE
1	2	3

SIM	NÃO
1	2

Anexo 2. Termos de Consentimento Livre e Esclarecido

Grupo Experimental – G1 / Versão 04 – 08/10/2015

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido PARA RESPONSÁVEIS LEGAIS DA CRIANÇA E OU ADOLESCENTE

Título do Projeto: “Refluxo gastroesofágico pediátrico: associação entre padrões familiares e a evolução da doença”

Pesquisadora responsável: Adriane Jacinto Salustiano

Orientadora: Profa. Dra. Yvone A. M. V. de A. Vicente

Co-orientadora: Profa. Dra. Renata Panico Gorayeb

Instituição/Departamento: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP/ Departamento de Cirurgia e Anatomia

Telefone e e-mail da pesquisadora: (16) 98831-6452 / adrianejacinto@yahoo.com.br

Local da Coleta de Dados: Ambulatórios de responsabilidade da Disciplina de Cirurgia Pediátrica do HCFMRP no nível de saúde terciário (HC) e instituições de saúde de nível primário (núcleo de saúde da família 4 (NsSF4)).

O(a) menor _____, juntamente com seu responsável legal estão sendo convidados(as) como voluntários(as) a participarem da pesquisa: “Refluxo gastroesofágico pediátrico: associação entre padrões familiares e a evolução da doença”, que pretende estudar a influência dos problemas psicológicos como causa no surgimento e desenvolvimento da doença e analisar maneiras de ajudar a família na compreensão e cuidado das crianças com refluxo gastroesofágico. A pesquisa destina-se à elaboração da Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação no Departamento de Cirurgia e Anatomia que será apresentado à FMRP – USP.

O motivo que leva a estudar esse assunto é verificar a importância da estruturação do contexto familiar no desenvolvimento infantil buscando identificar os fatores de influência no adoecimento infantil, visando melhor assistência e cuidado a esta população. Para esta pesquisa serão utilizadas, uma entrevista e escalas psicométricas específicas, onde você responderá o que sabe sobre comportamentos seus e de seu filho, o que poderá nos ajudar a compreender a dinâmica familiar no contexto do adoecimento e discutir os benefícios que podem ser trazidos para a população estudada. Haverá um protocolo de observação infantil, que é de uso restrito ao pesquisador, mas você tem direito à acesso às informações deste instrumentos. O estudo será realizado por meio de análise dos resultados obtidos através dos instrumentos citados a cima, orientando o público entrevistado a se expressar livremente sobre o assunto em questão, relevando as opiniões e comentários, com a presença atuante e consciente do pesquisador no momento da coleta de dados.

Participarão do estudo, três grupos de crianças: Dois grupos chamados “experimental”, sendo o grupo 1 composto por crianças com refluxo gastroesofágico sem nenhuma outra doença associada. O grupo 2 será de crianças sem refluxo gastroesofágico, mas com constipação intestinal funcional. O outro grupo é chamado de “controle” e será de crianças sem qualquer tipo de doença, e estes grupos são necessários no estudo para que as informações dos grupos 2 e 3 sejam comparadas com as informações obtidas no grupo experimental 1, afim de observar as diferenças e obter algumas conclusões frente aos objetivos desta pesquisa já elucidados. Todos os grupos: os grupos experimentais e o grupo controle, passarão pelo mesmo tipo de avaliação. Neste caso, o menor faz parte dos critérios do grupo 1 que possui apenas a doença do refluxo gastroesofágico pediátrico. Como responsável pela criança, você poderá autorizar a participação assinando o termo de consentimento, ou seja, este documento, concordando em participar da pesquisa, caso esse seja seu desejo. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) em qualquer dúvida e estará livre para participar ou não da pesquisa. Como responsável você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação, e a da criança a qualquer momento. A pesquisa apresenta riscos mínimos, visto que a mesma consiste em resposta dos responsáveis/cuidadores a uma entrevista e escalas psicométricas sem realização de

intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos que participam no estudo. Nenhuma abordagem será invasiva à intimidade dos participantes. Os benefícios referem-se às aplicações dos resultados gerados pela pesquisa.

Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar com a criança, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação e a da criança é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade, perda de benefícios ou prejuízo no acompanhamento nestes serviços.

A pesquisadora irá tratar a identidade dos participantes com padrões profissionais de sigilo, portanto nenhuma informação, que identifique o participante, obtida durante a coleta de dados será divulgada. Seu nome e o da criança não serão liberados sem a sua permissão. Vocês não serão identificados em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

A participação neste estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, você tem assegurado o direito à indenização. Todos os gastos da pesquisa são de responsabilidade da pesquisadora. Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada. Seus nomes ou o material que indique sua participação não serão liberados sem a permissão do responsável/participante. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais: sendo que uma será arquivada pela pesquisadora responsável, e a outra será fornecida a você. A pesquisadora tratará a sua identidade com segurança e sigilo, e você não será identificado em nenhuma publicação, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº Versão 02 – 22/09/2014-466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Fica firmado a garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionamentos com a pesquisa sempre que necessário, por meio da pesquisadora, Adriane Jacinto Salustiano – adrianejacinto@yahoo.com.br – (16) 98831-6452, e / ou da professora orientadora: Profa. Dra. Yvone A. M. V. de A. Vicente – spg@fmrp.usp.br – (16) 3602-2593, e / ou da coorientadora: Profa. Dra. Renata Panico Gorayeb – spg@fmrp.usp.br – (16) 3602-2501, e / ou o Comitê de Ética do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, sito no Campus Universitário – Monte Alegre – Ribeirão Preto, SP, CEP.: 14.048-900, cep@hcrp.usp.br - (16) 3602-2228.

Nome/Assinatura do Responsável/Data

Nome/Assinatura do Pesquisador/Data

Grupo Controle 1 – G2 / Versão 01 - 08/10/2015**Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
PARA RESPONSÁVEIS LEGAIS DA CRIANÇA E OU ADOLESCENTE**

Título do Projeto: “Refluxo gastroesofágico pediátrico: associação entre padrões familiares e a evolução da doença”

Pesquisadora responsável: Adriane Jacinto Salustiano

Orientadora: Profa. Dra. Yvone A. M. V. de A. Vicente

Co-orientadora: Profa. Dra. Renata Panico Gorayeb

Instituição/Departamento: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP/ Departamento de Cirurgia e Anatomia

Telefone e e-mail da pesquisadora: (16) 98831-6452 / adrianejacinto@yahoo.com.br

Local da Coleta de Dados: Ambulatórios de responsabilidade da Disciplina de Cirurgia Pediátrica do HCFMRP no nível de saúde terciário (HC) e instituições de saúde de nível primário (núcleos de saúde da família (NsSF)).

O(a) menor _____, juntamente com seu responsável legal estão sendo convidados(as) como voluntários(as) a participarem da pesquisa: “Refluxo gastroesofágico pediátrico: associação entre padrões familiares e a evolução da doença”, que pretende estudar a influência dos problemas psicológicos como causa no surgimento e desenvolvimento da doença e analisar maneiras de ajudar a família na compreensão e cuidado das crianças com refluxo gastroesofágico. A pesquisa destina-se à elaboração da Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação no Departamento de Cirurgia e Anatomia que será apresentado à FMRP – USP.

O motivo que leva a estudar esse assunto é verificar a importância da estruturação do contexto familiar no desenvolvimento infantil buscando identificar os fatores de influência no adoecimento infantil, visando melhor assistência e cuidado a esta população. Para esta pesquisa serão utilizadas, uma entrevista e escalas psicométricas específicas, onde você responderá o que sabe sobre comportamentos seus e de seu filho, o que poderá nos ajudar a compreender a dinâmica familiar no contexto do adoecimento e discutir os benefícios que podem ser trazidos para a população estudada. Haverá um protocolo de observação infantil, que é de uso restrito ao pesquisador, mas você tem direito à acesso às informações deste instrumentos. O estudo será realizado por meio de análise dos resultados obtidos através dos instrumentos citados a cima, orientando o público entrevistado a se expressar livremente sobre o assunto em questão, relevando as opiniões e comentários, com a presença atuante e consciente do pesquisador no momento da coleta de dados.

Participarão do estudo, três grupos de crianças: Dois grupos chamados “experimental”, sendo o grupo 1 composto por crianças com refluxo gastroesofágico sem nenhuma outra doença associada. O grupo 2 será de crianças sem refluxo gastroesofágico, mas com constipação intestinal funcional. O outro grupo é chamado de “controle” e será de crianças sem qualquer tipo de doença, e estes grupos são necessários no estudo para que as informações dos grupos 2 e 3 sejam comparadas com as informações obtidas no grupo experimental 1, afim de observar as diferenças e obter algumas conclusões frente aos objetivos desta pesquisa já elucidados. Todos os grupos: os grupos experimentais e o grupo controle, passarão pelo mesmo tipo de avaliação. Neste caso, o menor e seu responsável estão sendo convidados a participar do grupo experimental 2, do qual, as crianças que fazem parte não possuem a doença refluxo gastroesofágico diagnosticado, mas são importantes para que possamos utilizar os dados coletados deste grupo para comparação com os outros grupos de crianças: o que possui a doença, e o de crianças sem doença alguma, afim de observar se há diferenças relevantes.

Como responsável pela criança, você poderá autorizar a participação assinando o termo de consentimento, ou seja, este documento, concordando em participar da pesquisa, caso esse seja seu desejo. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) em qualquer dúvida e estará livre para participar ou não da pesquisa. Como responsável você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação, e a da criança a qualquer momento. A pesquisa apresenta riscos mínimos, visto que a mesma consiste em resposta da criança e responsáveis a uma entrevista e escalas psicométricas sem

realização de intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos que participam no estudo. Nenhuma abordagem será invasiva à intimidade dos participantes. Os benefícios referem-se as aplicações dos resultados gerados pela pesquisa.

Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar com a criança, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação e a da criança é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade, perda de benefícios ou prejuízo no acompanhamento nestes serviços.

A pesquisadora irá tratar a identidade dos participantes com padrões profissionais de sigilo, portanto nenhuma informação, que identifique o participante, obtida durante a coleta de dados será divulgada. Seu nome e o da criança não serão liberados sem a sua permissão. Vocês não serão identificados em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

A participação neste estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, você tem assegurado o direito à indenização. Todos os gastos da pesquisa são de responsabilidade da pesquisadora. Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada. Seus nomes ou o material que indique sua participação não serão liberados sem a permissão do responsável/participante. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais: sendo que uma será arquivada pela pesquisadora responsável, e a outra será fornecida a você. A pesquisadora tratará a sua identidade com segurança e sigilo, e você não será identificado em nenhuma publicação, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº Versão 02 – 22/09/2014-466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Fica firmado a garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionamentos com a pesquisa sempre que necessário, por meio da pesquisadora, Adriane Jacinto Salustiano – adrianejacinto@yahoo.com.br – (16) 98831-6452, e / ou da professora orientadora: Profa. Dra. Yvone A. M. V. de A. Vicente – spg@fmrp.usp.br – (16) 3602-2593, e / ou da coorientadora: Profa. Dra. Renata Panico Gorayeb – spg@fmrp.usp.br – (16) 3602-2501, e / ou o Comitê de Ética do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, sito no Campus Universitário – Monte Alegre – Ribeirão Preto, SP, CEP.: 14.048-900, cep@hcrp.usp.br - (16) 3602-2228.

Nome/Assinatura do Responsável/Data

Nome/Assinatura do Pesquisador/Data

Grupo Controle 2 – G3 / Versão 04 – 08/10/2015**Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
PARA RESPONSÁVEIS LEGAIS DA CRIANÇA E OU ADOLESCENTE**

Título do Projeto: “Refluxo gastroesofágico pediátrico: associação entre padrões familiares e a evolução da doença”

Pesquisadora responsável: Adriane Jacinto Salustiano

Orientadora: Profa. Dra. Yvone A. M. V. de A. Vicente

Co-orientadora: Profa. Dra. Renata Panico Gorayeb

Instituição/Departamento: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP/ Departamento de Cirurgia e Anatomia

Telefone e e-mail da pesquisadora: (16) 98831-6452 / adrianejacinto@yahoo.com.br

Local da Coleta de Dados: Ambulatórios de responsabilidade da Disciplina de Cirurgia Pediátrica do HCFMRP no nível de saúde terciário (HC) e instituições de saúde de nível primário (núcleos de saúde da família (NsSF)).

O(a) menor _____, juntamente com seu responsável legal estão sendo convidados(as) como voluntários(as) a participarem da pesquisa: “Refluxo gastroesofágico pediátrico: associação entre padrões familiares e a evolução da doença”, que pretende estudar a influência dos problemas psicológicos como causa no surgimento e desenvolvimento da doença e analisar maneiras de ajudar a família na compreensão e cuidado das crianças com refluxo gastroesofágico. A pesquisa destina-se à elaboração da Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação no Departamento de Cirurgia e Anatomia que será apresentado à FMRP – USP.

O motivo que leva a estudar esse assunto é verificar a importância da estruturação do contexto familiar no desenvolvimento infantil buscando identificar os fatores de influência no adoecimento infantil, visando melhor assistência e cuidado a esta população. Para esta pesquisa serão utilizadas, uma entrevista e escalas psicométricas específicas, onde você responderá o que sabe sobre comportamentos seus e de seu filho, o que poderá nos ajudar a compreender a dinâmica familiar no contexto do adoecimento e discutir os benefícios que podem ser trazidos para a população estudada. Haverá um protocolo de observação infantil, que é de uso restrito ao pesquisador, mas você tem direito à acesso às informações deste instrumentos. O estudo será realizado por meio de análise dos resultados obtidos através dos instrumentos citados a cima, orientando o público entrevistado a se expressar livremente sobre o assunto em questão, relevando as opiniões e comentários, com a presença atuante e consciente do pesquisador no momento da coleta de dados.

Participarão do estudo, três grupos de crianças: Dois grupos chamados “experimental”, sendo o grupo 1 composto por crianças com refluxo gastroesofágico sem nenhuma outra doença associada. O grupo 2 será de crianças sem refluxo gastroesofágico, mas com constipação intestinal funcional. O outro grupo é chamado de “controle” e será de crianças sem qualquer tipo de doença, e estes grupos são necessários no estudo para que as informações dos grupos 2 e 3 sejam comparadas com as informações obtidas no grupo experimental 1, afim de observar as diferenças e obter algumas conclusões frente aos objetivos desta pesquisa já elucidados. Todos os grupos: os grupos experimentais e o grupo controle, passarão pelo mesmo tipo de avaliação. Neste caso, o menor e seu responsável estão sendo convidados a participar do grupo controle, do qual, as crianças que fazem parte não possuem nenhum tipo de doença diagnosticada, mas são importantes para que possamos utilizar os dados coletados deste grupo para comparação com o grupo de crianças que possui a doença, afim de observar se há diferenças relevantes.

Como responsável pela criança, você poderá autorizar a participação assinando o termo de consentimento, ou seja, este documento, concordando em participar da pesquisa, caso esse seja seu desejo. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) em qualquer dúvida e estará livre para participar ou não da pesquisa. Como responsável você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação, e a da criança a qualquer momento. A pesquisa apresenta riscos mínimos, visto que a mesma consiste em resposta da criança e responsáveis a uma entrevista e escalas psicométricas sem

realização de intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos que participam no estudo. Nenhuma abordagem será invasiva à intimidade dos participantes. Os benefícios referem-se as aplicações dos resultados gerados pela pesquisa.

Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar com a criança, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação e a da criança é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade, perda de benefícios ou prejuízo no acompanhamento nestes serviços.

A pesquisadora irá tratar a identidade dos participantes com padrões profissionais de sigilo, portanto nenhuma informação, que identifique o participante, obtida durante a coleta de dados será divulgada. Seu nome e o da criança não serão liberados sem a sua permissão. Vocês não serão identificados em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

A participação neste estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, você tem assegurado o direito à indenização. Todos os gastos da pesquisa são de responsabilidade da pesquisadora. Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada. Seus nomes ou o material que indique sua participação não serão liberados sem a permissão do responsável/participante. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais: sendo que uma será arquivada pela pesquisadora responsável, e a outra será fornecida a você. A pesquisadora tratará a sua identidade com segurança e sigilo, e você não será identificado em nenhuma publicação, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº Versão 02 – 22/09/2014-466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Fica firmado a garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionamentos com a pesquisa sempre que necessário, por meio da pesquisadora, Adriane Jacinto Salustiano – adrianejacinto@yahoo.com.br – (16) 98831-6452, e / ou da professora orientadora: Profa. Dra. Yvone A. M. V. de A. Vicente – spg@fmrp.usp.br – (16) 3602-2593, e / ou da coorientadora: Profa. Dra. Renata Panico Gorayeb – spg@fmrp.usp.br – (16) 3602-2501, e / ou o Comitê de Ética do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, sito no Campus Universitário – Monte Alegre – Ribeirão Preto, SP, CEP.: 14.048-900, cep@hcrp.usp.br - (16) 3602-2228.

Nome/Assinatura do Responsável/Data

Nome/Assinatura do Pesquisador/Data

Anexo 3. Documentos de Aprovação do Projeto de Pesquisa **PROJETO DE PESQUISA**

Ribeirão Preto, 09 de MARÇO de 2015.

Ilustríssima Senhora
 Profª. Drª. Márcia Guimarães Villanova
 MD.Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
 Do HCFMRP e da FMRP-USP

Senhora Coordenadora,

Encaminho em anexo o projeto de pesquisa intitulado REFLUXO GASTROESOFÁGICO EM CRIANÇAS: AVALIAÇÃO DE PADRÕES FAMILIARES, juntamente com a documentação necessária para avaliação ética deste Comitê.

O projeto de pesquisa acima mencionado será desenvolvido no departamento de DEPARTAMENTO DE CIRURGIA E ANATOMIA.

Informo também que o pesquisador responsável e orientador possuem currículo Lattes.

O orçamento do presente projeto foi analisado pela equipe técnica da UPC antes da submissão ao Comitê e foi APROVADO.

Atenciosamente,

VICENTE

YVONE AVALLONI DE MORAIS VILLELA DE ANDRADE

Profa. Dra. YVONE A. M. VILLELA DE ANDRADE VICENTE

ADRIANE JACINTO SALUSTIANO

De acordo:

Prof. Dr. Orlando de Castro e Silva Jr.
 Professor Titular
 Chefe do Departamento de
 Cirurgia e Anatomia

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA E ANATOMIA
 Carimbar e Assinar

Chefe do Ambulatório/Laboratório
 Carimbar e Assinar

Obs.: Caso algum chefe possua vínculo com a pesquisa, deverá ser solicitada assinatura do suplente.

Após assinatura em todos os campos, digitalizar toda a documentação do check list e encaminhar ao CEP via Plataforma Brasil.

HC - Campus Universitário
 Monte Alegre 14048-900 Ribeirão Preto SP

UNIDADE DE PESQUISA CLÍNICA
 Fone (16) 3602-2632 FAX: 3602-2962

Equipe Técnica
 UPC

09/03/2015

Nathália F. Clé Oliveira
 Escriturária
 Unidade de Pesquisa Clínica-HCRP
 Matrícula 6043

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Ribeirão Preto, 03 de setembro de 2015.

Ofício nº 3139/2015
CEP/MGV

PROCESSO HCRP nº 5554/2015

Prezados Pesquisadores,

O trabalho intitulado **“REFLUXO GASTROESOFÁGICO EM CRIANÇAS: AVALIAÇÃO DE PADRÕES FAMILIARES” - Versão 02 de 11/06/2015**, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 414ª Reunião Ordinária realizada em 31/08/2015, e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Versão 03 de 07/08/2015 e o Termo de Assentimento Versão 03 de 07/08/2015.**

Atenciosamente.

DRª MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimos Senhores
ADRIANE JACINTO SALUSTIANO
PROFª DRª YVONE A. M. V. A. VICENTE (Orientadora)
Depto. de Cirurgia e Anatomia

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Campus Universitário – Monte Alegre
14048-900 Ribeirão Preto SP

Comitê de Ética em Pesquisa do HCRP e FMRP-USP
FWA-00002733; IRB-00002186 e
Registro Plataforma Brasil / CONEP nº 5440
(016) 3602-2228
cep@hcrp.usp.br

www.hcrp.usp.br

Anexo 4. Documentos de Aceite dos Locais para a Coleta de Dados **Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto**

Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde

OF. 89/16 – GS

RG/rg

Ribeirão Preto, 11 de Janeiro de 2016.

Senhora Orientadora,

Informo que o Gerente do NSF4 e a Gerente do PAM 2 da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto-SP, manifestaram a concordância de que a coleta de dados do projeto de pesquisa seja realizada nas unidades referidas na Secretaria de Saúde de Ribeirão Preto.

Sendo assim, **declaro estar ciente e concordo com a realização** do projeto de pesquisa: "REFLUXO GASTRO ESOFÁGICO PEDIÁTRICO: ASSOCIAÇÃO ENTRE PADRÕES FAMILIARES E A EVOLUÇÃO DA DOENÇA", sob a responsabilidade da Profª Dra. YVONE A.M.V. DE A. VICENTE.

Informo que a pesquisa somente poderá iniciar quando obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente.

Solicito que a pesquisadora encaminhe à Secretaria Municipal da Saúde o Relatório Final ao encerrar a pesquisa.

Cordialmente,

Ronaldo Guizzo

**Coordenador da Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa
da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto**

Ilustríssima Senhora

PROFª DRª YVONE A.M.V. DE A. VICENTE

Orientadora do Projeto de Pesquisa

FMRP-USP

Nesta

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde

OF. 89/16 – GS

RG/rg

Ribeirão Preto, 10 de JUNHO de 2016.

Senhora Orientadora,

Informo que o GERENTE DO CMSC VILA LOBATO e a Gastro Infantil do NGA da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE de Ribeirão Preto, SP, manifestaram a concordância de que a coleta de dados do projeto de pesquisa seja realizada nas unidades referidas na Secretaria da Saúde de Ribeirão Preto.

Sendo assim, **declaro estar ciente e concordo com a realização** do projeto de pesquisa: "REFLUXO GASTRO ESOFÁGICO PEDIÁTRICO : ASSOCIAÇÃO ENTRE PADRÕES FAMILIARES E A EVOLUÇÃO DA DOENÇA", sob a responsabilidade da PROFª DRª YVONE A.M.V.DE A. VICENTE.

Informo que a pesquisa somente poderá iniciar quando obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente.

Solicito que a pesquisadora encaminhe à Secretaria Municipal da Saúde o Relatório Final ao encerrar a pesquisa.

Cordialmente,

Ronaldo Guizzo

**Coordenador da Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa
da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto**

Ilustríssima Senhora

PROFª DRª YVONE A.M.V.DE A.VICENTE

ORIENTADORA DO PROJETO DE PESQUISA

FMRP-RP

NESTA

Secretaria Municipal da Saúde

Rua Prudente de Moraes, 457 – Centro – Ribeirão Preto/SP

Fones: 3977.9305 / Fax: 3941.4934 / e-mail: gabinete@saude.pmrp.com.br

Ribeirão Preto, 08 de outubro de 2015.

Prof. João Mazzoncini de Azevedo Marques

Docente do Departamento de Medicina Social da FMRP-USP
Coordenador no Núcleo de Saúde da Família (NSF) 4

Prezado Senhor Coordenador,

Solicito autorização para a aluna de mestrado Adriane Jacinto Salustiano, do Departamento de Cirurgia e Anatomia da FMRP-USP, realizar parte de seu estudo intitulado **“Refluxo gastroesofágico infantil: associação entre padrões familiares e a evolução da doença”**, já aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa do HCFMRP-USP em 01/09/2015. Necessito sua permissão para coleta de dados do **grupo controle** desta pesquisa no NSF 4. O projeto de pesquisa é desenvolvido sob orientação da Prof. Yvone Avalloni de Moraes Villela de Andrade Vicente e co-orientação da Dra. Renata Panico Gorayeb.

O grupo controle da pesquisa, no qual será realizada avaliação psicológica, seguindo os critérios éticos, será composto por crianças hígdas de 2 a 12 anos e seus responsáveis ou cuidadores diretos. Segue o projeto de pesquisa em anexo.

Agradecemos imensamente sua atenção e disponibilidade

Prof. Yvone Avalloni de Moraes V. de A. Vicente

Orientadora

Prof. Dra. Renata Panico Gorayeb

Co-orientadora

Adriane Jacinto Salustiano

Mestranda

DE ACORDO,

Prof. Dr. João Mazzoncini de Azevedo Marques

Coord. do Núcleo de Saúde da Família 4.

Ribeirão Preto, _____ de fevereiro de 2016.

Profa. Dra. Lídia Alice Gomes Monteiro Marin Torres

Pneumologia Pediátrica do HC-FMRP-USP.

Prezada Senhora,

Solicito autorização para a aluna de mestrado Adriane Jacinto Salustiano, do Departamento de Cirurgia e Anatomia da FMRP-USP, realizar parte de seu estudo intitulado **“Refluxo gastroesofágico infantil: associação entre padrões familiares e a evolução da doença”**, já aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa do HCFMRP-USP em 01/09/2015. Necessito sua permissão para coleta de dados do **grupo experimental** desta pesquisa nos **ambulatórios de PNI**, do HC-FMRP-USP. O projeto de pesquisa é desenvolvido sob orientação da Prof. Yvone Avalloni de Moraes Villela de Andrade Vicente e co-orientação da Dra. Renata Panico Gorayeb.

O grupo experimental da pesquisa, no qual será realizada avaliação psicológica com o responsável pelos cuidados com a criança, seguindo os critérios éticos, será composto por crianças com diagnóstico clínico de DRGE e/ou exame de Phmetria (CID: K21) de 2 a 12 anos.

Agradecemos imensamente sua atenção e disponibilidade

DE ACORDO,

Prof. Dra. Lídia Alice Gomes Monteiro Marin Torres

Docente responsável pela Pneumologia Pediátrica do HC-FMRP-USP.

Ribeirão Preto, 25 de fevereiro de 2016.

Dra. Regina Sawamura

Pediatria do HC-FMRP-USP.

Prezada Senhora,

Solicito autorização para a aluna de mestrado Adriane Jacinto Salustiano, do Departamento de Cirurgia e Anatomia da FMRP-USP, realizar parte de seu estudo intitulado **“Refluxo gastroesofágico infantil: associação entre padrões familiares e a evolução da doença”**, já aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa do HCFMRP-USP em 01/09/2015. Necessito sua permissão para coleta de dados do **grupo controle** desta pesquisa no **ambulatório de Gastroenterologia Infantil** do HCFMRP-USP. O projeto de pesquisa é desenvolvido sob orientação da Prof. Yvone Avalloni de Moraes Villela de Andrade Vicente e co-orientação da Dra. Renata Panico Gorayeb.

O grupo controle da pesquisa, no qual será realizada avaliação psicológica com o responsável pelos cuidados com a criança, seguindo os critérios éticos, será composto por crianças com diagnóstico clínico de constipação funcional crônica de 2 a 12 anos.

Agradecemos imensamente sua atenção e disponibilidade

DE ACORDO,

Dr. Regina Sawamura

Docente responsável pelo Ambulatório de Gastroenterologia Pediátrica do HC-FMRP-USP.