



Serviço Público Federal  
Universidade Federal do Pará  
Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento  
Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento

**Efeito de instruções e de treino parental sobre  
comportamentos observados em cuidadores e em  
crianças com câncer durante sessão de punção venosa  
para quimioterapia ambulatorial**

Inaê Benchaya Duarte

Belém- Pará

2012



Serviço Público Federal  
Universidade Federal do Pará  
Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento  
Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento

**Efeito de instruções e de treino parental sobre  
comportamentos observados em cuidadores e em  
crianças com câncer durante sessão de punção venosa  
para quimioterapia ambulatorial**

Inaê Benchaya Duarte

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre, sob orientação da Prof<sup>ª</sup>. Dra. Eleonora Arnaud Pereira Ferreira.

Trabalho parcialmente financiado pela CAPES por meio de bolsa de Mestrado.

Belém- Pará

2012

**Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)**  
Biblioteca do Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento, Belém, PA

---

Duarte, Inaê Benchaya

Efeitos de instruções e de treino parental sobre comportamentos observados em cuidadores e em crianças com câncer durante sessão de punção venosa para quimioterapia ambulatorial / Inaê Benchaya Duarte; orientadora Profa. Dra. Eleonora Arnaud Pereira Ferreira. Belém. — 2012

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento, Universidade Federal do Pará, Belém, 2012.

1. Punção venosa. 2. Câncer. 3. Manual-acompanhante I. Ferreira, Eleonora Arnaud Pereira. orient. III. Título.

CDD: 22. ed. 610.73

---



Serviço Público Federal  
Universidade Federal do Pará  
Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento  
Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento

## DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Efeito de instruções e de treino parental sobre comportamentos observados em cuidadores e em crianças com câncer durante sessão de punção venosa para quimioterapia ambulatorial**

Candidata: Inaê Benchaya Duarte

Data: 12/04/2012

Banca Examinadora:

Profa. Dra. (UFPA), Eleonora Arnaud Pereira Ferreira (Orientadora)

Prof. Dr. Áderson Luiz Costa Junior, UnB (Membro)

Profa. Dra. Marilice Fernandes Garotti, UFPA (Membro)

Profa. Dra. Ana Emília Vita Carvalho, CESUPA (Suplente)

*"Só se pode viver perto de outro, e conhecer outra pessoa, sem perigo de ódio, se a gente tem amor. Qualquer amor já é um pouquinho de saúde, um descanso na loucura."*

Guimarães Rosa  
(Grande Sertão Veredas)

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer, primeiramente, ao nosso pai e nosso mestre Jesus, por todas as bênçãos concedidas a mim ao longo de toda esta jornada no mestrado. Nesses dois anos tive oportunidade de ter certeza da minha direção profissional, de passar por situações que me fortaleceram e me renderam muito aprendizado. Agradeço então ao meu anjo da guarda por me dar paciência!

A minha mãe amada, companheira de jornadas e que sempre se aventura junto comigo, nos momentos de vitórias, lutas e de aprendizagem.

Aos meus tios e primos que mesmo de longe, conseguem estar presente no meu cotidiano me apoiando.

Um agradecimento especial ao meu namorado. Afinal, ele aturou muitos estresses, falta de tempo, foi contratado para me ajudar com gráficos e me apoiou da maneira mais carinhosa, amorosa e companheira que pode existir!!!

À grande e meiga professora Eleonora por quem nutro um grande carinho, por ser minha “tia”, meu exemplo de profissional competente, responsável, ético e ao mesmo tempo engraçada, carinhosa e, com certeza, uma Doutora no ensino em como contribuir para amenizar os sofrimentos de pessoas enfermas, além de nos ensinar a sermos pessoas mais justas e melhores a cada dia.

A minha companheira de coleta diária, Izabel, que sempre se mostrou disposta a aprender e ir em frente, vencendo os obstáculos do sono e da timidez. Crescendo e aprendendo junto comigo a conviver com uma situação delicada e ao mesmo tempo tão reforçadora no hospital.

Aos meus queridos amigos da psicologia, do mestrado, do hospital, de odonto, do pilates, do Evanjovem, do Erasmus Mundus, da formação paralela, da vida... Os quais riram comigo, compartilhando as vitórias, me ajudaram a levantar nos tropeços, me incentivavam quando a motivação se afastava, sempre acreditando que ia dar certo!

Ao Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento e à CAPES pela oportunidade de realizar o curso de mestrado com apoio financeiro.

Finalmente, gostaria de agradecer a toda equipe da quimioterapia do hospital pelo acolhimento e ajuda diária com informações, indicações e com as observações. A todos os participantes que permitiram que esta pesquisa fosse realizada, mesmo enfrentando situações adversas ao longo do tratamento. Em especial, gostaria de agradecer as jovens lutadoras que tornaram os momentos de espera por participantes menos cansativos, me mostraram que o mais importante é o sorriso no rosto, a esperança no coração e a ajuda nas mãos. Deus as abençoe!

**SUMÁRIO**

SUMÁRIO	iii
LISTA DE FIGURAS	iv
LISTA DE TABELAS	v
RESUMO	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUÇÃO	1
OBJETIVOS	20
MÉTODO	20
Participantes	20
Ambiente	21
Instrumentos	21
Procedimentos	23
Análise de dados	25
Resultados	31
Discussão	55
REFERENCIAS	62
ANEXO	71

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1.** Fluxograma do procedimento de coleta de dados. 25
- Figura 2.** Distribuição das categorias comportamentais apresentadas pelos participantes da Condição 1 (Rotina) de acordo com as taxas obtidas ao longo das quatro sessões de observação. 38
- Figura 3.** Distribuição das categorias comportamentais apresentadas pelos participantes da Condição 2 (Manual) de acordo com as taxas obtidas ao longo das quatro sessões de observação. 40
- Figura 4.** Distribuição das categorias comportamentais apresentadas pelos participantes da Condição 3 (Treino) de acordo com as taxas obtidas ao longo das quatro sessões de observação. 42
- Figura 5.** das taxas das categorias comportamentais obtidas pelos participantes em cada condição. 43
- Figura 6.** Média das taxas da categoria Monitoria Positiva dos participantes, obtida em cada sessão de observação, por condição. 44
- Figura 7.** Comparação da taxa de Monitoria Positiva entre os participantes da condição três, em cada uma das sessões de observação. 45
- Figura 8.** Distribuição das categorias comportamentais apresentadas pelas crianças participantes da Condição 1 (Rotina) de acordo com as taxas obtidas ao longo das quatro sessões de observação. 48
- Figura 9.** Distribuição das categorias comportamentais apresentadas pelas crianças participantes da Condição 2 (Manual) de acordo com as taxas observadas ao longo das quatro sessões de observação. 50
- Figura 10.** Distribuição das categorias comportamentais apresentadas pelas crianças participantes da Condição 3 (Treino) de acordo com as taxas observadas ao longo das quatro sessões de observação. 52

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1.** Caracterização dos participantes distribuídos em três condições, de acordo com idade, parentesco, escolaridade, local de moradia, classe econômica segundo a ABEP e estilo parental segundo o PBI. 31
- Tabela 2.** Caracterização das crianças segundo sexo, idade, escolaridade, diagnóstico, tempo de tratamento e classificação no CBCL 32
- Tabela 3.** Caracterização da família dos participantes quanto à formação, número de membros, conjugalidade, ocupação e possibilidade de substituição. 33
- Tabela 4.** Taxas de comportamentos classificados como Monitoria positiva, Monitoria negativa ou Negligência, observadas em cada participante de acordo com a sessão e a condição. 35
- Tabela 5.** Taxas de comportamentos concorrentes e de comportamentos não concorrentes, tempo de duração de cada sessão de observação e número de tentativas da punção venosa por criança em cada condição. 46

Duarte, I. B. (2011). *Efeito de instruções e de treino parental sobre comportamentos observados em cuidadores e em crianças com câncer durante sessão de punção venosa para quimioterapia ambulatorial*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento. Belém: Universidade Federal do Pará.

## RESUMO

Os procedimentos invasivos recorrentes no tratamento do câncer na criança têm-se mostrado o momento de maior sofrimento tanto para o paciente quanto para o cuidador. Durante estes procedimentos, como no caso da punção venosa, grande parte das crianças apresenta reações caracterizadas como distresse comportamental. Intervenções comportamentais têm sido desenvolvidas com o objetivo de diminuir este distresse, podendo utilizar como agentes os próprios cuidadores das crianças. Esta pesquisa teve como objetivo analisar os efeitos de instrução e de treino parental sobre comportamentos observados em cuidadores e em crianças com diagnóstico de câncer durante procedimento de punção venosa em ambulatório. Foram selecionados nove cuidadores de crianças em tratamento quimioterápico em um hospital especializado em Belém-PA. Para a coleta de dados foram utilizados: Roteiro de entrevista, Questionário Sociodemográfico, Instrumento de Avaliação das Relações Familiares (Parental Bonding Instrument [PBI]), Child Behavior Checklist (CBCL), Protocolo de observação direta dos comportamentos da criança e do cuidador, Escala de Avaliação Comportamental, Manual de orientação para cuidadores sobre punção venosa em crianças e Protocolo de treino parental. Os participantes foram submetidos a uma dentre três condições: (1) Rotina, (2) Manual de Orientação ou (3) Treino Parental. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista e de quatro sessões de observação direta do comportamento. Os comportamentos das crianças foram classificados como concorrentes e não concorrentes. Os comportamentos dos cuidadores foram classificados como monitoria positiva, monitoria negativa e negligência. Os resultados sugerem que, na Condição Rotina, os participantes (cuidadores) não variaram seus comportamentos ao longo das sessões, com dois participantes mantendo alta frequência de comportamentos negligentes e um participante mantendo monitoria positiva. Na Condição Manual, observou-se mudança de comportamento em dois cuidadores como efeito imediato à utilização do manual, mas não em longo prazo. Na Condição 3, na qual os cuidadores foram submetidos ao Protocolo de treino parental, observou-se aumento na frequência de monitoria positiva em curto e longo prazo. Com relação às crianças, os resultados indicaram maior frequência de comportamentos não concorrentes, independente da condição a que o cuidador foi submetido. A maioria dos cuidadores foi classificada no PBI com estilo parental permissivo, confirmando a literatura sobre cuidadores de crianças com doenças crônicas. Ocorreram relatos de generalização das habilidades treinadas para contextos fora do hospital. Conclui-se que o uso do manual aumentou a aquisição de conhecimentos sobre punção venosa mas não foi suficiente para a manutenção de mudança de comportamentos. Por outro lado, o uso de treino parental mostrou-se eficaz na mudança de comportamentos (a longo prazo), assim como no desenvolvimento de novas habilidades sociais. Discute-se a importância do estilo parental como fator de proteção à criança com câncer.

**Palavras-chave:** instrução, treino parental, câncer na infância, punção venosa, distresse comportamental.

Duarte, I. B. (2011). *Effect of instructions and parental training on behaviors observed in caregivers and children with cancer during venipuncture session for outpatient chemotherapy*. Master's Thesis. Post-Graduate Program in Theory and Research of Behavior. Belém: Federal University of Pará.

### ABSTRACT

Recurrent invasive procedures in children's cancer treatment have appeared to be the moment of greatest suffering for both the patient and the caregiver. During these procedures, as in venipuncture, a great deal of children present reactions characterized as behavioral distress. Behavioral interventions have been developed in order to reduce distress, being possible to have the children's own caregivers as agents. This study aimed to analyze the effects of instruction and parental training on behaviors observed in caregivers and children diagnosed with cancer during venipuncture procedure in an outpatient clinic. Nine caregivers of children undergoing chemotherapy in a specialized hospital in Belém – PA were selected. For data collection the following questionnaires were used: An interview form, a Sociodemographic Questionnaire, the Parental Bonding Instrument (PBI), the Child Behavior Checklist (CBLC), the Child's and Caregiver's Behavior Direct Observation Protocol, the Behavioral Assessment Scale, a caregiver orientation manual for venipuncture in children and the Parental Training Protocol. Participants underwent one of three conditions: (1) Routine, (2) Orientation Manual, or (3) Parental Training. Data collection was performed through interviews and four behavior direct observation sessions. The children's behaviors were classified as concurrent and non-concurrent. The caregivers' behaviors were classified as positive monitoring, negative monitoring and negligence. The results suggest that, in the Routine Condition, caregivers did not vary their behavior during the sessions, with two participants maintaining a high frequency of negligent behaviors and one participant maintaining a positive monitoring. In the Manual Condition, a change in two caregivers' behavior was observed as an immediate effect of the manual usage, but not in the long term. In the third Condition, in which the caregivers were submitted to the Parental Training Protocol, an increase in the frequency of positive monitoring was observed in the short and long term. Regarding the children, the results indicated a higher frequency of non-concurrent behaviors, regardless of the condition to which the caregiver was submitted. Most caregivers were classified in the PBI with a permissive parenting style, confirming the literature on caregivers of children with chronic diseases. There have been reports of trained skills generalization to settings outside the hospital. It is concluded that the manual use increased venipuncture knowledge acquisition but not enough for the change and maintenance of behaviors (in long term). On the other side, parental training was effective in changing behavior as well as developing new social skills. The importance of parenting style as a protective factor for children with cancer is discussed.

**Keywords:** instruction, parental training, childhood cancer, venipuncture, behavioral distress.

O termo *câncer* é utilizado genericamente para representar um grupo de doenças que podem afetar qualquer parte do corpo, possuindo como característica básica o desenvolvimento de alterações em processo de divisão celular, promovendo um crescimento anormal e geralmente mais rápido de células (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2012). Trata-se de uma doença crônica que exige altos níveis de tolerância para o tratamento (longo e difícil) e que nem sempre é acompanhada por um prognóstico favorável (Costa Junior, 2001).

Em crianças, o câncer mobiliza família e profissionais em torno do paciente com vistas a lhe proporcionar o menor desconforto possível. Embora estudos sobre o tema sejam recorrentes, não está claro quais os recursos mais eficazes para promover um ambiente de cuidados à criança com câncer, em especial durante a realização de procedimentos dolorosos ligados ao tratamento, como é o caso da punção venosa para quimioterapia. Este estudo investigou os efeitos do uso de instruções e de treino parental sobre comportamentos observados em cuidadores e em crianças com câncer durante a realização de punção venosa para quimioterapia em ambulatório.

### **O câncer em crianças**

O aparecimento do câncer não está diretamente ligado à idade do paciente. Entretanto, para o seu diagnóstico e tratamento deve-se levar em consideração a idade, especialmente no câncer infanto-juvenil (quando abaixo de 19 anos). Este deve ser estudado separadamente do câncer do adulto por apresentar diferenças nos locais primários, diferentes origens histológicas e diferentes comportamentos clínicos.

Quando se leva em conta a faixa etária do paciente, há uma diferenciação tanto no fechamento do diagnóstico quanto no tratamento do câncer. Para a população adulta, a prevenção primária e o diagnóstico precoce são fundamentais para garantir o sucesso no tratamento e a sobrevivência. Entretanto, no caso de crianças, a prevenção do diagnóstico é mais difícil, seja por confusão de sintomas de outras doenças características da infância, seja pela demora em procurar auxílio médico, pela precariedade dos serviços de saúde ou perspicácia do médico. Dessa forma, a terapêutica se torna a principal estratégia contra o câncer em crianças e adolescentes (Braga, Latorre & Curado, 2002).

Na criança, o câncer tende a apresentar menores períodos de latência, costuma crescer rapidamente e tornar-se bastante invasivo, porém responde melhor à quimioterapia. Comparado com a incidência de câncer em adultos, o câncer infanto-juvenil é considerado

raro, visto que corresponde a 2% e 3% de todos os tumores malignos (Instituto Nacional do Câncer [INCA], 2010).

O câncer infanto-juvenil corresponde de 1% a 3% de todos os tumores malignos na maioria das populações. A leucemia corresponde de 25% a 35% dos casos, sendo a Leucemia Linfóide Aguda (LLA) mais comum entre crianças de zero a 14 anos. Os linfomas correspondem ao segundo tipo mais comum em crianças, especialmente nas menores de 15 anos. Estima-se que cerca de 8% a 15% das neoplasias pediátricas são representadas pelos linfomas, sendo o tumor sólido mais frequente nessa faixa etária (INCA, 2012).

O percentual mediano dos tumores pediátricos observados nos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP) no Brasil encontra-se próximo de 3%. Em 2012, à exceção dos tumores de pele não melanoma, estimam-se 384.340 casos novos de câncer. Depreende-se, portanto, que ocorrerão cerca de 11.530 casos novos de câncer em crianças e adolescentes até os 19 anos (INCA, 2012).

### **O tratamento do câncer**

Atualmente, os tratamentos de câncer mais comuns e eficazes incluem: a radioterapia, a quimioterapia, o transplante de medula óssea e cirurgias. Inclusive, em alguns casos são necessárias combinações no tratamento, utilizando-se mais de uma modalidade. Na radioterapia são utilizadas radiações para destruir o tumor ou impedir que as células se proliferem. Na quimioterapia, utilizam-se medicamentos para combater o câncer, os quais são aplicados, na maioria das vezes, por meio de punção venosa; mas, com menos frequência, também podem ser aplicados via oral, intramuscular, subcutânea, tópica e intratecal. Dessa forma, o medicamento se mistura ao sangue e é distribuído ao longo do corpo para combater as células cancerígenas, destruindo-as e impedindo seu crescimento. Em casos em que é necessário tratamento cirúrgico, pode ocorrer remoção integral do tumor, mesmo que para isso seja necessário retirar o órgão inteiro (INCA, 2010).

Em relação ao tratamento quimioterápico é importante ressaltar que, dependendo do estadiamento do câncer, o esquema utilizado na quimioterapia pode variar em tempo, ciclo, tipo de drogas e também na forma de aplicação. Considerando que a leucemia é o diagnóstico mais comum entre crianças, um dos esquemas mais utilizados é baseado no protocolo do grupo cooperativo alemão Berlim-Frankfurt-Munique (BFM). O esquema BFM 93 ou 2002, por exemplo, é constituído de uma pré-fase (feita em pacientes com aumento considerável de órgãos ou contagem de leucócitos acima de  $100.000/\text{mm}^3$ ), seguida por mais três fases: indução de remissão, consolidação e manutenção. Ao longo do tratamento, os ciclos variam,

dependendo da fase e reação do paciente, em: quantidade de dias do ciclo (7, 15 ou 21 dias seguidos); intervalos entre ciclos; tipo e ordem da aplicação das drogas quimioterápicas (endovenoso, subcutâneo ou via oral); e, tipos de drogas quimioterápicas aplicadas (acitarabina, daunorrubicina, citarabina [ARA-C], VP-16, dentre outras). A média de tempo de tratamento é de dois anos, em média, a partir do início da fase de indução (Viana, Cunha, Ramos & Murão, 2003).

Apesar de os tratamentos obterem sucesso em muitos casos, ao longo do tratamento o paciente tem vários efeitos colaterais fortes e indesejáveis que dificultam o processo. São alguns deles: vômito, fraquezas, dificuldade para se alimentar, queda do cabelo, desidratação que também dificulta o acesso à veia, queimaduras da hipoderme no caso de a medicação extravasar a veia, distímia, inapetência e imunodepressão, dentre outros que afetam o sistema imunológico do paciente (Costa Junior, 2004; INCA, 2010).

### **O controle da dor**

Em casos de crianças com diagnóstico de câncer, a dor e o desconforto estão frequentemente relacionados aos procedimentos invasivos, presentes tanto no diagnóstico quanto no tratamento. Os procedimentos invasivos são descritos, na literatura, como técnicas que envolvem, geralmente, o uso de instrumentos, como agulhas, que penetram os tecidos ou invadem algum orifício do corpo provocando dor (World Health Organization [WHO], 1993). Como exemplo, destaca-se a punção venosa para a realização da quimioterapia, exames de sangue e aspiração da medula (onde uma agulha é inserida na medula para retirada do fluido cérebro-espinhal e posterior contagem de células leucêmicas).

Considerando o longo período de tratamento, as inúmeras punções venosas realizadas podem produzir diversas consequências aversivas, sendo as mais frequentes: sensações de ardor no local do corpo perfurado pelo escalpe; queimaduras no local do corpo perfurado, no caso de a medicação extravasar a veia; desidratação das veias, dificultando o aparecimento das veias e aumentando a probabilidade de várias tentativas, além dos efeitos colaterais já esperados pelo tratamento (Álvarez & Marcos, 1997; Costa Junior, 2004; Lemos & Ferreira, 2010).

Pode-se definir “dor” como uma sensação desagradável ou ainda uma experiência emocional que pode ser causada por danos teciduais tanto reais quanto em potencial. Qualquer tipo de perfuração ou arranhão ocorrido no organismo ativa o sistema nervoso periférico e central que possuem estreita relação com o sistema de ativação de dor no organismo (International Association for the Study of Pain [IASP], 2011).

De acordo com Álvarez e Marcos (1997), as pesquisas apontavam a ideia de que a habilidade espontânea de comunicar sentimentos de dor é adquirida com o crescimento e maturação da criança, quando esta desenvolvesse seu repertório verbal. Dessa forma, para crianças pequenas (pré-escolares) seria mais difícil identificar e explicar seus sentimentos dolorosos. Vale ressaltar que nada as impede de demonstrar comportamentos de dor (como gritar e chorar), entretanto, não conseguem exprimir em detalhes sua dor para que outros possam compreender seus comportamentos detalhadamente.

Atualmente, a literatura (e.g. Lemos & Ferreira, 2010; Linhares & Doca, 2010; Oliveira, Ferreira, Novaes & Lima, 2009) aponta que apesar de a dor ser considerada subjetiva, e mais compreendida por meio de descrições verbais, é possível identificar reações fisiológicas e comportamentais à dor e ao estresse em fetos (18 a 20 semanas), em neonatos e em crianças que ainda não desenvolveram sua habilidade de comunicação verbal. Ou seja, a impossibilidade de descrever verbalmente o que se sente, não impede que o sujeito esteja sentindo dor, tornando-se necessária a atenção para um tratamento apropriado ao alívio da dor (Anand et al., 2006).

Nesse sentido, é possível encontrar uma variedade de escalas padronizadas para a avaliação da dor, levando-se em consideração na escolha o grau de desenvolvimento da criança. Pesquisas (e.g. Álvarez & Marcos, 1997; Anand et al., 2006; Lemos & Ferreira, 2010; Linhares & Doca, 2010; Oliveira et al., 2009; Peterson et al., 2007; Windich-Biermeier, Sjoberg, Dale, Eshelman & Guzzetta, 2007) têm utilizado escalas de avaliação descritiva, escala de faces ou ainda observação direta de comportamentos tanto verbais quanto não verbais e de contato, os quais possibilitam uma melhor comunicação e identificação sobre a dor.

Considerando-se que em crianças há a dificuldade em distinguir dor de demais reações de sofrimento e desconforto, o termo *distress behavior* (distresse comportamental) tem sido utilizado para definir o desconforto que inclui a dor, o medo e a ansiedade diante da realização de procedimentos invasivos (Álvarez & Marcos, 1997; Jay, Ozolins & Elliott, 1983).

O *distress behavior* pode ser observado por meio de reações comportamentais e fisiológicas de dor e/ou ansiedade emitidas por crianças durante um procedimento invasivo. Estas reações podem ser avaliadas pela observação direta de comportamentos como gritar e chorar, através de autorrelato quando possível, e ainda, por medidas fisiológicas, como tensão muscular e batimentos cardíacos (La Montagne, Wells, Hepworth, Johnson & Manes, 1999; Linhares & Doca, 2010).

Entretanto, para ser possível realizar a avaliação mais completa de dor em crianças, deve-se levar em conta também variáveis relacionadas a características do indivíduo e de sua história de dor, do familiar-cuidador, da interação entre profissional e cuidador, e os aspectos culturais do contexto. Destacam-se ainda as variáveis psicológicas de natureza afetiva (como ansiedade, medo e estresse), cognitiva (incluindo percepção, atenção e memória) e comportamental (aprendizagem por condicionamento clássico e operante, e ainda por meio social) (Anand et al., 2006; Costa Junior, 1999; Linhares & Doca, 2010).

Do ponto de vista comportamental, as reações de distresse em procedimentos invasivos estão ligadas a processos básicos de condicionamento, onde as crianças apresentam reações involuntárias frente à punção venosa, pois a introdução da agulha na veia causa uma consequência aversiva (dor). A frequente exposição da criança a este procedimento doloroso tornará possível o emparelhamento dos estímulos condicionados de dor com estímulos neutros, como característica do ambiente, do profissional de saúde e o próprio dia da semana em que o procedimento ocorre. Com o decorrer do tempo, há uma ampliação da classe de estímulos condicionados que podem passar a ter a função discriminativa e/ou função estabelecadora para as respostas (iniciais) de distresse comportamental (Costa Junior, 1999; Lemos, 2007).

Depois que a classe de estímulos condicionados estiver formada, as respostas de distresse da criança começam a ser evocadas por vários estímulos que foram anteriormente emparelhados com o estímulo aversivo incondicionado (agulha). Assim, a criança pode antecipar suas reações de distresse frente a estímulos cada vez mais anteriores ao próprio procedimento invasivo que causa dor. Com o nível de ansiedade e medo aumentado, a criança acaba aumentando sua sensação de dor no momento do procedimento invasivo (Borges, 1999; Lemos, 2007).

Crianças pré-escolares costumam reagir à imediaticidade desses eventos gritando ou apresentando oposição física ou verbal antes do procedimento iniciar, o que acaba interferindo no trabalho de médicos e enfermeiros. Não apenas levando em consideração o momento em que o profissional de saúde segura o escalpe para realizar a punção, mas também no momento em que este profissional se aproxima da criança ou mesmo quando este entra na enfermaria. Em função disso, muitas vezes se torna necessário repetidas tentativas do procedimento invasivo, tornando-o mais doloroso e também elevando o nível de ansiedade dos profissionais de saúde e dos pais (Álvarez & Marcos, 1997; Costa Junior, 1999; Peterson et al., 2007).

É frequente encontrar-se na literatura comentários de que muitas crianças não se habituem aos procedimentos invasivos, mesmo depois de repetidas exposições a estes contextos. Este fato sugere, portanto, a necessidade de se realizar intervenções psicológicas de manejo da dor a fim de que os pacientes infantis aumentem a frequência de comportamentos de colaboração (Álvarez & Marcos, 1997; Costa Junior, 1999).

Assim, tem-se observado que experiências anteriores de dor influenciam o distresse comportamental ocasionado pela realização de repetidos procedimentos médicos invasivos. Visando minimizar tanto a dor quanto a ansiedade durante a realização de procedimentos invasivos, foram elaboradas técnicas comportamentais, como o ensino de estratégias de enfrentamento (Hain, Campbell, Space & Bauchner, 2001).

### **Estratégias de enfrentamento da dor**

Estudos (e.g. Le Roy et al., 2003) demonstram que tanto crianças quanto adolescentes apresentam comportamentos de ansiedade antes da internação para procedimentos cirúrgicos ou invasivos em hospitais. Quando confrontadas com tais situações estressoras, apresentam uma variedade de estratégias de enfrentamento e ainda assim podem aprender novas técnicas de controle da resposta de dor, que, se forem ensinadas de forma efetiva, favorecem a emissão de comportamentos adequados após a experiência de internação.

Destaca-se que algumas dessas estratégias podem ser aprendidas por meio de experiências individuais ou treinadas/ensinadas a partir de arranjos de técnicas que tem como objetivo diminuir o distresse comportamental durante procedimentos invasivos, como as técnicas cognitivas e comportamentais (Costa Junior, 2005).

As técnicas cognitivas e comportamentais permitem estabelecer novas contingências que podem alterar o controle funcional sobre os estímulos presentes no ambiente de tratamento que exercem controle sobre o comportamento da criança durante o procedimento invasivo (Chen, Joseph & Zeltzer, 2000; Costa Junior, 1999).

Em função dos complexos fatores envolvidos no manejo de procedimentos invasivos, muitos estudos passaram a focalizar essas técnicas, dentre elas: distração, relaxamento/respiração, modelação, reforçamento por contingência, ensaio comportamental e o uso de informações.

A *distração* consiste no uso de recursos que direcionam a atenção da criança para outras situações que não estejam relacionadas com o procedimento invasivo. Assim, a criança “distrai” a atenção dos estímulos presentes no ambiente imediato, alterando, portanto, a sua percepção sensorial do estímulo doloroso. Os estímulos são variados de acordo com as

condições de pesquisa, podendo-se utilizar videogames, desenhos animados, jogos de adivinhação, piadas, brinquedos, bolhas de sabão para soprar, músicas, contagem de números, livros com estímulos visuais e sonoros ou, então, estímulos internos como, por exemplo, imagens emotivas (Álvarez & Marcos, 1997; Ellis, Sharp, Newbook & Cohen, 2004; Linhares & Doca, 2010). Ressalta-se que, para estes estímulos serem efetivos na redução das reações sensoriais e emocionais, devem ter as seguintes características: (a) estimulem os sentidos; (b) sejam apropriados ao nível de desenvolvimento da criança; (c) sejam facilmente implementados; e, (d) possuam função reforçadora para a criança, garantindo seu interesse (Cavender, Goff, Hollon & Guzzetta, 2004).

Outra técnica é o *relaxamento/respiração* que ocorre quando há controle respiratório associado ao relaxamento progressivo de músculo. O objetivo é reduzir as reações de ansiedade, rigidez ou tensão muscular, associadas ao aumento da intensidade da dor. Para o controle da respiração, algumas pesquisas utilizam língua de sogra, e o cuidador ou o profissional de saúde conta em voz alta o número de vezes que a criança sopra para movimentar o objeto (Álvarez & Marcos, 1997; Linhares & Doca, 2010; Manne, Redd, Jacobsen, Gorfinkle & Schorr, 1990).

A técnica de *modelação* é baseada na exibição de imagens, através de filmes ou livros, nas quais são apresentadas crianças vivenciando situações similares àquelas que o paciente se defrontará e que lhe servem, portanto, como fonte de informação sobre o procedimento e modelo para observação de novos comportamentos. O objetivo é instalar novos comportamentos colaborativos que indiquem enfrentamento positivo durante a situação potencialmente produtora de dor (Chen *et al.*, 2000; Linhares & Doca, 2010).

No *ensaio comportamental*, o objetivo é fazer com que a criança coloque em prática as estratégias anteriormente ensinadas pelo psicólogo por meio de uma simulação, na qual ela finge que está executando o procedimento invasivo em um boneco e demonstra como o mesmo deveria reagir em uma situação desse tipo (Álvarez & Marcos, 1997; Borges, 1999).

O *reforçamento por contingências* visa fortalecer as respostas de colaboração da criança pelo fornecimento de consequências agradáveis, como elogios e entrega de certificados de coragem pelo bom comportamento, contingentes à emissão das mesmas (Álvarez & Marcos, 1997). Alguns autores consideram ainda o próprio reforçamento positivo como uma técnica comportamental, com o fornecimento de recompensa após os procedimentos dolorosos, quando houve a emissão de comportamentos positivos ou colaborativos, aumentando a probabilidade do aumento da frequência desses comportamentos colaborativos (Chen *et al.*, 2000; Linhares & Doca, 2010; Manne *et al.*, 1990).

Alguns aspectos devem ser considerados para a escolha e uso das técnicas cognitivas e comportamentais. De acordo com Kwekkeboom (1999), a técnica escolhida deve se adequar à estratégia de enfrentamento utilizada pela criança, suas habilidades cognitivas e as condições físicas da criança durante o procedimento. A história e o repertório comportamental também devem ser considerados, pois o nível de distresse comportamental apresentado por crianças pequenas em procedimentos invasivos tem-se mostrado maior do que o de crianças mais velhas (Chen *et al.*, 2000; Kasak, Penati, Brophy & Himelstein, 1998).

Uma das estratégias de enfrentamento utilizadas com crianças verbais é o oferecimento de *informações* acerca da doença e do tratamento, por meio de conversas com linguagem adequada à idade da criança, utilização de vídeos interativos e manuais informativos. Com maior conhecimento sobre a doença, há possibilidade de maior autocontrole, adesão ao tratamento, utilização de estratégias de enfrentamento mais adequadas e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida (Ferreira, 2005).

Para Iconomou, Vagenakis e Kalofonos (2001), tanto quanto o paciente, o cuidador deve ter acesso às informações do tratamento e do diagnóstico para aumentar a probabilidade de adesão e sucesso do tratamento do paciente. Tal afirmativa se baseia no argumento de que um dos fatores para o aumento do distresse comportamental dos pais/cuidadores de criança com câncer é a falta de informação e de entendimento sobre o tratamento. Conseqüentemente, ainda que o cuidador normalmente é algum membro da família que possui vínculo afetivo forte e suficiente para acompanhar as mudanças de hábitos e de rotina do paciente.

Nesse sentido, uma das tecnologias que tem se destacado é a instrução dos cuidadores e dos próprios pacientes através do uso de manuais, folhetos, cartilhas ou guias sobre a doença e/ou tratamento. Estes materiais educativos quando utilizados de forma eficiente (com instruções básicas e esclarecedoras) podem permitir ao paciente e ao seu cuidador um maior gerenciamento de sua saúde. Dessa forma, podem ajudar o profissional de saúde a maximizar o tempo limitado de que dispõe para educar o paciente e para intervir. Os manuais também podem fornecer consistência na aprendizagem do paciente (Nova Scotia Cancer Patient Education Committee, 2004). No caso de pacientes pediátricos, podem auxiliar seu cuidador servindo como guia de orientações para dúvidas e auxiliando na tomada de decisão sobre procedimentos (Torres, Candido, Alexandre & Pereira, 2009).

Estudos têm mostrado (e.g. Ferreira, 2005; Fonseca, Scochi, Rocha & Leite, 2004; Grippo & Fracolli, 2008; McGregor, Burton, Sell & Waddell, 2007; Noh *et al.*, 2009; Profeta da Luz, Pimenta, Rabello & Schall, 2003) que o uso de um material informativo, com linguagem simples, dicas de comportamentos adequados, ilustrações, acompanhado com a

leitura individualizada e simultânea com o paciente e cuidador tem sido eficaz no aumento do conhecimento sobre o tratamento, favorecendo o entendimento das prescrições e recomendações médicas. Auxilia também como incentivo à mudança de comportamento (e.g. tomar medicações no horário, cuidar da alimentação, aumento de autocuidado, discriminação de sintomas), além de possuírem elaboração simples e não terem altos custos.

Dessa forma, há um aumento de pesquisas se propondo a elaborar/desenvolver material informativo que auxilie a adesão ao tratamento, o desenvolvimento de autocuidado, o seguimento de prescrições médicas, o fornecimento de informações de riscos e cuidados pós-cirúrgicos, e ainda dicas para mudança de comportamentos com inclusão de hábitos saudáveis (Burke *et al.*, 2008; Cheung, Finegan, Torok-Both, Donnelly-Warner & Lujic, 2007; Fonseca *et al.*, 2004; Iconomou *et al.*, 2001; McGregor *et al.*, 2007; Vallance, Courneya, Plotnikoff & Mackey, 2008; Vallance, Courneya, Taylor, Plotnikoff & Mackey, 2008).

Alguns autores (e.g. Burke *et al.*, 2008; Cheung *et al.*, 2007; Francis *et al.*, 2008; Grippo & Fracolli, 2008; Oliveira, Fernandes & Sawada, 2008; Vallance *et al.*, 2008) têm-se interessado em verificar os efeitos do uso de materiais informativos. Tais pesquisas concordam haver, com o uso de manual, aumento no nível de entendimento e de informações sobre a doença e/ou tratamento, modificações positivas de crenças, estreitamento das relações com os profissionais de saúde, aumento de cuidados e, em alguns casos, relatos de mudança de comportamento com inclusão de atividades saudáveis de mudanças na alimentação.

Outras pesquisas, além da construção do material informativo, tem-se proposto a verificar a qualidade das informações e da apresentação encontrada nestes materiais. Dessa forma, Profeta da Luz *et al.* (2003) avaliaram a qualidade de 18 materiais informativos sobre leishmaniose, sendo quatro manuais, quatro estudos dirigidos, quatro cartilhas e folhetos. Estes autores identificaram problemas em todos os materiais, dentre eles, destacaram: falta de clareza no objetivo do manual, falta de referências bibliográficas, inadequação da linguagem, falha de identificação dos itens de conhecimento da doença, figuras inadequadas, além de erros de conceituação e informações equivocadas e preconceituosas. Os autores ressaltam a importância de se levar em conta todos estes aspectos para a elaboração de um material informativo sério e adequado, sugerindo, inclusive consulta com profissionais da área para que avaliem as informações por meio de testes-piloto com a população alvo, além da atualização constante das informações do manual.

Noh *et al.* (2009) ressaltam a importância de se considerar a idade da população alvo, seu nível de escolaridade e outras características que possam auxiliar na escolha e elaboração

de um material informativo, assim como a forma de acesso. Em sua pesquisa, Noh *et al.* procuraram identificar quais eram as informações que os pacientes com câncer cervical consideravam mais úteis e a melhor forma de adquiri-las. Estes autores encontraram que os pacientes mais jovens tinham preferência por folhetos de linguagem simples e ainda informações acessadas na internet (para aqueles que tinham acesso). Entretanto, os pacientes mais velhos apresentaram preferência por vídeos, programas de TV ou de rádio que discutissem o tema e o tratamento, aumentando seus conhecimentos sobre a doença, seu autocuidado e maior probabilidade de adesão ao tratamento.

Ferreira (2005) realizou uma pesquisa utilizando um manual educativo com acompanhantes de crianças com leucemia. Um dos objetivos foi verificar os efeitos sobre a compreensão das informações disponíveis e efeitos sobre os comportamentos de cuidado com a criança. Dessa forma, a pesquisadora realizou quatro encontros com cada cuidador, em esquema individual e sistemático, onde eram lidos e explicados os capítulos do manual com o cuidador, e nos três últimos encontros era realizado um check-list para identificar o grau de compreensão do cuidador, no que se referia ao conteúdo do encontro anterior.

Os resultados de Ferreira (2005) demonstraram que, ao final dos encontros, os cuidadores apresentaram respostas satisfatórias, com maior grau de entendimento sobre a leucemia, o tratamento, seus efeitos colaterais e os procedimentos da quimioterapia, como punção lombar e venosa. Segundo relato dos cuidadores, o manual também se mostrou útil no aumento de comportamentos de cuidado e maior interação com as crianças, com conversas explicativas sobre o tratamento. Observou-se que informações sobre o tratamento podem auxiliar os cuidadores na adesão ao tratamento da criança com leucemia. Também ocorreram relatos de diminuição da ansiedade e aumento da ocorrência na frequência de comportamentos de autocuidado. Outra contribuição do manual para a instituição e para os cuidadores foi a disponibilização de um guia de referência para monitorar os sintomas e comportamentos da criança, possibilitando ao cuidador identificar e antecipar os cuidados com o paciente.

De acordo com Ferreira (2005), a literatura nacional sobre o uso de manuais educativos tem-se mostrado muito escassa. Os poucos artigos encontrados sobre elaboração de manual estão em língua inglesa, sem tradução oficial para a língua portuguesa. São necessárias ainda mais pesquisas que mostrem os efeitos do uso de manual e de suas informações, especialmente na mudança de comportamentos típicos de distresse da criança e/ou de seu cuidador.

Em uma revisão sistemática sobre a eficácia de intervenções psicológicas para redução de dor e distresse durante a rotina de imunização de crianças, Chambers *et al.* (2009) encontraram dados de que exercícios de respiração são eficazes em reduzir níveis de distresse observado; técnicas de distração são efetivas tanto para reduzir o distresse observado em crianças como em pais e em enfermeiras durante a imunização; o treino direto com pais (*coaching*) se mostrou eficaz na redução do distresse observado; assim como o uso de combinação de intervenções de técnicas cognitivas e comportamentais se mostrou eficaz tanto para reduzir a dor relatada pelas crianças quanto o distresse observado na criança e em seus pais. Os resultados de Chen *et al.* (2000) sugerem também, que a combinação de técnicas cognitivas e comportamentais tem se mostrado mais eficaz para reduzir distresse em crianças e em seus pais durante procedimentos invasivos, do que o uso de técnicas isoladas.

Uma meta-análise foi realizada por Uman *et al.* (2008) com o objetivo de identificar a eficácia das técnicas cognitivas e comportamentais como manejo para redução de dor e distresse em procedimentos invasivos em crianças e adolescentes. Os autores encontraram que 20,65% da redução do nível relatado de dor pode ser atribuída às intervenções psicológicas. Os autores identificaram que dentre as intervenções psicológicas, as mais eficazes foram a distração, a hipnose e a combinação de técnicas cognitivas e comportamentais. Ressaltam ainda que a eficácia das técnicas depende de vários fatores, como a idade da criança, a natureza do procedimento, a história prévia da criança com procedimentos invasivos e sua estratégia de enfrentamento. Os autores alertam também para a importância de profissionais de saúde e os pais/cuidadores serem treinados para acompanharem as crianças nos procedimentos invasivos.

### **O papel do cuidador**

O diagnóstico de câncer em adulto já traz em si vários prejuízos e mudanças de hábito que dependem do próprio paciente a forma como o tratamento vai ser administrado. Quando a doença surge em paciente infantil, o tratamento ocorre de maneira diferente, pois ela depende de cuidadores (na maioria dos casos, os pais) para administrar tanto a medicação quanto a modificação de hábitos e comportamentos compatíveis com o tratamento. Além disso, pode-se considerar que ocorre um rompimento no desenvolvimento típico desta criança, pois esta acaba por ter suas atividades e tempo limitado, decorrente de internações hospitalares, efeitos colaterais das medicações ou limitações da própria doença (Costa Junior, 2004; Piccinini, Castro, Alvarenga, Vargas & Oliveira, 2003).

Ressalta-se que a mudança não ocorre apenas na rotina da criança com câncer, mas também há uma mudança em todos os membros da família que lidam diretamente com a mesma. Pesquisas têm apontado alguns fatores determinantes que podem provocar desequilíbrio na família, especialmente no cuidador, da criança com câncer, sendo eles: longo período de hospitalização e tratamento; terapêutica medicamentosa agressiva, com efeitos colaterais desagradáveis; limitações de compreensão do diagnóstico e tratamento; interrupção das atividades diárias, seja o afastamento da criança da escola, seja a necessidade do cuidador principal se retirar do emprego e de sua vida social; desajuste financeiro; conflitos conjugais; dificuldade dos irmãos em lidar tanto com a doença quanto com a diminuição da atenção dos pais; além de recorrentes episódios de angústia, sofrimento comportamental, medo da possibilidade de morte (Campos, Rodrigues, Machado & Alvarez, 2007; Costa & Lima, 2002; Gilbar, 2002; Guimarães & Ribeiro, 1997; Kohlsdorf & Costa Junior, 2010; Mensorio, Kohlsdorf & Costa Junior, 2009; Nascimento, Rocha & Hayes, 2005; Shiota, Santos & Miyazaki, 2004; Steffen & Castolai, 2006).

Um dado interessante, encontrado por Gilbar (2002) e Goldbeck (2001), foi a caracterização dos cuidadores como predominantemente do gênero feminino. Na maioria dos casos, a divisão de gênero tem-se mostrado assim: as mães se tornam as cuidadoras principais da criança enferma, enquanto os pais se responsabilizam pela parte financeira e pelos cuidados com a casa.

Neste sentido, uma importante questão levantada pela literatura sobre técnicas cognitivas e comportamentais de manejo da dor diz respeito à escolha de quem deve ser o alvo direto da intervenção, se a criança ou os seus pais. Para propósitos didáticos, Borges (1999) dividiu em três grupos os tipos de pesquisa, conforme o enfoque principal da intervenção realizada: a) *Intervenções focalizadas na criança*, cujo objetivo está na promoção de habilidades de enfrentamento e na consequente diminuição do distresse decorrente de procedimentos médicos invasivos; b) *Intervenções voltadas para o fornecimento de competências parentais (parent-led)*, nas quais os pais participam diretamente, fornecendo instruções à criança antes e/ou durante o procedimento médico invasivo, para que a mesma empregue as técnicas aprendidas por eles em um treino prévio; c) *Intervenções focalizadas nos pais (parent coaching)*, onde há um treino através de técnicas para redução de distresse e ansiedade dos pais combinadas com o desenvolvimento de outras habilidades que auxiliem o manejo com a criança, envolvendo empatia, carinho, redução de comportamentos de críticas, dentre outras.

Pesquisas, como a de Vance e Eiser (2004), têm demonstrado grande influência dos comportamentos dos pais/cuidadores sobre o comportamento de crianças com doenças crônicas, como o câncer, indicando correlações positivas entre o distresse dos pais em relação ao distresse nos filhos (Cline *et al.*, 2006; Gilbar, 2002; Rodriguez *et al.*, 2012), relação entre pais ansiosos e depressivos influenciando diretamente comportamento disfuncional da criança (Goldbeck, 2001; Sieberg, Williams & Simons, 2011). Todas estas pesquisas apontam para a importância de se desenvolver intervenções comportamentais focalizadas diretamente na redução da ansiedade dos pais de crianças submetidas a procedimentos invasivos, como uma forma de se alcançar resultados mais eficazes no que diz respeito à ampliação do repertório de enfrentamento da criança durante essas situações, tendo em vista que o nível de ansiedade apresentado pelos pais (principalmente a mãe) pode ser uma variável que influencie o comportamento da criança durante o procedimento invasivo, assim como pode servir de modelação do comportamento da criança frente a estas situações.

Entretanto, alguns estudos não encontraram essa correlação, como o de Lemos (2007), onde foram observados comportamentos de crianças com câncer, cuidadores e auxiliares de enfermagem durante a punção venosa, levando em consideração também outros aspectos como a relação do nível de ansiedade dos pais e o comportamento das crianças. Seus resultados não apontaram correlação significativa entre a ansiedade dos pais e o distresse comportamental observado nas crianças durante a execução do procedimento invasivo.

A revisão sistemática realizada por Vance e Eiser (2004) sugere que, durante o procedimento invasivo, o nível de distresse e de ansiedade da criança diminui quando os próprios pais são utilizados como “coaching”, emitindo comportamentos baseados em técnicas comportamentais, como a distração e o reforço positivo. Entretanto, comportamentos de críticas, desculpas ou ainda dar o controle para a criança, permitindo que ela não queira realizar o procedimento, aumentam o nível de ansiedade e distresse tanto na criança quanto nos pais. Outra relação encontrada envolve comportamentos de diálogo dos pais com os filhos, encorajando-os a usar alguma estratégia de enfrentamento ou incentivando comportamentos colaborativos, os quais são eficazes apenas durante o procedimento invasivo, pois, se forem utilizados antes do procedimento, podem causar ansiedade nas crianças.

De um modo geral, estudos sobre o tema do manejo da dor têm apontado o treinamento de pais como um recurso útil e importante no aumento do senso de autocontrole parental e na diminuição da ansiedade sentida por eles como decorrência, principalmente, da incerteza do papel que devem desempenhar junto a seu filho durante a realização do

procedimento invasivo, bem como da antecipação que fazem do sofrimento da criança. Tais estudos sugerem que, a redução da ansiedade e o autocontrole parental têm sido apontados como elementos que contribuem para diminuir o distresse manifestado pela criança durante o procedimento doloroso (Borges, 1999; Chen *et al.*, 2000; Christensen & Fatchett, 2002; Cline *et al.*, 2006; LaMontagne *et al.*, 1999; Rodriguez *et al.*, 2012; Shiota *et al.*, 2004).

Christensen e Fatchet (2002) apontam algumas vantagens do treino dos pais/cuidadores para o uso da distração: (1) estarem livres para tentar atrair a atenção da criança, já que não possuem a responsabilidade de conduzir o procedimento médico; (2) são eles que geralmente sabem os estímulos que podem atrair a atenção da criança; e, (3) uma vez que aprendam a empregar a técnica da distração, os pais podem generalizar essas habilidades para outros eventos.

Estudos sobre treino parental em técnicas cognitivas e comportamentais mostram que o ensino e o treino dessas técnicas reduzem os comportamentos de distresse dos pais. Além disso, também os capacita a estimular a criança à utilização das técnicas ensinadas tanto antes quanto durante e depois do procedimento invasivo, fatores apontados como responsáveis pela redução do distresse e pelo desenvolvimento das habilidades de enfrentamento da doença pela criança (Christensen & Fatchet, 2002; Kleiber, Craft-Rosenberg & Harper, 2001; LaMontagne *et al.*, 1999; Sieberg *et al.*, 2011).

Observa-se, então, que o treino parental pode ser uma alternativa eficiente e inclusive não onerosa para o manejo de distresse de crianças durante procedimentos invasivos, podendo até garantir a generalização das novas habilidades adquiridas para outros contextos similares. Dessa forma, os pais funcionam como modeladores de comportamento dos filhos.

### **Práticas parentais**

Por outro lado, a condição de saúde da criança é um fator que possui implicações na determinação das práticas educativas utilizadas pelos pais, isto é, no controle e orientação dos comportamentos dos filhos. A forma como a criança irá reagir à doença irá depender primeiramente dos aspectos da doença, das limitações que esta doença pode trazer às atividades diárias da criança, o tipo de tratamento, número de internações, tipos de relações familiares, status social, nível de escolaridade dos pais e, não menos importante, a forma como seus cuidadores se comportam em relação à criança enferma (Herman & Miyazaki, 2007; Piccinini *et al.*, 2003).

Levando em conta a forma como os pais educam seus filhos, Baumrind (1968) desenvolveu um dos primeiros modelos teóricos sobre os estilos parentais. Esta autora

defende que o estilo parental dos pais influenciará a maneira como a criança irá se comportar futuramente, sua autoestima, seus valores e formas de agir quando chegar à idade adulta. Considera ainda que variáveis culturais da sociedade influenciariam o tipo de educação e práticas parentais dos pais em relação aos filhos.

Dessa forma, Baumrind (1968) propõe um modelo teórico de classificação com três estilos parentais. O primeiro estilo parte do contexto em que se acreditava que os pais eram responsáveis por manter a ordem dentro de casa e sobre a família. Nesse sentido, surge o *estilo autoritário*, onde a obediência era uma virtude filial, garantida por meio de punição e/ou medidas de força. Assim, os pais apresentariam comportamentos de alto controle sobre o comportamento dos filhos, poucos comportamentos de demonstração de afeto e diálogo e frequente uso de medidas punitivas (Boeckel & Sarriera, 2005; Weber, Prado, Viezzer & Brandenburg, 2004).

Pais autoritários demonstram uma comunicação coercitiva na relação com seus filhos, aumentando a probabilidade de seus filhos apresentarem problemas de comportamentos (Cecconello, Antoni & Koller, 2003; Gomide, Salvo, Pinheiro & Sabbag, 2005; Salvador & Weber, 2005). Em casos de filhos com diagnósticos de uma doença crônica, como o câncer, o prejuízo dessa relação apresenta consequências maiores, não apenas na comunicação coercitiva entre pais-filhos, como nas atitudes perante o tratamento (Vance & Eiser, 2004). Pais autoritários, com dificuldade de empatia e de demonstração de afeto, apresentam maior ansiedade frente a procedimentos invasivos, especialmente quando as crianças apresentam altos níveis de distresse, não apresentando habilidades de enfrentamento ou toques e carinhos que auxiliem as crianças a diminuir o medo ou a ansiedade (Peterson et al. 2007; Lemos & Ferreira, 2010).

O segundo estilo parental proposto é o *permissivo*, onde os pais partem da ideia de que as crianças possuem uma disposição natural à socialização e ainda uma capacidade para se autoatualizarem. Nesse sentido, os pais assumem uma postura de aceitação e se veem como recurso facultativo que a criança pode utilizar quando for necessário (Boeckel & Sarriera, 2005). Neste estilo, os pais não utilizam medidas punitivas, mas também não possuem comportamentos de direcionamento nem modelação em relação ao comportamento de seus filhos.

Vale ressaltar que, posteriormente, o estilo parental permissivo foi dividido em dois estilos por Maccoby e Martin (1983, citado por Weber *et al.*, 2004), de acordo com o nível de exigência e de responsividade, em: a) *indulgente*: pais responsivos e não exigentes (com excesso de comportamentos de carinho e superproteção); e b) *negligente*: pais que

apresentam déficit em todas as áreas educativas, especialmente na falta de comportamentos de carinho, superproteção, cuidado e responsividade.

Nesse sentido, estudos (e.g. Cecconello, et al., 2003; Eckshtain, Ellis, Kolmodin & Naar-king, 2010; Gomide et al., 2005; Paiva & Ronzani, 2009; Salvador & Weber, 2005) têm encontrado resultados consistentes de que estilos parentais negligentes ou indulgentes podem influenciar, negativamente, o desenvolvimento e comportamentos futuros de seus filhos. Consequentemente possibilitam a formação de um lar estressante e coercitivo para a criança, pois a mesma não aprende a discriminar regras, limites, valores morais, os quais as prejudicariam na vida futura.

No caso de crianças com câncer, pais que apresentam estilos parentais negligentes e/ou permissivos tendem a prejudicar a adesão ao tratamento destas crianças. Estes pais apresentam maior número de atrasos e cancelamento às consultas médicas, apresentam pouca preocupação em relação às implicações da doença, e dificuldade na administração da medicação em casa, prejudicando não só o tratamento em si, como a possível modelação ou aprendizagem da criança de comportamentos de autocuidado e responsabilidade pelo seu tratamento (Manne, Jacobsen, Gorfinklen, Gerstein, & William, 1993; Vance & Eiser, 2004; Wakefield et al., 2010).

O último estilo proposto por Baumrind (1968), o *autoritativo* ou *autorizante*, se refere ao cuidador que não assume uma postura muito rígida nem tão permissiva. Nesse sentido, garantiria um controle parental mais eficaz, onde o comportamento dos pais se caracteriza por diálogo com os filhos, educação direcionada de maneira racional e orientada, e presença frequente de comportamentos de demonstração de afeto.

O estilo autoritativo se apresenta como o estilo mais adequado para o desenvolvimento de uma criança, possibilitando tanto o desenvolvimento físico quanto o psicológico adequado (Reichert & Wagner, 2007; Sapienza, Aznar-Farias, & Silves, 2009; Weber, Brandenburg, & Viezzer, 2003), quanto o aumento dos cuidados necessários durante tratamentos de doenças crônicas. Neste sentido, leva em conta, desde a pontualidade em consultas e administração de remédios até comportamentos de suporte emocional e enfrentamento durante procedimentos invasivos (Manne *et al.*, 1993; Peterson *et al.*, 2007; Vance & Eiser, 2004; Wakefield *et al.*, 2010).

A classificação ampla dos estilos parentais inclui um conjunto de práticas específicas que, de acordo com sua frequência, podem caracterizar um ou outro estilo. As *Práticas Parentais* são estratégias usadas pelos pais para desenvolver nos filhos a disciplina, comportamentos sociais adequados, estimular a independência, a autonomia e a

responsabilidade, modelando os comportamentos considerados adequados (Gomide et al., 2005; Sampaio & Gomide, 2007).

Gomide (2006) apresenta as práticas educativas divididas em dois grupos: as *práticas educativas positivas* e as *práticas educativas negativas*. Dependendo da frequência e da intensidade que o casal (pais) as utiliza, podem favorecer o desenvolvimento tanto de comportamentos pró-sociais, quanto anti-sociais. As práticas que contribuem para o desenvolvimento do comportamento pró-social, denominadas de práticas positivas, são a *monitoria positiva* e o *comportamento moral*. As denominadas de práticas educativas negativas, que quando usadas frequentemente desenvolvem o comportamento anti-social, são: *monitoria negativa*, *negligência*, *disciplina relaxada*, *abuso físico* e *punição inconsistente* (Gomide, 2006; Gomide et al., 2005; Sampaio & Gomide, 2007).

Algumas pesquisas (e.g. Bolsoni-Silva & Martunaro, 2002; Reichert & Wagner, 2007; Salvador & Weber, 2005; Sapienza *et al.* 2008; Weber, Selig, Bernardi & Salvador, 2006) demonstram correlação entre o nível educacional dos pais e o sucesso escolar dos filhos e a transmissão intergeracional de estilos parentais; correlação positiva entre a autonomia dos filhos em relação a pais responsivos, que demonstravam afeição e possuíam monitoria positiva como prática parental; pais que apresentam monitoria positiva, maior demonstração de afeto e diálogo, aumentam a probabilidade de seus filhos apresentarem competência social ao se tornarem adolescentes.

Observando os resultados encontrados nas pesquisas citadas, nota-se que inúmeras variáveis podem influenciar o desenvolvimento adequado e saudável de uma criança. Nesse sentido, chama-se a atenção para a importância de identificar as influências dos comportamentos adotados pelos cuidadores tanto durante o tratamento do câncer quanto quando as crianças com câncer sobrevivem.

Assim, diante da doença e da percepção do sofrimento da criança com câncer, os pais e/ou cuidadores podem apresentar dificuldades na forma de lidarem com o filho. A literatura mostra que os pais tendem a desenvolver sentimentos “de pena e de culpa” que os levam a adotar comportamentos excessivamente permissivos, deixando de impor limites e facilitando o desenvolvimento de problemas de comportamento. Pode ocorrer também aumento do nível de estresse dos pais e da criança, influenciando diretamente a adesão ao tratamento e desajuste familiar (Gomes *et at.*, 2004; Herman & Miyazaki, 2007; Piccinini *et al.*, 2003; Shiota et al., 2004; Wakefield *et al.*, 2010).

Nesse sentido, o estilo parental adotado pelos pais e/ou cuidadores é considerado importante para o desenvolvimento de comportamentos saudáveis da criança, especialmente as portadoras de doenças crônicas, como o câncer.

Práticas parentais adequadas podem contribuir para auxiliar o manejo diário de uma criança que, além de apresentar necessidades próprias do desenvolvimento, também necessita atender a demanda de cuidados especiais provenientes de seu estado de saúde alterado (Kazak, Simms & Rourke, 2002).

Em uma revisão sistemática realizada por Vance e Eiser (2004), procurou-se encontrar estudos que demonstrassem como os comportamentos dos pais podem afetar as reações dos filhos (crianças) durante o tratamento do câncer. Estes autores encontraram 24 artigos que cumpriam tais critérios, publicados entre os anos de 1987 e 2001, cujos participantes eram crianças entre três e 13 anos, aproximadamente, com diagnóstico de câncer.

Em relação às práticas parentais, Vance e Eiser (2004) encontraram artigos sugerindo que pais permissivos possuíam maior probabilidade de não aderir ao tratamento tanto em casa quanto no hospital, e que os filhos destes pais possuíam menos probabilidade de apresentar comportamentos colaborativos em procedimentos dolorosos. Por outro lado, pais com disciplinas e comportamentos muito rígidos aumentavam o nível de medo e distresse nos filhos. Entretanto, os pais que apresentavam diálogo, instruíam os filhos a apresentar estratégias de enfrentamento adequadas e possuíam comportamentos ativos (como a distração) durante o procedimento invasivo, garantiam menores índices de distresse e ansiedade nas crianças.

Por fim, Vance e Eiser (2004) compararam comportamentos de pais de crianças saudáveis com pais de crianças portadoras de doença crônica (câncer). Os artigos analisados sugerem indícios de que pais de crianças com câncer apresentam menos exigências, maior superproteção, especialmente após o diagnóstico e ao início do tratamento. Os autores concluem focalizando em três principais pontos: 1) intervenções para problemas de comportamento durante o tratamento são mais eficazes quando focadas tanto na criança quanto nos pais; 2) considerando a evidência de que pais de crianças com câncer ficam incertos com o modo de educar, programas específicos para práticas parentais podem ser úteis e benéficos para o futuro da criança; e, 3) há evidência de que o comportamento dos pais é crucial para determinar o ajustamento da criança ao seu tratamento, especialmente depois do diagnóstico.

Na literatura nacional, foi possível encontrar um estudo realizado por Herman e Miyazaki (2007), o qual procurou avaliar o impacto de um programa de treino de práticas

parentais com cuidadores de crianças com câncer. Essa pesquisa demonstrou a eficácia de um programa baseado no desenvolvimento de habilidades sociais e de práticas parentais, diminuindo comportamentos de superproteção, aumentando os escores de comportamentos de afeto e diálogo em relação aos pais. Em relação à criança, depois do programa realizado com os pais, observou-se que os comportamentos agressivos reduziram significativamente, garantindo maior compreensão do tratamento e suas etapas pelas crianças e, conseqüentemente, aumento de seus comportamentos colaborativos e sua adesão ao tratamento.

Considerando então, que o tipo de interação mantida entre pais e filhos, variando dentre os estilos e práticas parentais, possui correlação positiva com a forma como estas crianças irão se comportar frente a determinadas situações (e.g. procedimento invasivo) e como se comportarão no futuro (como o desenvolvimento de autonomia e a presença de padrão de comportamento moral), nota-se a importância de intervenções de treino parental que possam garantir que essa interação seja adequada. No caso de crianças com câncer, as quais estão sujeitas a um rompimento no processo típico de desenvolvimento, estas práticas se tornam ainda mais importantes, pois demandam aumento de comportamentos de cuidado do responsável pela criança durante o tratamento, especialmente durante a exposição a procedimentos médicos invasivos.

Com base na literatura consultada, supõe-se que o cuidador com estilo parental positivo pode possibilitar melhores estratégias de enfrentamento à criança, diminuindo o nível de estresse e ansiedade desta e, ainda, modelando seu comportamento colaborativo para outras situações similares. Entretanto, estudos sobre esta temática ainda são escassos, principalmente em relação aos efeitos de diferentes procedimentos de intervenção com os cuidadores sobre o comportamento de crianças com câncer, justificando a realização do presente estudo.

## OBJETIVO

### **Geral:**

Analisar os efeitos de instrução e de treino parental sobre comportamentos observados em cuidadores de crianças com diagnóstico de câncer durante procedimento de punção venosa para quimioterapia em ambulatório.

### **Específicos:**

- a) Caracterizar o repertório de comportamentos apresentados pelos cuidadores e pelas crianças durante a realização de punção venosa.
- b) Analisar os efeitos do uso de um manual de orientação aos cuidadores sobre punção venosa, em relação aos comportamentos dos cuidadores e das crianças.
- c) Analisar os efeitos do uso de um treino parental com cuidadores sobre punção venosa, em relação aos comportamentos dos cuidadores e da criança.

## MÉTODO

### **1. Participantes**

Participaram deste estudo, nove cuidadores de crianças em tratamento quimioterápico acompanhadas no ambulatorio de um hospital especializado no tratamento de doenças crônico-degenerativas localizado na cidade de Belém-PA.

Os participantes foram selecionados a partir dos seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 18 anos, ser o cuidador principal da criança (que deveria ter idade entre quatro a 12 anos, ter diagnóstico de câncer com indicação para ser submetida ao tratamento quimioterápico ambulatorial e já ter sido submetida a, pelo menos, uma sessão de quimioterapia) e concordar em participar desta pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido [TCLE] (Anexos 1, 2 e 3).

Foram excluídos do estudo os cuidadores que estavam acompanhando crianças com comorbidades ou com quadro clínico grave, os que apresentaram dificuldades para entender as instruções do procedimento do estudo, os cuidadores de crianças com indicação apenas para tratamento cirúrgico em curto prazo e aqueles que não concordaram em assinar o TCLE.

## 2. Ambiente

O hospital onde o estudo foi realizado é considerado como um centro de referência para o tratamento de doenças crônico-degenerativas na região Norte do país. Este hospital atende a uma clientela constituída, principalmente, por pessoas de baixa renda e oriundas do interior do Estado do Pará, de acordo com Lemos (2005).

O estudo também foi realizado nos domicílios dos participantes, no caso daqueles residentes em Belém, ou ainda em casas de apoio, no caso de participantes que residiam em outra cidade. Casas de apoio são locais que oferecem leito e moradia temporária ao paciente e seu acompanhante com o objetivo de garantir o início e o término do tratamento.

## 3. Instrumentos

a) *Roteiro de entrevista* (Anexo 4): elaborado para este estudo com o objetivo de coletar informações sobre histórico de hospitalização e de cirurgia da criança; história de exposição, tanto da criança quanto de seu cuidador, a procedimentos invasivos; descrição de comportamentos apresentados pelo acompanhante e pela criança nestes contextos, assim como acerca da interação entre eles, antes, durante e após a execução do procedimento invasivo.

b) *Questionário sociodemográfico* proposto pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa [ABEP] ([www.abep.org](http://www.abep.org)).

c) *Child Behavior Checklist (CBCL)* – ou Lista de Verificação Comportamental para Crianças e Adolescentes: utilizado para avaliar o funcionamento psicossocial de crianças e adolescentes com idade de um ano e meio a 18 anos, considerando o relato dos pais. É composto por 138 itens, sendo 20 que avaliam competência social e 118 que avaliam problemas de comportamento. A primeira parte do questionário engloba habilidades sociais, participação em organizações, contato com colegas, participação em esportes e desempenho acadêmico. A segunda abrange problemas emocionais e comportamentais, como comportamentos de isolamento, queixas somáticas, ansiedade e depressão, problemas sociais, problemas no pensamento, problemas na atenção, comportamento delinquent e comportamento agressivo. Os comportamentos são analisados em escores relativos a Escore Total, Internalizante e Externalizante. Os resultados ponderados no CBCL permitem classificar a criança em normal, limítrofe ou clínica (Bordin, Mari & Caiero, 1995; Salvo, Silveiras & Toni, 2005). Para as escalas sociais, a criança é classificada como *clínica* quando obtêm escore abaixo de 30, *limítrofe* entre 30 e 33 e *normal* acima de 33. Para as escalas comportamentais, *clínica* acima de 70, *limítrofe* entre 67 e 70, e *normal* inferior a 67. Para o

escore total, *clínica*, acima de 63, *limítrofe*, entre 60 e 63, e *normal*, abaixo de 60 (Salvo et al., 2005).

d) *Instrumento de Avaliação das Relações Familiares* (Parental Bonding Instrument [PBI], Parker, Tupling & Brown, 1979). Este instrumento pode ser aplicado em todas as classes sociais por possuir consistência interna e confiabilidade (Rezende, 2001). O PBI mede quatro dimensões do suporte familiar com as seguintes características: Dependência (controle, infantilização, contato excessivo e prevenção de comportamentos de independência); Autonomia (permissão de independência e de autonomia); Atenção (afeição, empatia e proximidade) e Rejeição e Negligência. (Anexo 5)

e) *Escala de Avaliação Comportamental* denominada originalmente como *Observation Scale of Behavior Distress* (OSBD): elaborada em 1983 por Jay, Ozolins, Elliott e Caldwell, foi adaptada no Brasil por Borges (1999) e Costa Junior (2001). Contém 11 categorias morfológicas de comportamento, definidas operacionalmente, e que abrange respostas verbais, vocais e motoras da criança, indicativas do sofrimento experienciado em situações de procedimentos médicos invasivos (Costa Junior, 2001), assim como as do seu cuidador. O registro das categorias contidas na OSBD é feito a cada intervalo de 15 segundos, em um sistema de checklist, onde cada categoria é registrada como presente ou ausente. A OSBD, originalmente, possui as seguintes categorias de comportamento: buscar informação, buscar suporte emocional, chorar, comportamento nervoso, dor verbal, conter fisicamente a criança, gritar, medo verbal, rigidez muscular, movimento físico e resistir fisicamente (Costa Junior, 2001). Para este estudo, as categorias foram adaptadas de acordo com os dados obtidos, tendo como base as categorias prévias criadas por Costa Junior (2001).

f) *Protocolo de observação direta* (Anexo 6): utilizado no estudo de Borges (1999), este instrumento consiste em uma folha de registro em forma de checklist, na qual registra-se a presença ou ausência das categorias de comportamento indicadas na OSBD. O protocolo de observação facilita o registro das categorias comportamentais apresentadas pela criança, pelo acompanhante e pelo profissional que conduziu o procedimento invasivo, bem como as interações desenvolvidas pela tríade ao longo do procedimento invasivo (considerando o momento em que o profissional de saúde se aproxima do leito da criança, realiza o procedimento invasivo e se afasta após finalizar o mesmo).

g) *Manual de orientação para cuidadores sobre punção venosa em crianças* (Anexo 7): elaborado por Brasiliense (2012), tem o objetivo de instruir cuidadores de crianças em tratamento quimioterápico com informações acerca do que é quimioterapia, como é feita a punção venosa e, ainda, instruções e sugestões, através de figuras, de dicas/reações

comportamentais que os cuidadores poderiam ter em três eixos principais: carinho/suporte, negligência/agressão e atenção/distração (Anexo 7).

h) *Escala de avaliação do Manual*, adaptada de Lima (2009): esta escala tinha o objetivo de verificar se as instruções do manual conseguiram tirar dúvidas e aumentar o conhecimento do cuidador sobre punção venosa, se houveram dúvidas sobre o conteúdo do manual e ainda obter sugestões/comentários para o manual (Anexo 8).

i) *Protocolo para treino parental*: elaborado para este estudo com base em Pinheiro, Del Prette e Haase (2002); consta de três encontros programados para auxiliar os pais a desenvolverem habilidades sociais com vistas a desempenharem papel de coterapeutas no momento da punção venosa, auxiliando a criança no enfrentamento do procedimento invasivo (Anexo 9).

## **4. Procedimento**

### **4.1. Coleta de dados**

Após a aprovação do projeto pelo hospital e pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEP/ICS, Protocolo No. CAAE 0665.0.000.073-11, Parecer nº 080/11, Anexo 10), fez-se a ambientação das pesquisadoras ao contexto em que a pesquisa seria realizada, por meio de observação da rotina dos atendimentos e realização de um estudo piloto para o treinamento das pesquisadoras na aplicação dos instrumentos de coleta de dados, no período de dois meses. O treinamento foi necessário até o momento em que o teste de concordância, entre a pesquisadora e sua auxiliar, resultou em 80%, considerando um total de 30 sessões de observações realizadas.

Em seguida, foram feitos convites aos cuidadores de crianças presentes no ambulatório de quimioterapia do hospital para a participação na pesquisa.

Ao longo de sete meses de coleta de dados, foram realizados 60 convites a cuidadores de crianças com câncer em tratamento quimioterápico ambulatorial. Destes, 40 participantes estavam dentro dos critérios de inclusão para o estudo, dos quais cinco não aceitaram participar, vinte e seis saíram da pesquisa em alguma fase e nove foram os participantes com os quais foi possível realizar todas as etapas. O tempo de coleta de dados foi de, aproximadamente, três meses com cada participante, variando entre um e cinco meses.

Com a obtenção do TCLE dos cuidadores que se enquadravam nos critérios de inclusão, fez-se a primeira observação de uma sessão de punção venosa para a realização de quimioterapia na qual os comportamentos emitidos pela criança e pelo cuidador foram registrados sequencialmente em gravador de áudio.

Em seguida, fez-se acordo com os cuidadores para a realização de tantos encontros quantos fossem necessários para a aplicação do *Roteiro de Entrevista*, do *Questionário sociodemográfico* proposto pela ABEP, do *PBI* e do *CBCL (Child Behavior Checklist)*. Após a aplicação destes instrumentos, os participantes foram distribuídos, por ordem de ingresso no estudo, em uma de três condições.

### **Condição 1: Rotina**

Nesta condição, três participantes foram submetidos a três sessões de observação direta realizadas em ambulatório durante procedimento de punção venosa para quimioterapia com a criança. Tais sessões ocorreram em intervalos médios de duas semanas e eram gravadas em áudio.

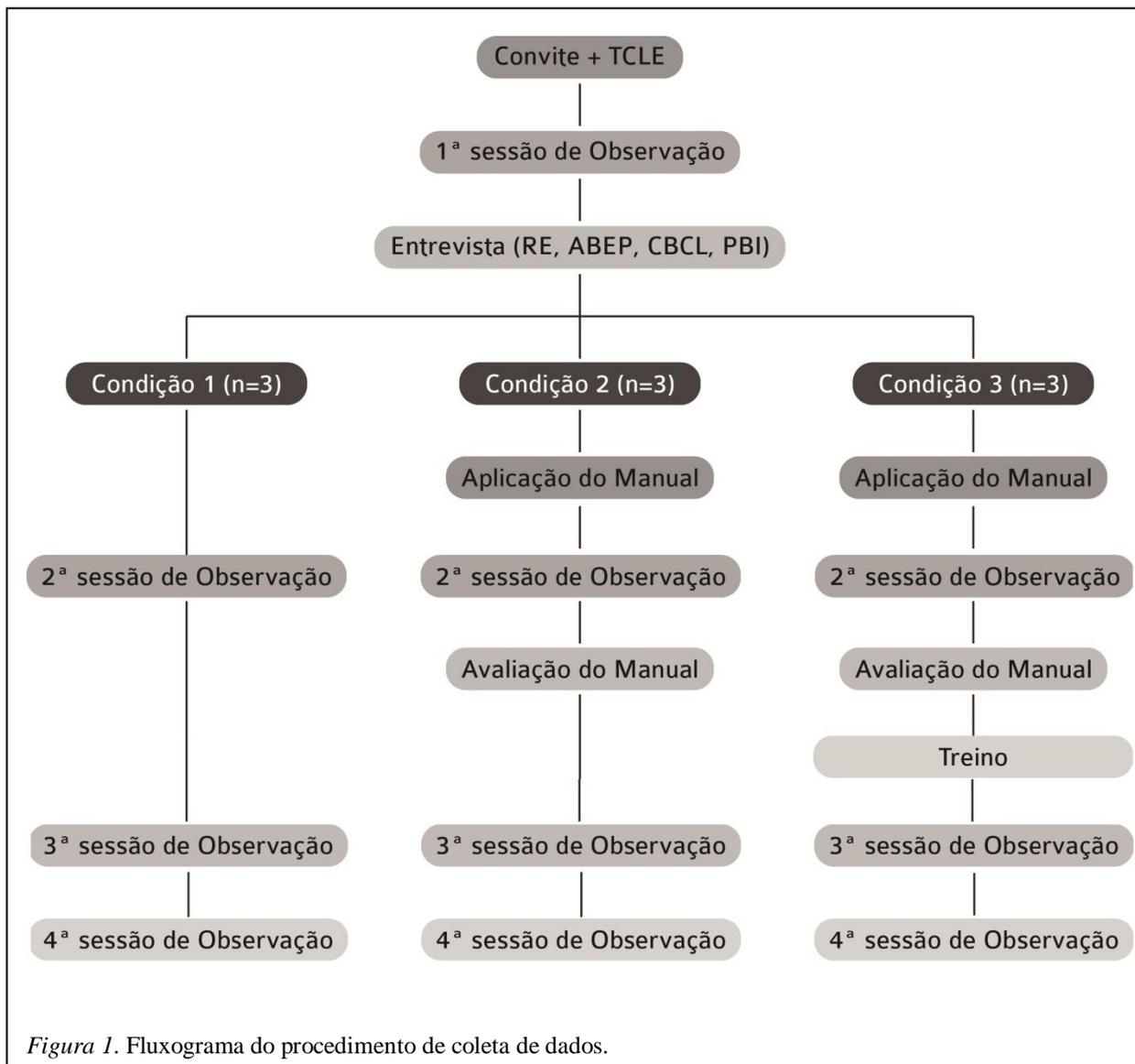
### **Condição 2: Manual**

Nesta condição, três participantes receberam o *Manual de orientações sobre quimioterapia e punção venosa*, o qual foi lido individualmente e em conjunto com a pesquisadora de modo a esclarecer quaisquer dúvidas. Após duas semanas, foram realizadas três sessões de observação direta do procedimento de punção venosa para quimioterapia com a criança, em intervalo de, no mínimo, uma semana.

### **Condição 3: Treino parental**

Nesta condição, três participantes também receberam e leram, individualmente e junto com a pesquisadora, o *Manual de orientações sobre quimioterapia e punção venosa*. Posteriormente, realizou-se a segunda sessão de observação direta da punção venosa realizada com a criança. A partir dos resultados obtidos por meio do PBI, foi possível classificar os cuidadores desta condição em dois grupos: Estilo Parental de Risco (Indulgente, Negligente ou Autoritário), e Estilo Parental Adequado (Autoritativo). Dessa forma, os cuidadores com estilo parental de risco (n=2) foram submetidos ao *Protocolo para treino parental*. Após este treino, foram realizadas mais duas sessões de observação direta do procedimento de punção venosa para quimioterapia com a criança, em intervalo de no mínimo uma semana. O cuidador classificado com estilo parental adequado não participou do treino com o objetivo de ter seus dados comparados com os demais; com este participante também foram realizadas mais duas sessões de observação durante punção venosa, com o intervalo mínimo de uma semana.

Na Figura 1 está apresentado um fluxograma com as etapas do procedimento de coleta realizado.



#### 4.2. Análise dos dados

A análise das entrevistas foi realizada a partir de cuidadosa observação do conteúdo das mesmas para elaboração de categorias de análise. A análise dos instrumentos padronizados (CBCL e PBI) foi realizada de acordo com os critérios e normas já estabelecidos. Foram utilizados programas de estatística descritiva para a caracterização dos participantes em relação às variáveis estudadas.

As gravações das sessões de punção venosa para quimioterapia foram transcritas de acordo com um sistema de categorias de análise elaborado para este estudo com base em Borges (1999), Costa Junior (2001) e Lemos (2007), incluindo categorias de comportamento da criança e categorias de comportamento do cuidador, descritas a seguir.

## 1) Categorias comportamentais observadas nas crianças

Os comportamentos apresentados pelas crianças foram divididos em dois grupos: (a) comportamentos não concorrentes, definidos como aqueles que facilitam ou não criam obstáculos à realização do procedimento invasivo e (b) comportamentos concorrentes, definidos como aqueles que, de alguma forma, dificultam, atrasam ou impedem a realização do procedimento invasivo por parte do profissional de saúde.

### (a) Comportamentos não concorrentes:

**Auxiliar no Procedimento (AP):** Comportamento da criança que indique participação ativa na realização do procedimento invasivo, segurando a tala, apontando o local onde quer ser puncionada, esticando o braço para permitir que o profissional execute o procedimento invasivo. **Exemplo 1:** A criança pede para que o auxiliar de enfermagem fure no braço esquerdo para que ela possa desenhar com o braço direito. **Exemplo 2:** Antes mesmo do auxiliar de enfermagem pedir para ver o braço da criança, ela já o estende numa posição adequada que facilite a realização do procedimento invasivo. **Exemplo 3:** O auxiliar de enfermagem pede para a criança levantar o braço a fim de que consiga colocar a tala adequadamente e a criança atende à solicitação.

**Desviar Olhar (DO):** Imediatamente antes ou durante a inserção da agulha, fechar os olhos, podendo fazer movimentos de pressão da pálpebra superior sobre a inferior; virar a cabeça para o lado oposto ao local do corpo que está sendo puncionado; ou abaixar a cabeça, olhando em direção ao solo ou à superfície da cama. **Exemplo 1:** Durante a inserção da agulha na veia pelo profissional a criança coloca um pano sobre os olhos para não ver o procedimento. **Exemplo 2:** No momento em que o auxiliar tenta introduzir a agulha, a criança olha para um objeto que está situado ao lado oposto do local do corpo que está sendo puncionado, como a janela da sala de procedimentos.

**Explorar Ambiente (EA):** Movimentar o olhar em direção a objetos, sons ou pessoas presentes no local em que está sendo realizado o procedimento, durante o momento em que o auxiliar de enfermagem não está inserindo a agulha na veia. **Exemplo 1:** Direcionar o olhar para uma pessoa que acabou de entrar na sala de quimioterapia. **Exemplo 2:** Orientar a sua atenção para sons e objetos que estão presentes na sala em que está sendo conduzido o procedimento.

**Falar (Fa):** Emissão de comportamento verbal espontâneo durante a execução do procedimento invasivo (não incluindo temática de protestos). **Exemplo 1:** Dizer que a sala onde está sendo conduzido o procedimento está muito fria. **Exemplo 2:** Iniciar conversação

com outra criança ou com alguém que está próximo dela sobre um evento ou objeto que ela acabou de observar.

**Manipular Objeto (MO):** Movimentar os dedos em torno de um objeto que está segurando e olhando, mover aleatoriamente o braço por duas ou mais vezes consecutivas, levar o objeto aos lábios, podendo ou não introduzi-lo na boca, ou ainda ficar segurando o objeto na mão. **Exemplo 1:** Pegar um brinquedo que a mãe ou outra criança acabou de entregar e começar a movimentar os dedos em torno dele, olhando para o objeto. **Exemplo 2:** Pegar a luva que a auxiliar de enfermagem utilizou como garrote e lhe entregou enquanto finalizava o procedimento, movimentando e pressionando os dedos em torno dela, levando a sua abertura até à boca, com o propósito de soprá-la.

**Olhar Procedimento (OP):** Orientar o olhar em direção ao local do corpo que está sendo manipulado ou puncionado pela auxiliar de enfermagem, ou ainda para os objetos utilizados no procedimento invasivo (luva, garrote, soro, agulha, gaze etc). **Exemplo 1:** A criança olha para o local do braço em que o auxiliar de enfermagem acabou de introduzir a agulha ou amarrar o garrote. **Exemplo 2:** A criança olha para as tiras de esparadrapo que o auxiliar de enfermagem deixa sobre a bandeja.

**Responder Verbalmente (RV):** Emissão de comportamento verbal em resposta a estímulo verbal emitido por pessoa presente durante a execução do procedimento invasivo ou ainda em resposta a algum tipo de solicitação do profissional de saúde que está realizando o procedimento. **Exemplo 1:** Dizer o seu nome em resposta à pergunta feita pelo auxiliar de enfermagem. **Exemplo 2:** Responder como está passando diante da pergunta feita pelo auxiliar de enfermagem ou por alguém que acabou de entrar na sala em que está sendo conduzido o procedimento.

**Sinalizar Dor (SD):** Emitir expressão facial ou expressões vocais indicativas de dor. **Exemplo 1:** No momento em que o auxiliar de enfermagem está introduzindo a agulha na veia da criança, ela franze a testa e contorce os lábios. **Exemplo 2:** No momento em que o auxiliar está manipulando a agulha na veia da criança, ela diz “ai” em tom de voz agudo, de média intensidade.

**Buscar Suporte Emocional (SE):** Solicitar, verbalmente ou através de gestos e olhares, abraço, beijo, colo ou outro tipo de consolo físico da mãe ou de outra pessoa presente no ambiente. **Exemplo 1:** Chamar pela mãe no momento em que o auxiliar está tentando puncionar a veia. **Exemplo 2:** Pedir que alguém próximo segure a sua mão.

**Solicitar Informação (SI):** Questão verbal em que a criança pede informação acerca do procedimento invasivo em execução. **Exemplo:** A criança pergunta se vai sentir dor durante o procedimento.

**Sorrir (So):** De forma espontânea, em resposta ao cumprimento ou à fala de uma pessoa próxima, a criança retrai os cantos da boca para o lado e para o alto, com ou sem exposição dos dentes. **Exemplo:** O auxiliar de enfermagem brinca, dizendo que a criança esqueceu a veia dela em casa e ela em resposta sorri.

**(b) Comportamentos concorrentes:**

**Choramigar (Cm):** Evocação de sons típicos (anh, anh, anh), não verbais, sem evocação de lágrimas, de baixa intensidade, entrecortados por pausa para respiração.

**Chorar (Ch):** Evocação de lágrimas e sons não verbais de intensidade baixa ou moderada, entrecortados por pausa.

**Comportar-se de Modo Nervoso (CN):** Manifestações físicas que consistem de pequenas ações executadas rápida e repetidamente. **Exemplo 1:** A criança começa a roer as unhas quando vê o auxiliar de enfermagem manipulando a seringa. **Exemplo 2:** Diante da visão da agulha, a criança bate os pés, um contra o outro.

**Protestar (Pr):** Emissão de comportamento verbal ou não verbal em protesto à execução do procedimento invasivo, excluindo a sinalização de dor. **Exemplo 1:** No momento em que o auxiliar de enfermagem desencapa a agulha, a criança fala “não me fura, não” ou diz “quero ir embora”. **Exemplo 2:** Durante o momento em que o auxiliar está se aproximando, a criança fala “eu não quero ser furada!”, “vai embora”.

**Gritar (Gr):** Expressão vocal aguda, de alta intensidade, sem emissão de palavras.

## 2) Categorias comportamentais observadas nos cuidadores

Para uma análise mais molar, as categorias comportamentais observadas entre os cuidadores foram classificadas em três grupos (Monitoria Positiva, Monitoria Negativa e Negligência), tendo como base os conceitos de práticas parentais propostos por Gomide (2006) e adaptados ao contexto hospitalar.

Dessa forma, foram consideradas como *Monitoria Positiva* aquelas práticas em que os cuidadores demonstrassem ter atenção para com as crianças, incluindo demonstrações de afeto e carinho, conversas que incentivassem e encorajassem atitudes positivas das crianças diante do procedimento invasivo, assim como indicassem conhecimento acerca das atividades e necessidades destas.

A segunda classificação diz respeito à prática parental de *Monitoria Negativa*, a qual se caracterizou pelo excesso de fiscalização do cuidador sobre a criança, com instruções muito repetitivas e realizadas em forma de cobrança e briga, podendo ocorrer ainda ameaças que acabassem não sendo cumpridas pelo cuidador posteriormente.

A última classificação se refere à prática parental de *Negligência*, onde observou-se falta de atenção dos cuidadores em relação aos sentimentos e necessidades das crianças durante o procedimento invasivo. Foram incluídos comportamentos que indicassem pouca demonstração de afeto e pouca interação entre as partes; nestes casos, os cuidadores se afastavam do ambiente onde o procedimento estava sendo realizado com a criança, omitindo auxílio à mesma.

#### (a) **Monitoria Positiva:**

**Carinho (Ca):** Envolver a criança com um ou dois braços, aproximando do próprio corpo ou colocando-a no colo, passar levemente a mão (em movimentos horizontais, verticais ou circulares) ou deixar a mão parada sobre alguma parte do corpo da criança (braços, coxa, rosto etc.), sem pressioná-los; beijar; sorrir intencionalmente para a criança e/ou enxugar as lágrimas da criança ou limpar alguma sujeira contida no seu rosto.

**Participar do Procedimento (PP):** Orientar o olhar em direção ao local do corpo da criança que está sendo puncionado ou manipulado, olhar na direção de objetos relacionados ao procedimento; dirigir à criança ou ao auxiliar de enfermagem uma frase afirmativa ou interrogativa sobre assuntos que estejam relacionados ao procedimento invasivo ou ao tratamento da criança, auxiliar o profissional de saúde com os materiais como segurar a tala, esparadrapo etc. Ou ainda obter a atenção da criança, estender a mão em direção a um objeto ou pessoa, olhando naquela direção, ou estender a mão segurando um objeto dentro do campo visual da criança com o objetivo de distraí-la.

**Fala Positiva (FP):** Emissão de falas de encorajamento e elogios em relação ao comportamento da criança, dizer à criança a importância do procedimento invasivo, o porque de cada etapa, e porque é necessário a criança conter suas respostas emocionais. **Exemplo 1:** Emitir as expressões: “Parabéns!” “Como você é corajoso!” “Muito bem, você não chorou e aguentou a agulhada.” **Exemplo 2:** “Meu filho, se você fizer força no seu braço, sua veia pode estourar. Tente não puxar o seu braço, pois você pode se machucar!”

#### (b) **Monitoria Negativa**

**Conter (Ct):** Utilizar os braços ou pernas para impossibilitar, à força, qualquer movimentação da criança, mantendo-a em uma mesma posição que facilite acesso à área onde será realizada a punção por parte do profissional de saúde. **Exemplo 1:** Mãe força o

braço da criança a ficar esticado. **Exemplo 2:** Mãe utiliza os próprios braços para segurar as pernas da criança e impedir a movimentação.

**Fala Negativa (FN):** Dirigir à criança afirmações de repreensão a algum comportamento de não colaboração emitido por ela ou informá-la, de maneira ríspida, sobre as consequências aversivas de seu comportamento. **Exemplo 1:** Diante do choro da criança, a mãe diz “se você chorar, a enfermeira vai te furar de novo”. **Exemplo 1:** Quando a criança começar a chorar ou resistir, a mãe fala rispidamente para criança “calar a boca”.

**(c) Negligência:**

**Afastar-se (Af):** Posicionar-se de maneira que fique afastado da criança que está sendo puncionada, sem manter nenhum tipo de toque ou interação verbal com a mesma. Ou ainda orientar o olhar em direção a objetos ou pessoas presentes no local em que está sendo realizado o procedimento, mantendo sua atenção distante da criança. **Exemplo:** Ler uma revista ou assistir televisão enquanto a criança está sendo puncionada, ou se deslocar na sala distante da criança.

**Ausentar-se (Au):** Quando o cuidador sai da sala de procedimento quimioterápico, não estando ao alcance de visão da criança.

**Fala Desvinculada (FD):** dirigir à criança ou a auxiliar de enfermagem ou a uma pessoa próxima uma frase afirmativa ou interrogativa sobre assuntos não relacionados ao procedimento. **Exemplo 1:** perguntar sobre a novela ou contar uma historia de outro acompanhante, ficar conversando com outro cuidador mesmo estando ao lado da criança.

As gravações das sessões de observação foram transcritas e organizadas em um banco de dados para a quantificação das categorias comportamentais dos participantes e das crianças. Considerando-se que cada sessão de punção venosa ocorria dentro de um determinado período de tempo, optou-se por realizar o cálculo da taxa de cada categoria de comportamento, dividindo-se o total de emissões pelo tempo da sessão de observação.

Para a comparação dos comportamentos das crianças (concorrentes e não concorrentes) optou-se por realizar um ranking com o total de comportamentos emitidos por todas as crianças, e utilizar para análise as cinco categorias mais frequentes. Desta forma, a análise iniciou-se com tabelas com o total de cada categoria comportamental, seguida por gráficos com os cinco comportamentos mais emitidos pelas crianças, para uma análise intrassujeito. Em seguida, fez-se a análise comparando-se os resultados obtidos pelas crianças, de acordo com a condição a qual o cuidador foi exposto, a partir dos comportamentos concorrentes - Chorar (CH), Choromingar (CM), Protestar (PR),

Comportamento Nervoso (CN) e Gritar (GR) - e dos comportamentos não concorrentes mais frequentes: Olhar Procedimento (OP), Auxiliar Procedimento (AP), Explorar Ambiente (EA), Sinalizar Dor (SD) e Desviar Olhar (DO).

## RESULTADOS

A apresentação dos resultados inicia com a caracterização da amostra (participante, criança e família), seguida pelos dados obtidos por meio das sessões de observação - primeiro com os participantes e, posteriormente, com as crianças. Prosseguindo, apresentam-se tabelas e figuras com os dados obtidos por meio das taxas das categorias de comportamentos dos participantes e das crianças, procedendo-se às análises intrassujeito e entre as condições do estudo (Rotina, Manual e Treino parental).

Na Tabela 1 estão apresentadas as características dos participantes de acordo com a idade, parentesco com a criança, escolaridade, local de moradia, classificação socioeconômica segundo a ABEP e estilo parental segundo classificação do PBI.

Tabela 1

*Caracterização dos participantes distribuídos em três condições, de acordo com idade, parentesco, escolaridade, local de moradia, classe econômica segundo a ABEP e estilo parental segundo o PBI*

Condição	Participante	Idade	Parentesco	Escolaridade		Local de Moradia	ABEP	PBI
Rotina	P1	43	Pai	Ens. Incompleto	Fund.	Interior (PA)	C2	Negligente
	P2	35	Pai	Pós-graduação		Belém	B1	Indulgente
	P3	22	Mãe	Ens. incompleto	Fund.	Interior (PA)	D	Indulgente
Manual	P4	29	Mãe	Ens. Completo	Médio	Interior (AP)	D	Indulgente
	P5	22	Mãe	Ens. Incompleto	Fund.	Interior (PA)	C1	Indulgente
	P6	27	Mãe	Ens.Fund. Incompleto		Interior (PA)	C2	Indulgente
Treino	P7	37	Mãe	Ens. completo	Médio	Belém	C2	Negligente
	P8	35	Mãe	Ens. Completo	Fund.	Belém	C1	Autoritária
	P9	26	Mãe	Ens. Fund.Incompleto		Interior (PA)	C2	Autoritativa

*Nota:* P - participante; ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa; PBI (Parental Bonding Instrument) - Avaliação das Relações Familiares.

Observa-se na Tabela 1 que todos os participantes eram os pais biológicos das crianças em tratamento quimioterápico, sendo sete mães. A idade média foi de 30 anos, variando entre 22 e 43 anos. Quanto à escolaridade, a maioria tinha Ensino Fundamental incompleto (n= 5), seguido por Ensino Médio completo (n=2), e apenas um participante informou ter concluído uma Pós-graduação (mestrado).

Do total de participantes, cinco deles residiam no interior do estado do Pará, três na capital e apenas um veio encaminhado de outro estado para fazer o tratamento da criança em Belém. De acordo com a classificação da ABEP, a maioria se encontrava na classe econômica C (n= 6), enquanto os demais foram classificados na classe econômica D (n=2) e B (n= 1).

Com relação ao instrumento de Avaliação das Relações Familiares (PBI), na Tabela 1 é possível observar que a maioria dos participantes foi classificada com estilo parental de risco, sendo cinco considerados como Indulgentes, dois como Negligentes e um como Autoritário. Apenas uma participante apresentou estilo parental Autoritativo (P9).

Na Tabela 2 estão as características das crianças, de acordo com sexo, idade, escolaridade, diagnóstico, tempo de tratamento e classificação no Escore Total do CBCL.

Tabela 2

*Caracterização das crianças segundo sexo, idade, escolaridade, diagnóstico, tempo de tratamento e classificação no CBCL*

Condição	Crianças	Sexo	Idade (anos)	Escolaridade	Diagnóstico	Tempo de tratamento	CBCL Escore Total
Rotina	C1	M	7	1º ano	LLA	3 meses	Não clínico
	C2	F	6	1º ano	Linfoma não Hodgkin	3 meses	Clínico
	C3	F	4	Não frequente	LLA	3 meses	Limítrofe
Manual	C4	F	9	4º ano	Linfoma Linfoblástico	5 meses	Clinico
	C5	M	5	Não frequente	LLA	5 meses	Não Clínico
	C6	F	4	Não frequente	LLA	3 meses	Clínico
Treino	C7	F	4	Maternal	Nefroblastoma	1 mês	Não clínica
	C8	F	6	1º ano	Nefroblastoma	5 meses	Clínica
	C9	M	8	2º ano	Linfoma de Hodgkin	2 meses	Clínica

*Nota:* C: criança; M: masculino; F: feminino; LLA: Leucemia Linfoblástica Aguda; CBCL: Child Behavior Checklist.

A amostra de crianças foi composta por duas meninas e um menino em cada uma das condições. Quanto à idade, a média foi de 5 anos, variando entre 4 e 9 anos, sendo quatro pré-escolares (C3, C5, C6 e C7) e cinco escolares (C1, C2, C4, C8 e C9). Por conta da própria

condição da doença e por estarem afastadas de suas cidades, apenas quatro crianças (C4, C7, C8 e C9) ainda frequentavam a escola nos intervalos dos ciclos de quimioterapia.

Considerando o diagnóstico da criança, a maioria tinha Leucemia Linfoblástica Aguda [LLA] (n=4), seguida de Linfoma (n= 3), e de Nefroblastoma (n=2). Independentemente do diagnóstico, todas as crianças realizavam quimioterapia em ambulatório e estavam, em média, com três meses de tratamento (amplitude= 1 a 5 meses).

De acordo com os resultados obtidos com o CBCL, observa-se que cinco crianças foram classificadas como clínicas no escore total, três foram classificadas como não clínicas e apenas uma foi classificada como limítrofe.

Na Tabela 3 observa-se a caracterização da família de cada participante, levando em consideração seu tipo de formação, a quantidade de membros residentes no domicílio, a conjugalidade, a ocupação atual do participante, e se havia a possibilidade de substituição do participante por outra pessoa para acompanhar a criança ao hospital.

Tabela 3

*Caracterização da família dos participantes quanto à formação, número de membros, conjugalidade, ocupação e possibilidade de substituição*

<b>Participante</b>	<b>Formação da família</b>	<b>Nº de membros</b>	<b>Conjugalidade</b>	<b>Ocupação</b>	<b>Possibilidade de Substituição</b>
P1	Estendida	5	Com cônjuge	Abandono de Emprego	Sim (2ª esposa)
P2	Estendida	6	Sem cônjuge	Com remuneração	Sim
P3	Estendida	5	Com cônjuge	Sem remuneração	Não
P4	Estendida	7	Com cônjuge	Sem remuneração	Sim (irmã)
P5	Nuclear	4	Com cônjuge	Sem remuneração	Não
P6	Estendida	9	Com cônjuge	Sem remuneração	Não
P7	Nuclear	3	Com cônjuge	Abandono de Emprego	Sim
P8	Nuclear	5	Com cônjuge	Com remuneração	Não
P9	Estendida	3	Com cônjuge	Abandono de Emprego	Sim

Os participantes, em sua maioria, conviviam em família estendida (n= 6), morando juntamente com avós das crianças, tios, primos e em segundo relacionamento. Quase todos os participantes relataram ter cônjuge (n=8). Considerando a ocupação, somente dois exerciam atividade remunerada; a maioria havia se afastado do emprego ou de suas atividades - inclusive como dona de casa - por conta do tratamento da criança. Quanto ao acompanhamento ao hospital, cinco participantes relataram que se fosse necessário poderiam contar com alguém para levar a criança ao hospital. Entretanto, apenas uma participante (P4) colocava a substituição em prática; as demais relataram que, mesmo tendo alguém que a substituísse, as crianças não gostavam de ir sem a mãe e por isso elas sempre as acompanhavam.

Na Tabela 4 estão as taxas dos comportamentos classificados como Monitoria positiva, Monitoria negativa ou Negligência, observadas nos participantes em cada sessão e de acordo com a condição.

Tabela 4

*Taxas de comportamentos classificados como Monitoria positiva, Monitoria negativa ou Negligência, observadas em cada participante de acordo com a sessão e a condição*

Condição	Participante	Sessão	Tempo (minutos)	Comportamentos		
				Monitoria Positiva	Monitoria Negativa	Negligência
Rotina	P1 <sup>N</sup>	1 <sup>a</sup>	3,6	3,6	0,0	5,6
		2 <sup>a</sup>	3,5	3,1	0,3	3,1
		3 <sup>a</sup>	4,7	4,5	0,2	2,6
		4 <sup>a</sup>	2,4	5,9	0,0	2,1
			∑	17,1	0,5	13,4
	P2 <sup>I</sup>	1 <sup>a</sup>	4,5	1,7	0,0	2,6
		2 <sup>a</sup>	3,5	3,2	0,0	4,8
		3 <sup>a</sup>	3,4	3,8	0,0	4,7
		4 <sup>a</sup>	2,6	4,6	0,0	4,6
			∑	13,3	0,0	16,7
	P3 <sup>I</sup>	1 <sup>a</sup>	2,2	5,9	0,0	1,4
		2 <sup>a</sup>	17,5	7,1	0,2	0,1
		3 <sup>a</sup>	4,5	6,9	0,4	2,0
		4 <sup>a</sup>	*	*	*	*
			∑	19,9	0,6	3,5
			<b>Total parcial</b>	<b>50,3</b>	<b>1,1</b>	<b>33,6</b>
Manual	P4 <sup>I</sup>	1 <sup>a</sup>	1	7,0	1,0	0,0
		2 <sup>a</sup>	10	6,0	0,1	2,7
		3 <sup>a</sup>	5	5,2	0,2	2,4
		4 <sup>a</sup>	5,8	2,8	0,0	2,6
			∑	21	1,3	7,7
	P5 <sup>I</sup>	1 <sup>a</sup>	3,7	3,3	0,5	2,4
		2 <sup>a</sup>	2,4	5,1	0,0	2,9
		3 <sup>a</sup>	3	4,0	1,3	0,7
		4 <sup>a</sup>	15,2	4,6	0,9	8,9
			∑	17,0	2,7	14,9
	P6 <sup>I</sup>	1 <sup>a</sup>	4	6,8	0,0	1,1
		2 <sup>a</sup>	7,2	7,6	0,0	1,3
		3 <sup>a</sup>	4	7,0	1,3	0,6
		4 <sup>a</sup>	3,7	7,0	0,0	1,4
			∑	28,4	1,3	4,4
			<b>Total parcial</b>	<b>66,4</b>	<b>5,3</b>	<b>27,0</b>
Treino	P7 <sup>N</sup>	1 <sup>a</sup>	3	3,0	0,0	5,4
		2 <sup>a</sup>	2,7	2,2	0,0	6,3
		3 <sup>a</sup>	3,7	6,2	0,3	1,0
		4 <sup>a</sup>	3,3	6,6	0,0	0,9
			∑	18,0	0,3	13,6
	P8 <sup>A</sup>	1 <sup>a</sup>	6,7	6,1	0,1	1,9
		2 <sup>a</sup>	5,6	5,2	2,0	0,2
		3 <sup>a</sup>	4,2	8,4	0,0	0,2
		4 <sup>a</sup>	5,2	7,1	1,0	0,6
			∑	26,8	3,1	2,9
	P9 <sup>AT</sup>	1 <sup>a</sup>	3,1	6,1	0,6	1,9
		2 <sup>a</sup>	3,5	4,9	0,0	3,8
		3 <sup>a</sup>	3,1	6,7	0,0	1,0
		4 <sup>a</sup>	3,2	5,3	1,3	0,9
			∑	23,0	1,9	7,6
			<b>Total parcial</b>	<b>67,8</b>	<b>5,3</b>	<b>24,1</b>
		<b>Total Geral</b>	<b>184,5</b>	<b>11,7</b>	<b>84,7</b>	

**Nota:** <sup>N</sup> – Estilo Parental Negligente; <sup>I</sup> – Estilo Parental Indulgente; <sup>A</sup> – Estilo Parental Autoritário; <sup>AT</sup> – Estilo Parental Autoritativo.

Considerando-se o Total parcial e o Total geral obtidos em cada uma das categorias de comportamentos, observa-se que a prática parental de Monitoria positiva (Total geral= 184,5) apresentou taxas superiores às outras duas categorias, independentemente da condição a que o participante foi exposto. Este resultado foi encontrado em oito participantes, exceto em P2 - da Condição 1 - o qual apresentou maior taxa de comportamentos classificados como Negligência (taxa= 16,7).

Comparando-se as taxas observadas na categoria Monitoria positiva, observa-se que os participantes da Condição 3 (Treino) apresentaram taxas mais elevadas (67,8) do que os participantes da Condição 1 (50,3), e taxas similares ao da Condição 2 (66,4). Esta diferença pode ser justificada pelas intervenções introduzidas, respectivamente em cada condição.

Observando os participantes da Condição 1 (Rotina), nota-se que P1 apresentou maior taxa de comportamentos negligentes na primeira sessão de observação, os quais diminuem de ocorrência ao longo das sessões subsequentes. Na segunda sessão, observou-se mesma taxa entre Negligência e Monitoria positiva; e, na terceira e na quarta sessões, a taxa de Monitoria positiva foi superior às demais. O participante P2 apresentou em todas as sessões taxas superiores de comportamentos negligentes comparados à Monitoria positiva e Monitoria negativa. Por sua vez, P3 apresentou, nas três sessões, taxas maiores de Monitoria positiva ao serem comparadas com Monitoria negativa e Negligência.

Os três participantes da Condição 2 (Manual) apresentaram, em cada uma das quatro sessões de observação, taxas de comportamentos de Monitoria positiva superiores às demais. Observa-se que na segunda sessão, realizada após a apresentação do Manual, houve aumento nas taxas dos comportamentos de Monitoria positiva nos participantes P5 (de 3,3 para 5,1) e P6 (de 6,8 para 7,6). Entretanto, o mesmo não ocorreu com P4 (cujas taxas reduziram de 7,0 para 6,0). Em relação à Monitoria negativa, observa-se que P4 manteve taxas reduzidas ao longo das três sessões posteriores à apresentação do Manual; P5 apresentou aumento de taxa na terceira sessão e P6 somente apresentou taxa de Monitoria negativa (no valor de 1,3) na terceira sessão de observação. Quanto à Negligência, P4 aumentou a taxa (de 0,0 para 2,7) na segunda sessão (após a introdução do Manual) e manteve valores semelhantes nas demais sessões; P5 apresentou redução de taxa na terceira sessão (de 2,9 para 0,7), mas expressivo aumento (de 0,7 para 8,9) na quarta sessão; P6 apresentou diminuição somente na taxa observada na terceira sessão (de 1,3 para 0,6) mantendo taxas semelhantes na primeira, segunda e quarta sessões de observação.

Em relação aos participantes da Condição 3 (Treino), os dados demonstram que a P7 apresentou, nas duas primeiras sessões, maiores taxas de Negligência em comparação à

Monitoria positiva e à Monitoria negativa, sugerindo não ter havido modificação em seu comportamento após a aplicação do Manual. Entretanto, na terceira e na quarta sessões, realizadas após o Treino Parental, houve aumento nas taxas de Monitoria positiva (de 2,2 para 6,2 e 6,6) assim como diminuição nas taxas de Negligência (de 6,3 para 1,0 e 0,9).

A participante P8 manteve taxas elevadas de Monitoria positiva em todas as quatro sessões de observação. Comparando-se os resultados obtidos na primeira e na segunda sessões, após a introdução do Manual, identifica-se que houve diminuição na taxa de Negligência (de 1,9 para 0,2) e aumento na taxa de Monitoria negativa (de 0,1 para 2,0). Também é possível notar que, na terceira sessão, realizada após o Treino parental, houve aumento na taxa de Monitoria positiva (de 5,2 para 8,4), diminuição na taxa de Monitoria negativa (de 2,0 para 0,0) e manutenção na taxa de Negligência (no valor de 0,2). Na quarta e última sessão, sob efeito de longo prazo do treino, a Monitoria positiva continuou mantendo taxa maior que as observadas na primeira e na segunda sessões, enquanto Monitoria negativa apresentou aumento de taxa (de 0,0 para 1,0) e Negligência manteve taxa semelhante à observada na terceira sessão (de 0,2 para 0,6).

A participante P9 foi a única avaliada pelo PBI como Autoritativa (isto é, estilo parental adequado), portanto, não foi submetida ao treino parental. Observa-se na Tabela 5 que esta participante apresentou taxas elevadas de Monitoria positiva em todas as sessões de observação. Após a introdução do Manual, na segunda sessão, observa-se que houve diminuição na taxa de Monitoria negativa (de 0,6 para 0,0) e aumento na taxa de Negligência (de 1,9 para 3,8). Na terceira e quarta sessões, observou-se aumento em Monitoria negativa (valor de 1,3) e redução em Negligência (valor de 0,9).

Na Figura 2, apresenta-se a distribuição das categorias de comportamentos observadas em cada participante da Condição 1 (Rotina) por meio das taxas obtidas em cada uma das sessões de observação.

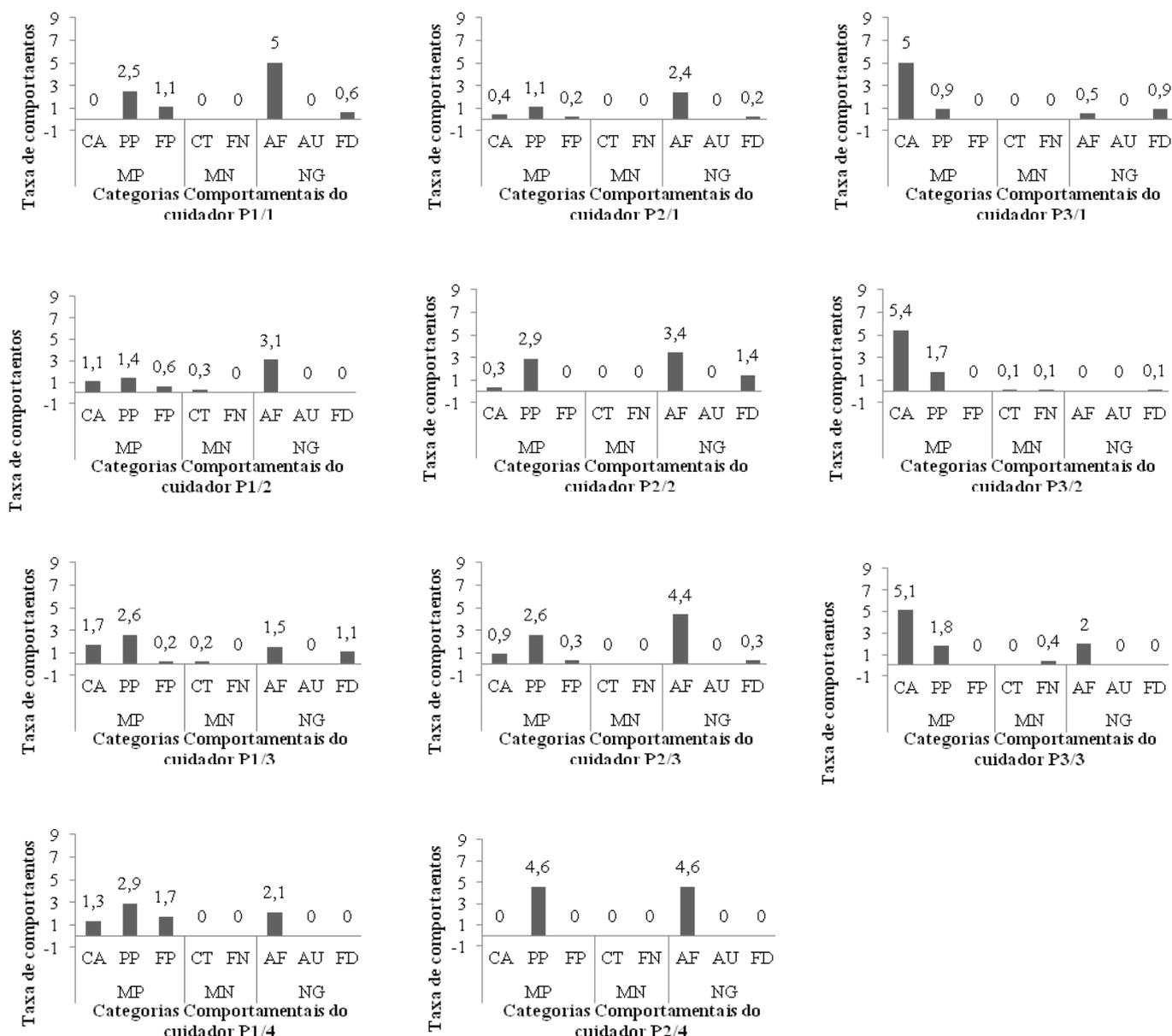


Figura 2. Distribuição das categorias comportamentais apresentadas pelos participantes da Condição 1 (Rotina) de acordo com as taxas obtidas ao longo das quatro sessões de observação.

Na Figura 2, observa-se que tanto o participante P1 quanto o participante P2 apresentaram a categoria Participação no Procedimento (PP) como a de maior taxa dentre os comportamentos correspondentes à Monitoria positiva. No caso de P3, a categoria Carinho (CA) foi a de maior taxa.

Em relação à Monitoria negativa, o participante P2 não apresentou nenhum comportamento, enquanto os participantes P1 e P3 apresentaram baixas taxas que variaram de 0,2 a 0,3 e de 0,1 a 0,4, respectivamente.

Quanto à Negligência, os participantes P1 e P2 apresentaram as taxas mais altas, nas sessões 1 e 2, da categoria Afastar (AF). Observa-se que P1 apresentou diminuição deste comportamento, enquanto P2 apresentou maior frequência ao longo das sessões de observação. A participante P3 apresentou baixas taxas de comportamentos negligentes, ocorrendo aumento na categoria Afastar (AF) apenas na terceira sessão.

Na Figura 3, apresenta-se a distribuição das categorias de comportamentos observadas em cada cuidador participante da Condição 2 (Manual) em cada uma das sessões de observação.

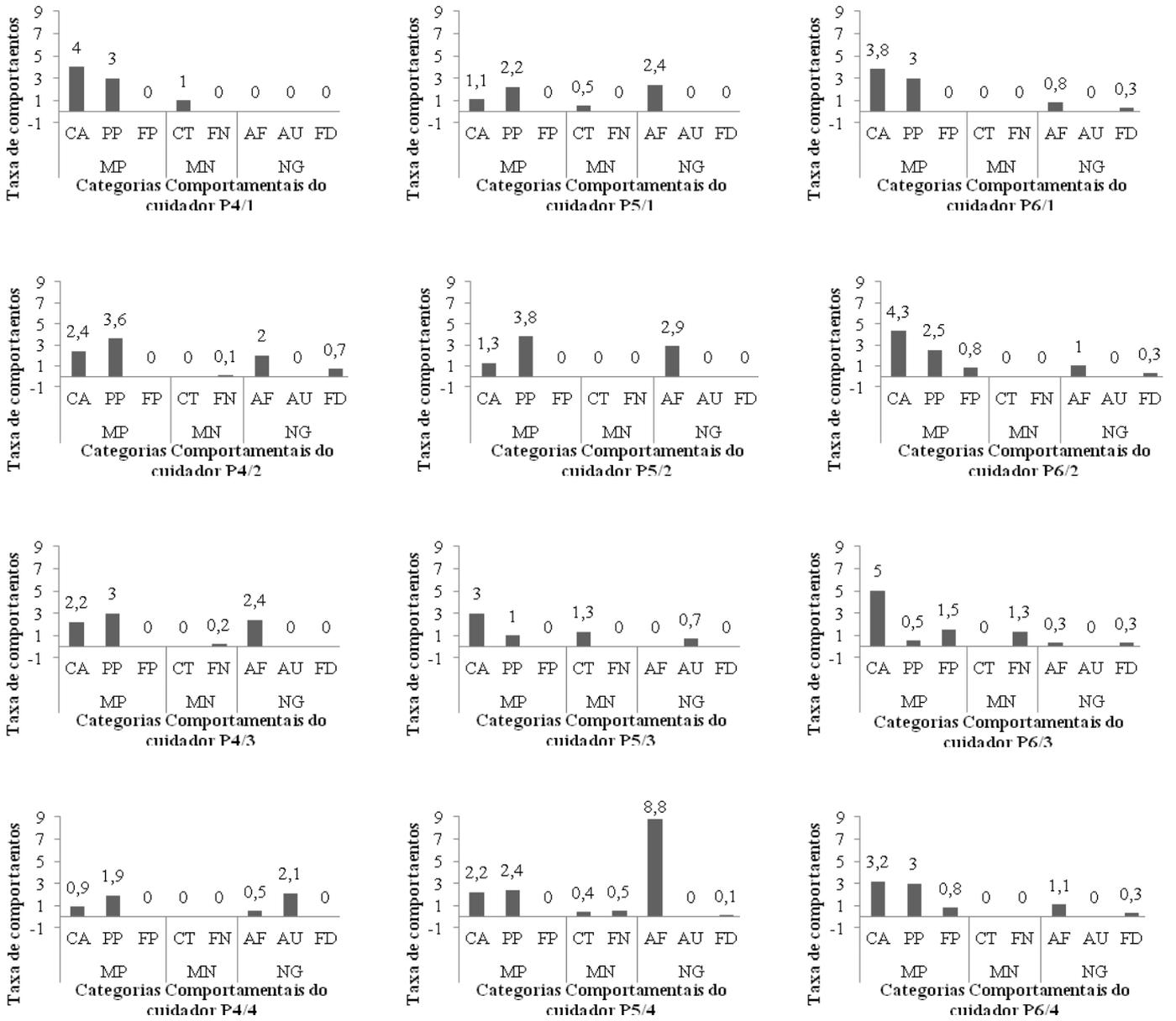


Figura 3. Distribuição das categorias comportamentais apresentadas pelos participantes da Condição 2 (Manual) de acordo com as taxas obtidas ao longo das quatro sessões de observação.

A participante P4 apresentou, na primeira sessão, baixa taxa de comportamentos classificados como Monitoria negativa ou Negligência. Na segunda sessão, após apresentação do Manual, observou-se redução dos comportamentos de Monitoria negativa; entretanto, houve aumento nas taxas dos comportamentos de Negligência ao longo das sessões, enquanto as taxas dos comportamentos de Monitoria positiva mantiveram-se estáveis. Dessa forma, não foram observadas diferenças positivas no comportamento de P4 após o manual.

A participante P5 apresentou um aumento nas taxas de comportamentos de Monitoria positiva na segunda sessão de observação (após apresentação do manual), especialmente na categoria Participar do Procedimento (PP); entretanto, nota-se que os comportamentos de Negligência mantiveram-se frequentes até a última sessão, onde essa cuidadora apresentou alta taxa da categoria Afastar-se (AF).

Observa-se que a participante P6 emitiu baixa frequência de comportamentos classificados como Monitoria negativa, encontrados apenas na terceira sessão (Fala Negativa [FN]=1,3). Os comportamentos de Monitoria positiva aumentaram de taxa após a apresentação do Manual na segunda sessão, e diminuíram nas sessões seguintes. Os comportamentos de Negligência mantiveram a mesma média ao longo das sessões de observação. Observa-se, neste caso, um efeito a curto prazo da apresentação do Manual sobre o comportamento da participante P6, mas não em longo prazo.

Nesta condição, após a segunda sessão de observação, aplicou-se a *Escala de avaliação do manual*. Os resultados das avaliações demonstraram que, de acordo com os relatos das participantes, as informações contidas no Manual foram esclarecedoras, trouxeram mais tranquilidade em relação ao procedimento invasivo e ajudaram a lidar com o procedimento do filho. Não houve relato de dificuldade de entendimento das informações e nem de sugestões para acrescentar informações ao Manual.

Na Figura 4, apresenta-se a distribuição das categorias de comportamentos observadas em cada participante da Condição 3 (Treino) em cada uma das sessões de observação.

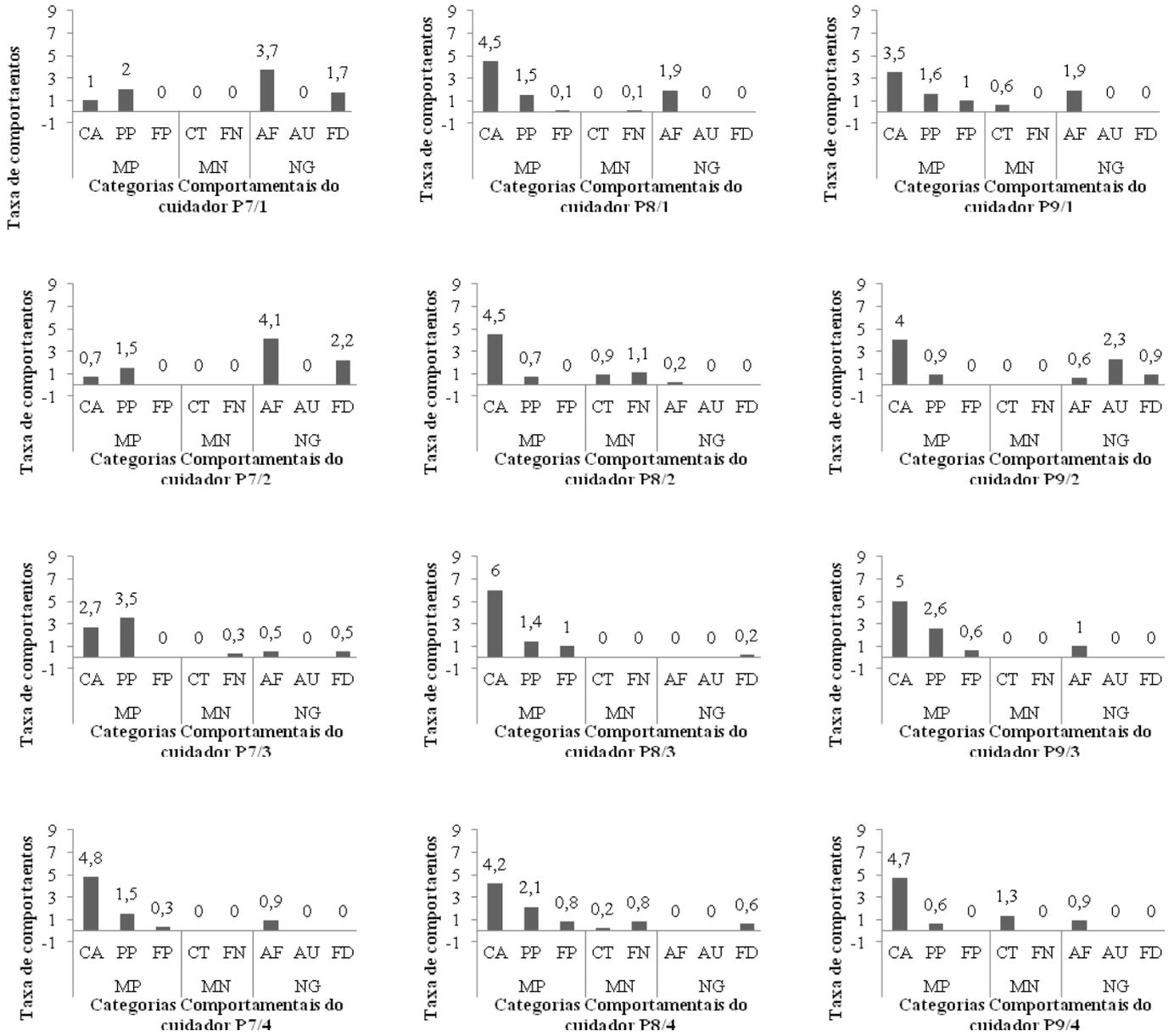


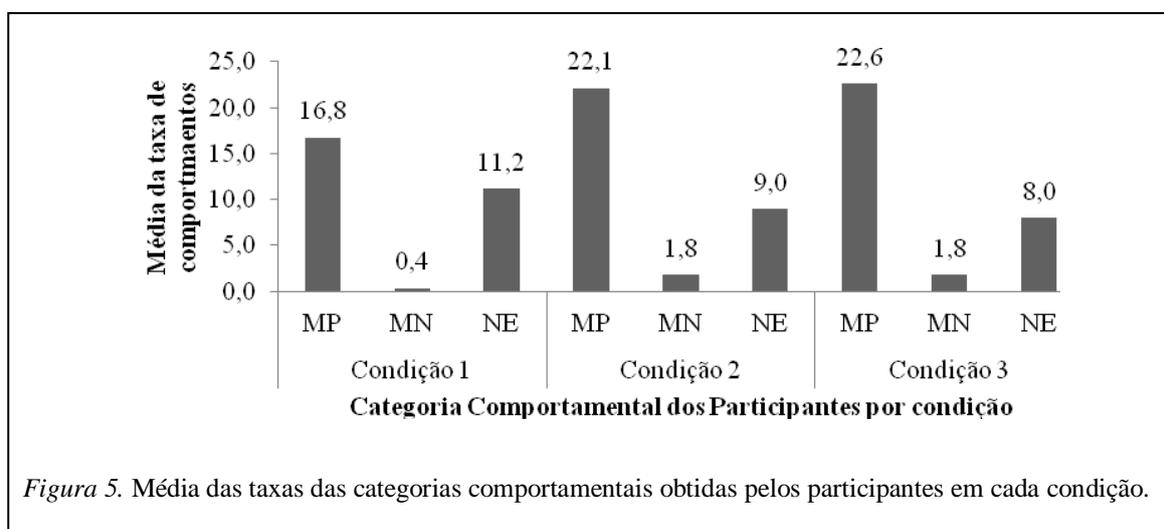
Figura 4. Distribuição das categorias comportamentais apresentadas pelos participantes da Condição 3 (Treino) de acordo com as taxas obtidas ao longo das quatro sessões de observação.

Na Figura 4, pode-se observar que a participante P7 apresentou alta taxa de comportamentos classificados como Negligência na primeira e na segunda sessão. Depois da exposição da participante ao treino parental (3ª e 4ª observação), esta apresentou aumento nas taxas dos comportamentos classificados como Monitoria positiva, assim como diminuição dos comportamentos de Negligência. Não foi possível observar diferença após a introdução do Manual, apenas após o treino. Ao longo das sessões de observação houve ausência de comportamentos de Monitoria negativa.

A participante P8 apresentou altas taxas de comportamentos classificados como Monitoria positiva ao longo das quatro sessões. Entretanto, nota-se que após a introdução do Manual houve redução nos comportamentos de Negligência, porém discreto aumento dos comportamentos de Monitoria negativa. Após treino, na terceira sessão, nota-se que há uma redução tanto de Negligência quanto de Monitoria negativa, entretanto estas categorias apresentam aumento na quarta e última sessão. As taxas de Monitoria positiva mantêm-se semelhantes, após a apresentação do Manual, apresentando aumento na categoria Carinho (CA) na sessão subsequente ao treino e retorno aos valores iniciais na última sessão.

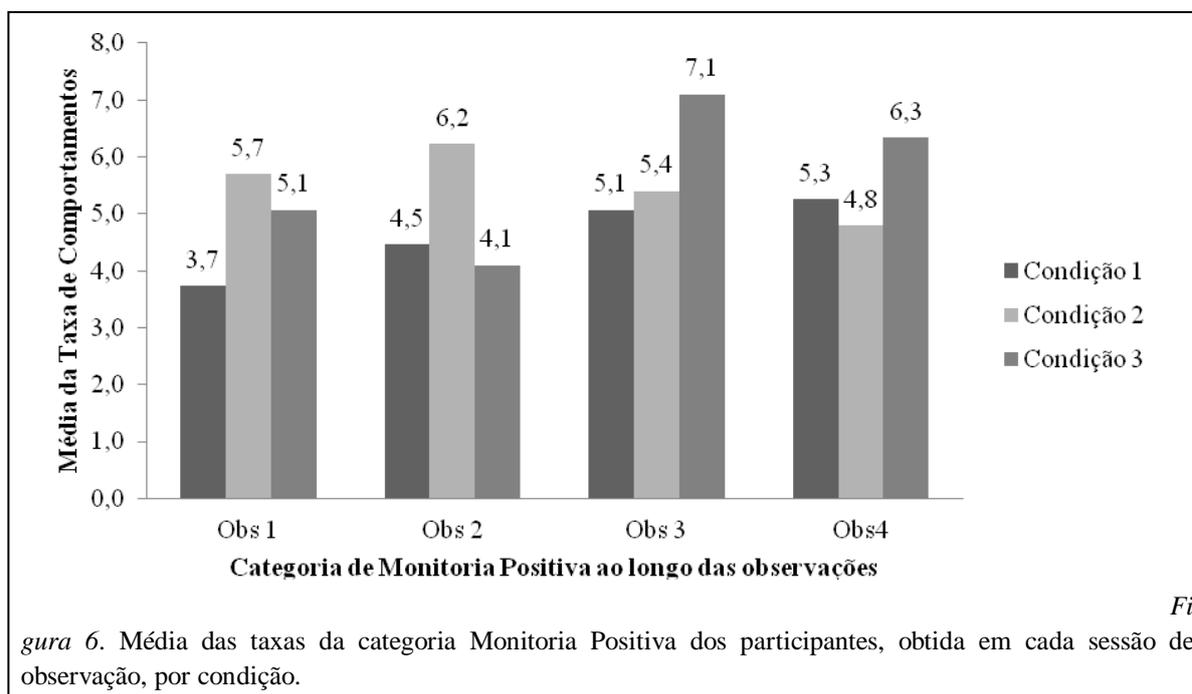
Quanto à participante P9, observa-se que não houve mudança em seu padrão de comportamentos, permanecendo maiores taxas de comportamentos classificados como Monitoria positiva ao longo das quatro sessões, em especial a categoria Carinho (CA). Observa-se também que houve aumento na taxa de Conter (CT), classificada como Monitoria negativa, na última sessão de observação.

Na Figura 5 é possível observar a média das taxas de comportamentos apresentadas pelos participantes de cada condição.



Observa-se na Figura 5 que as médias das taxas da categoria Monitoria positiva (MP) foram maiores nas Condições 2 (Manual) e 3 (Treino), nas quais foram introduzidas intervenções com os cuidadores das crianças, ao serem comparadas com as observadas na Condição 1 (Rotina). Quanto às médias das taxas observadas na categoria Negligência (NE), observa-se que estas foram mais elevadas na Condição 1 (Rotina), em comparação com as demais condições. Por outro lado, as médias das taxas da categoria Monitoria Negativa (MN) foram mais elevadas nas Condições 2 (Manual) e 3 (Treino) do que na Condição 1 (Rotina).

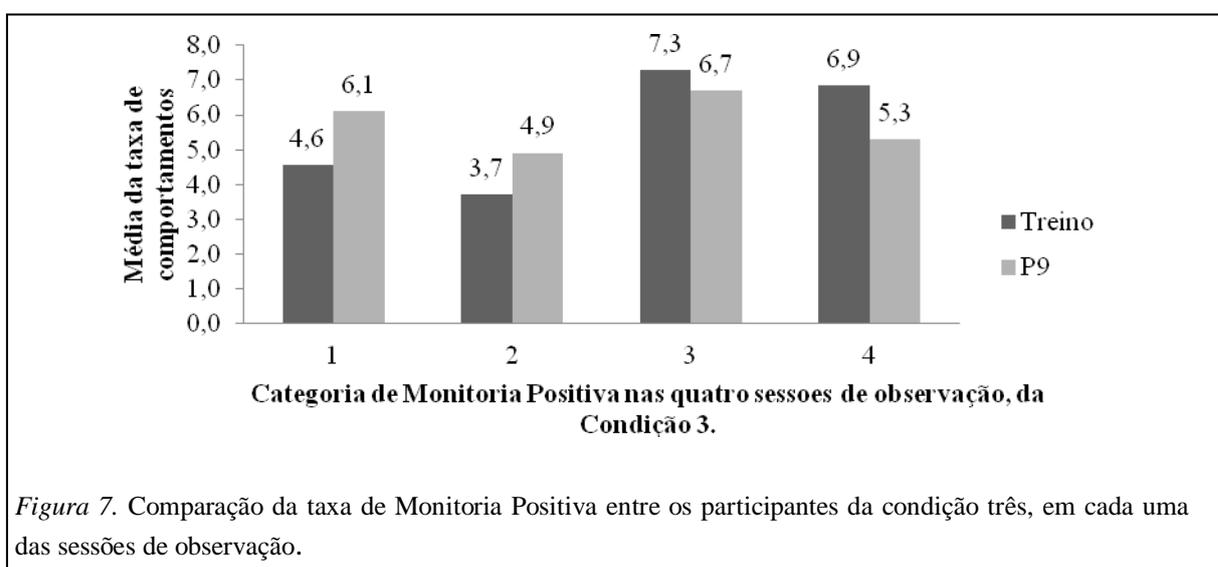
Considerando-se que as categorias classificadas como Monitoria positiva (MP) apresentaram as taxas mais elevadas em todas as quatro sessões de observação ao serem comparadas com Monitoria negativa (MN) e Negligência (NE), fez-se uma análise comparando-se as taxas médias obtidas em cada sessão de observação e de acordo com a condição a qual o participante foi exposto. Na Figura 6, pode-se observar mais detalhadamente a média da taxa da categoria Monitoria positiva (MP), em cada condição, ao longo das quatro sessões de observação.



Na Figura 6, observa-se que na Condição 1 (Rotina) a categoria Monitoria positiva apresentou um discreto aumento ao longo das sessões (3,7; 4,5; 5,1 e 5,3), mas apresentando a menor média nas sessões 1 e 3, ao ser comparada com as outras duas condições. Na Condição 2 (Manual), observa-se que este grupo apresentou maior média na

segunda observação, logo após a apresentação do Manual; entretanto, este efeito não se manteve nas sessões subsequentes. Os resultados obtidos na Condição 3 (Treino) demonstram que, após a realização do treino este grupo apresentou a maior média de MP, tanto em curto prazo (isto é, na terceira sessão de observação) quanto em longo prazo do treino (isto é, na quarta sessão de observação).

Na Figura 7 estão dispostos os resultados obtidos com os participantes da Condição 3 (Treino), em relação a Monitoria positiva ao longo das quatro sessões de observação, comparando-se a média das taxas dos dois participantes que foram submetidos ao treino parental (P7 e P8) com a taxa obtida pelo participante que não foi submetido ao treino (P9).



É possível observar que a participante P9, a qual não foi indicada para o treino parental por ter sido avaliada como autoritativa, apresentou altas taxas de Monitoria positiva ao longo das sessões, mantendo uma taxa média de 5,7. As duas participantes que foram submetidas ao treino parental (P7 e P8) apresentaram redução de MP após o uso do Manual (reduzindo de 4,6 para 3,7). Entretanto, após a realização do treino parental, a média da taxa de comportamentos delas aumentou expressivamente, mantendo-se altas tanto na terceira (7,3) quanto na quarta (6,9) sessão de observação.

Na Tabela 5 estão dispostas as taxas dos comportamentos concorrentes e dos comportamentos não concorrentes observados em cada criança nas quatro sessões de observação, assim como o tempo de duração e o número de tentativas realizadas para a punção venosa.

Tabela 5

*Taxas de comportamentos concorrentes e de comportamentos não concorrentes, tempo de duração de cada sessão de observação e número de tentativas da punção venosa por criança em cada condição*

<b>Condição</b>	<b>Criança</b>	<b>Observação</b>	<b>CC</b>	<b>NCC</b>	<b>Tempo(m)</b>	<b>Tentativa</b>	
Rotina	C1	1 <sup>a</sup>	2,5	3,9	3,6	1	
		2 <sup>a</sup>	2,6	5,4	3,5	1	
		3 <sup>a</sup>	3,2	4,9	4,7	1	
		4 <sup>a</sup>	0,8	7,4	2,4	1	
		$\Sigma$	<b>9,0</b>	<b>21,6</b>			
	C2	1 <sup>a</sup>	0,2	4,0	4,5	1	
		2 <sup>a</sup>	0	4,2	3,5	1	
		3 <sup>a</sup>	0	5,6	3,4	1	
		4 <sup>a</sup>	0	2,3	2,6	1	
		$\Sigma$	<b>0,2</b>	<b>16,1</b>			
	C3	1 <sup>a</sup>	3,6	3,9	2,2	1	
		2 <sup>a</sup>	4,5	1,8	17,4	2	
		3 <sup>a</sup>	2,4	6,0	4,5	1	
		4 <sup>a</sup>	*	*	*	*	
		$\Sigma$		<b>10,6</b>	<b>11,7</b>		
<b>Total Parcial</b>			<b>19,6</b>	<b>22,6</b>			
Manual	C4	1 <sup>a</sup>	4,0	8,0	1	1	
		2 <sup>a</sup>	0,3	6,0	10	2	
		3 <sup>a</sup>	0,2	6,6	5	1	
		4 <sup>a</sup>	0	6,0	5,8	1	
		$\Sigma$	<b>4,5</b>	<b>26,6</b>			
	C5	1 <sup>a</sup>	3,0	3,4	3,7	1	
		2 <sup>a</sup>	0	6,9	2,4	1	
		3 <sup>a</sup>	5,6	2,6	3	1	
		4 <sup>a</sup>	4,9	4,3	15,2	3	
		$\Sigma$	<b>13,4</b>	<b>17,2</b>			
	C6	1 <sup>a</sup>	0,5	4,9	4	1	
		2 <sup>a</sup>	0	5,6	7,2	1	
		3 <sup>a</sup>	4,3	1,8	4	1	
		4 <sup>a</sup>	0	6,2	3,7	1	
		$\Sigma$	<b>4,8</b>	<b>18,2</b>			
	<b>Total Parcial</b>			<b>22,7</b>	<b>62,3</b>		
	Treino	C7	1 <sup>a</sup>	2,0	5,8	3	1
			2 <sup>a</sup>	0	7,7	2,7	1
3 <sup>a</sup>			3,5	5,3	3,7	1	
4 <sup>a</sup>			3,9	3,3	3,3	1	
$\Sigma$			<b>9,5</b>	<b>22,1</b>			
C8		1 <sup>a</sup>	3,4	4,1	6,7	1	
		2 <sup>a</sup>	3,9	3,4	5,6	2	
		3 <sup>a</sup>	2,4	7,0	4,2	1	
		4 <sup>a</sup>	4,2	2,3	5,2	1	
		$\Sigma$	<b>14,0</b>	<b>16,8</b>			
C9		1 <sup>a</sup>	0,3	4,6	3,1	1	
		2 <sup>a</sup>	0	6,3	3,5	1	
		3 <sup>a</sup>	0,3	7,9	3,1	1	
		4 <sup>a</sup>	0,6	5,8	3,2	1	
		$\Sigma$	<b>1,3</b>	<b>24,6</b>			
<b>Total Parcial</b>			<b>24,8</b>	<b>63,5</b>			
<b>Total Geral</b>			<b>67,1</b>	<b>148,4</b>			

*Nota:* C: criança; CC: Comportamento Concorrente; NCC: Comportamento Não Concorrente; m: minutos; \*: Sessão de observação não realizada em virtude de agravamento no estado clínico da participante.

Na Tabela 5 pode-se observar que as crianças apresentaram total geral de taxas de Comportamentos não concorrentes (148,4) maior que o de Comportamentos concorrentes (67,1). Este resultado foi obtido na maioria das sessões de observação (isto é, em 28 de 35 sessões). Observa-se também que três das quatro crianças pré-escolares (C3, C5 e C6) apresentaram, em pelo menos uma sessão, taxas de Comportamentos concorrentes bem acima das taxas de Comportamentos não concorrentes. Dentre as crianças escolares, C8 apresentou, em duas sessões, Comportamentos concorrentes acima dos não concorrentes. As demais crianças mantiveram maior taxa de Comportamentos não concorrentes sobre os Concorrentes em cada sessão ao longo do estudo.

Na Tabela 5 nota-se também que a duração das sessões foi em média de 4,7 minutos, variando de um até 17,4 minutos. Das 35 sessões de observação, em 88,5% (n= 31) das punções foram realizadas com apenas uma tentativa.

Na Figura 8 apresenta-se a distribuição das categorias de Comportamentos concorrentes e não concorrentes observadas em cada criança participante da Condição 1 (Rotina) de acordo com as taxas obtidas em cada uma das sessões de observação.

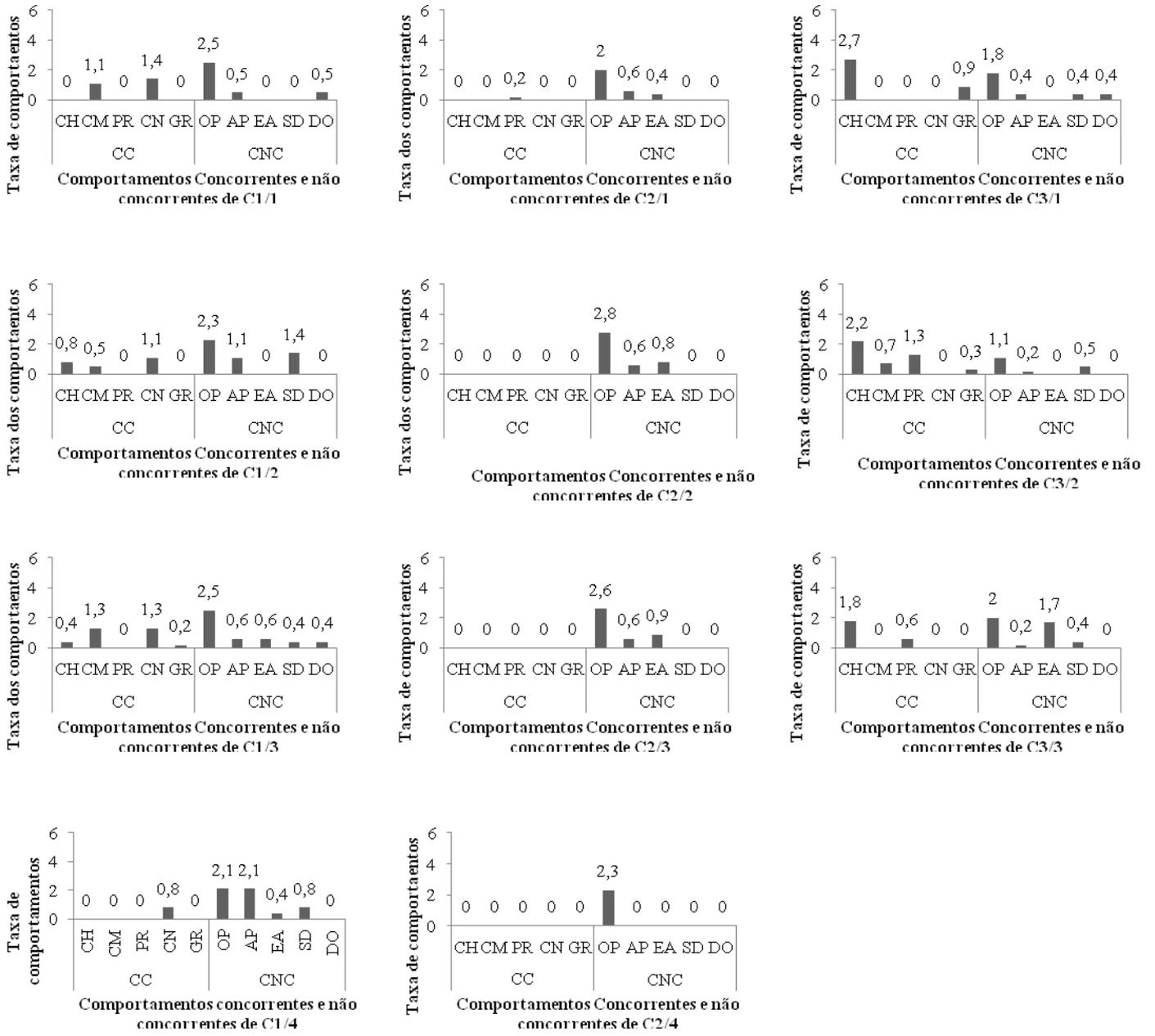


Figura 8. Distribuição das categorias comportamentais apresentadas pelas crianças participantes da Condição 1 (Rotina) de acordo com as taxas obtidas ao longo das quatro sessões de observação.

Na Figura 8, observa-se que as crianças C1 e C3 apresentaram Comportamentos concorrentes em todas as sessões ainda que em categorias e taxas diferentes. No caso de C1, observou-se que os comportamentos concorrentes foram emitidos contingentes ao momento em que a profissional da saúde segurava o escalpe e perfurava a pele. No caso de C3, os comportamentos concorrentes eram emitidos desde o momento que a enfermeira se aproximava do leito ou ainda estava analisando o braço da criança.

Diferentemente, a criança C2 apresentou apenas um Comportamento concorrente (PR=Protestar), registrado na primeira sessão de observação. Nota-se também que, em relação aos Comportamentos não concorrentes essa criança apresentou baixas taxas de comportamentos durante a sessão de punção venosa em comparação com as crianças C1 e C3.

Na Figura 9 estão distribuídas as categorias de comportamentos concorrentes e não concorrentes observadas em cada criança participante da Condição 2 (Manual) a partir das taxas obtidas em cada uma das sessões de observação.

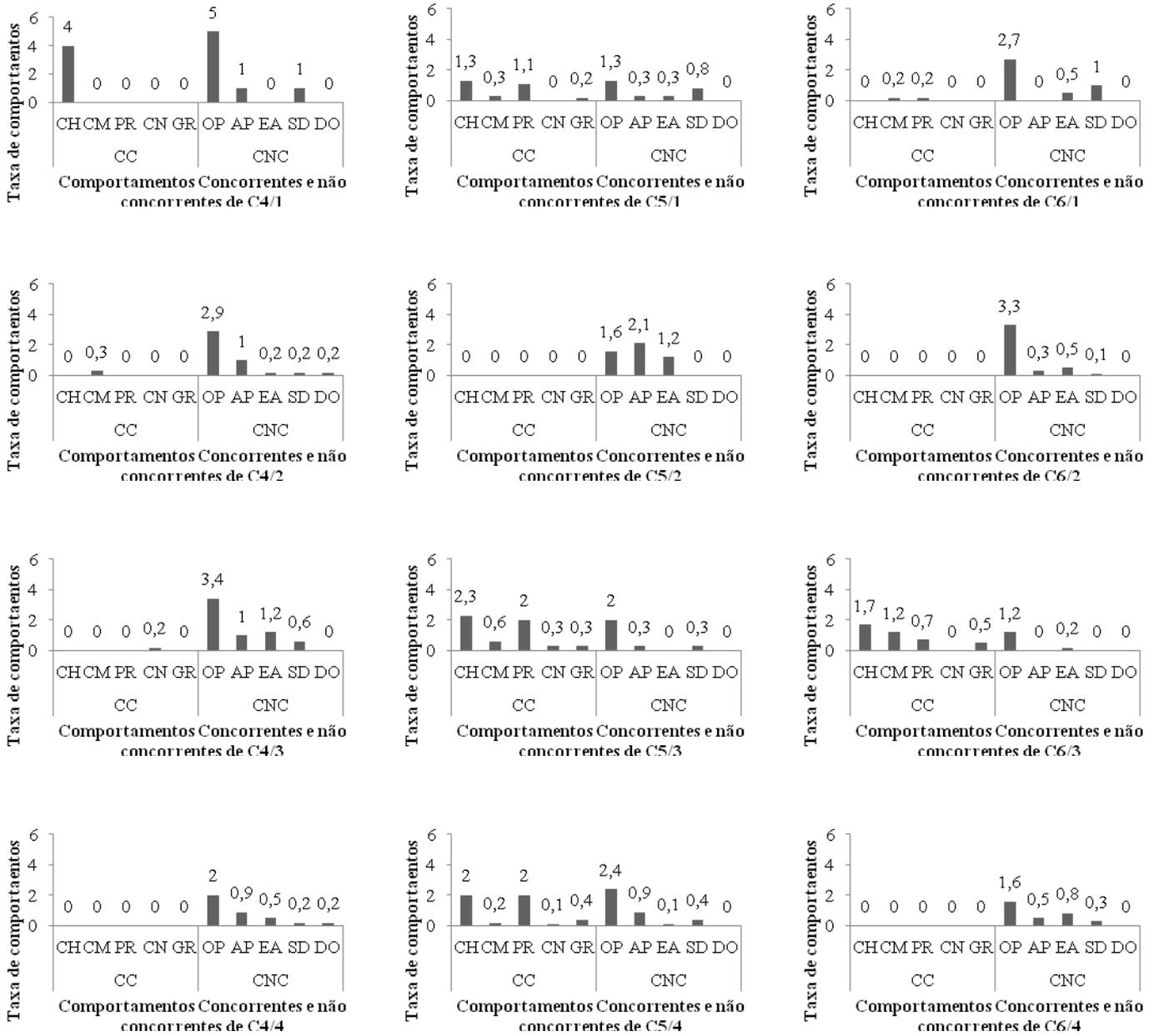


Figura 9. Distribuição das categorias comportamentais apresentadas pelas crianças participantes da Condição 2 (Manual) de acordo com as taxas observadas ao longo das quatro sessões de observação.

Analisando a Figura 9, nota-se que houve redução dos Comportamentos concorrentes nas três crianças desta condição na segunda sessão, realizada após a apresentação do Manual com os cuidadores (participantes). Nas sessões seguintes, (médio e longo prazo) observa-se que a baixa frequência de Comportamentos concorrentes manteve-se apenas na criança C4. A criança C5 apresentou taxas de concorrentes mais altas que as de não concorrentes na terceira e quarta observação, portanto não havendo manutenção do efeito do Manual. A criança C6 apresentou aumento na taxa de Concorrentes na terceira observação e ausência de Concorrentes na quarta, sugerindo não haver manutenção do efeito do manual, ou ainda que o controle do comportamento da participante C6 fosse outro.

Considerando-se o momento em que os participantes da Condição 2 iniciavam a emissão de Comportamentos concorrentes, observou-se que a criança C4 emitiu tais concorrentes apenas no momento em que a enfermeira segurava o escalpe e perfurava a pele desta criança. Por sua vez, as crianças C5 e C6, nas sessões em que houve alta taxa de comportamentos concorrentes, estas apresentavam Concorrentes desde o momento no qual a auxiliar de enfermagem se aproximava do leito, caracterizando dessa forma, presença de distresse comportamental.

Na Figura 10 estão distribuídas as categorias de Comportamentos concorrentes e de Comportamentos não concorrentes observadas em cada criança participante da Condição 3 (Treino) a partir das taxas obtidas em cada uma das sessões de observação.

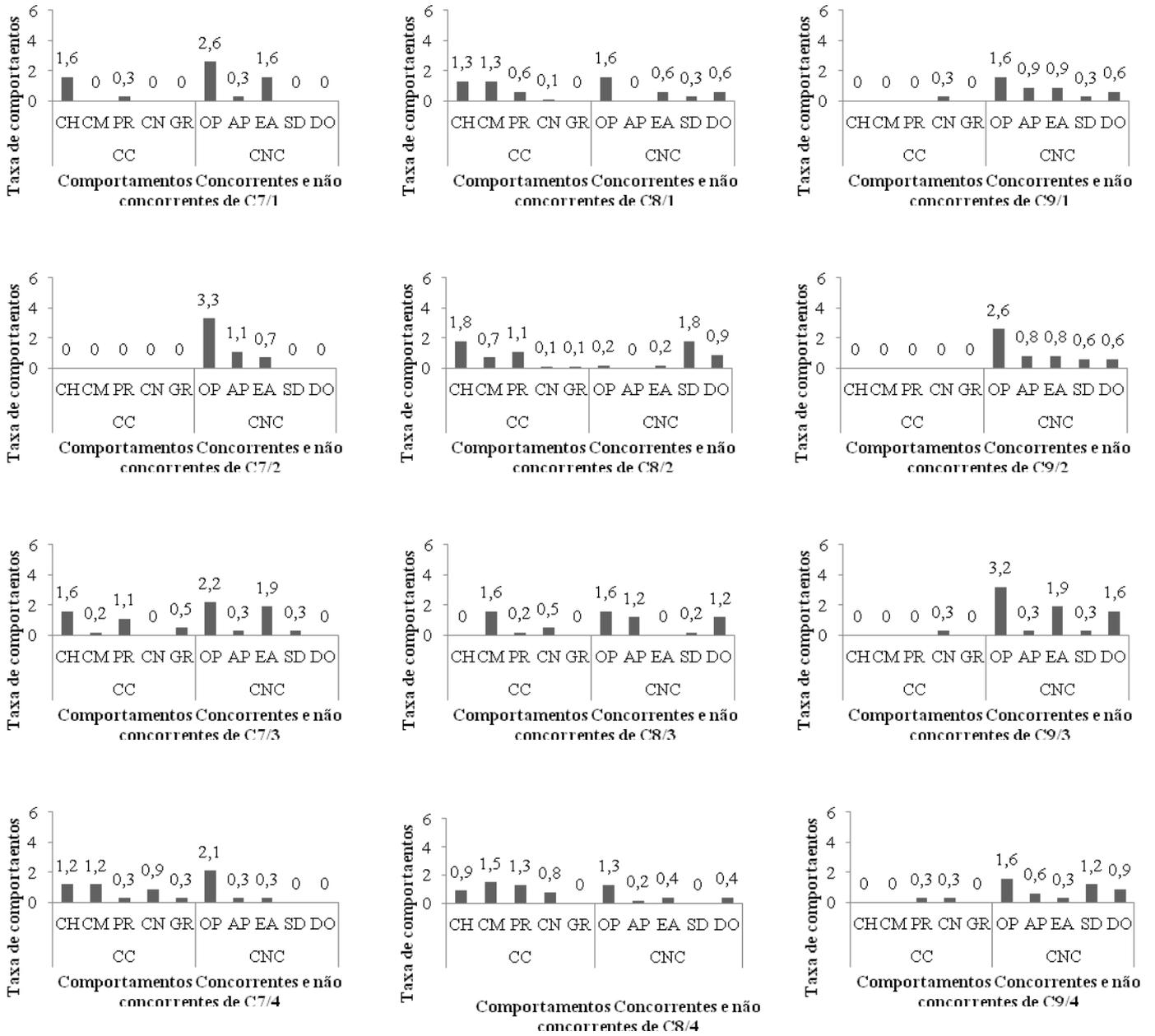


Figura 10. Distribuição das categorias comportamentais apresentadas pelas crianças participantes da Condição 3 (Treino) de acordo com as taxas observadas ao longo das quatro sessões de observação.

Na Figura 10 é possível observar que a criança C9, filha da cuidadora de estilo parental autoritativo (adequado), que não passou pelo treino, apresenta taxas mais altas de Comportamentos não concorrentes, em todas as sessões de observação, em comparação com os Concorrentes. Nota-se ainda redução na taxa dos Concorrentes na segunda sessão, após apresentação do Manual com a participante P9 (de 0,3 para zero).

As crianças C7 e C8, cujas mães participaram do treino parental, apresentaram comportamentos diferenciados da criança C9. Após a apresentação do Manual com o cuidador de C7, esta criança apresentou redução dos Comportamentos concorrentes (de 2,0 para zero no total); entretanto, após o treino parental com a mãe, C7 apresentou aumento da taxa de Comportamentos concorrentes, chegando a ser superior à taxa apresentada na primeira observação. A criança C8, não apresentou mudança de comportamento na segunda sessão, após o Manual; entretanto, na terceira sessão, logo após o treino parental, C8 apresentou redução de Comportamentos concorrentes (de 3,9 para 2,4 no total) e aumento dos não concorrentes (de 3,4 para 7,0 no total). Na quarta sessão, houve aumento dos Comportamentos concorrente e redução dos não concorrentes, sugerindo não ter havido efeito de manutenção do treino parental em longo prazo.

Considerando-se o momento em que as crianças da Condição 3 iniciavam a emissão de comportamentos concorrentes, destaca-se que C7 apresentou predominantemente tais comportamentos nos momentos em que a enfermeira segurava o escalpe e perfurava a pele desta criança. A criança C8, em todas as sessões, apresentou concorrentes desde o momento no qual a enfermeira se aproximava do leito, organizava o material para o procedimento ou quando ainda procurava a melhor veia da criança para ser punccionada. Dessa forma, pode-se dizer que C8 apresentava ansiedade antecipatória, característica do distresse comportamental. Em relação à criança C9, apesar da baixa frequência de comportamentos concorrentes, estes ocorreram no momento da aproximação da enfermeira ao leito desta criança, indicando presença de distresse comportamental.

Em relação aos quatro encontros realizados ao longo do treino parental, considera-se importante detalhar alguns aspectos qualitativos dos relatos das participantes P7 e P8.

A participante P7 relatou ter abandonado o emprego de cozinheira em um restaurante para acompanhar o tratamento da sua única filha (C7). Por conta de estar desempregada e com tempo mais disponível, foi possível finalizar o treino parental com esta participante ao longo de três semanas. Após a finalização do treino, observou-se que a participante P7, não levou para o hospital, nem na terceira e nem na quarta sessão de punção venosa, os

brinquedos descritos como os favoritos da criança (e.g. laptop) com o objetivo de distraí-la durante o procedimento de quimioterapia, conforme havia acordado com a pesquisadora durante o treino. Na terceira sessão, observou-se que a cuidadora P7 ainda tentou distrair a criança com lápis de cor fornecido pela brinquedoteca do hospital, mas a técnica de distração não foi empregada corretamente com a criança. Entretanto, comparando-se os comportamentos observados antes e após o treino, esta participante se mostrou bem mais próxima à criança após o treino, oferecendo apoio por meio de Carinho (CA) e Participar do procedimento (PP), segurando a mão da criança quando esta solicitava, abraçando-a e beijando-a, comportamentos estes que não ocorriam nas primeiras duas sessões, com redução no comportamento de Afastar-se (AF).

A participante P8 era uma das poucas participantes deste estudo que continuava trabalhando (como empregada doméstica), mesmo quando a filha tinha de comparecer às sessões de quimioterapia. Nestes dias, a cuidadora, após acompanhar o tratamento da filha caçula, retornava ao trabalho quando saía do hospital, repondo, em feriados e domingos, os dias em que faltava. Por conta desta rotina, foram necessários dois meses para finalizar o treino com esta participante, os quais eram realizados aos domingos, em intervalos de 15 em 15 dias. Na terceira sessão de observação (realizada um mês depois do final do treino), P8 relatou que havia se lembrado de levar um brinquedo altamente reforçador para a criança (uma boneca) com o objetivo de utilizar a técnica de distração conforme havia sido orientada no treino.

Observou-se que, nesta sessão a criança passou quase todo o tempo do procedimento invasivo com a boneca na mão, e que houve menor ocorrência de Comportamentos concorrentes em relação à sessão anterior, com maior ocorrência de Comportamentos não concorrentes. Entretanto, na última sessão de observação, realizada dois meses após o término do treino, esta cuidadora não manteve o acordo de levar brinquedos da criança para o hospital nem utilizou outra das técnicas comportamentais ensinadas, permanecendo emitindo comportamentos de Monitoria positiva, mas com retorno da ocorrência de Monitoria negativa (Fala negativa). Observou-se nesta quarta sessão que C8 apresentou aumento na emissão de Comportamentos concorrentes.

Durante os encontros para a realização do treino parental, as duas participantes realizaram as atividades propostas de maneira correta, demonstrando interesse e relatando algumas mudanças observadas no comportamento da criança em ambiente domiciliar. Após a conclusão do treino, a participante P7 relatou continuar realizando com C7 as atividades propostas nos dois primeiros encontros do treino e ter melhorado a interação com esta a partir

da demonstração de afeto e de cuidado para com a criança (conforme proposto por meio do “recreio especial”). P7 também relatou passar mais tempo brincando com a filha em casa e ter passado a conversar sobre o tratamento. De acordo com este relato, é possível observar que o treino de habilidades sociais mostrou-se importante para a mudança na qualidade da relação mãe-filha, inclusive generalizando os comportamentos de cuidado e demonstração de afeto para contextos fora do ambiente hospitalar. No contexto hospitalar, a participante P7 também relatou ter observado mudanças de comportamento na filha, pois esta estava mais carinhosa e passou a pedir que a mãe ficasse próxima a ela durante o procedimento realizado no hospital. De acordo com P7, antes do treino a criança expressava querer a companhia de outros cuidadores (e.g. pai e avó) perto dela no hospital e não a mãe. Neste caso, os pais de C7 eram separados e a criança convivia mais com o pai do que com a mãe antes de adoecer.

Por sua vez, a participante P8 relatou ter também realizado a primeira atividade do treino (Recreio especial) com os outros dois filhos, mais velhos que C8 e que reclamavam de falta de atenção da mãe. Esta participante também relatou melhora na interação e diálogo com os filhos em sua rotina familiar. Mais um exemplo de que o treino de habilidades sociais pode ser generalizado para outros contextos e com outros filhos.

## DISCUSSÃO

Este estudo foi realizado com o objetivo de avaliar os efeitos de instrução (Condição 2) e de treino parental (Condição 3) sobre comportamentos observados em cuidadores e em crianças com diagnóstico de câncer durante procedimento de punção venosa em ambulatório. Para isso, os resultados foram comparados com os obtidos com participantes submetidos somente à rotina do atendimento hospitalar (Condição 1). Também foi investigada a ocorrência de mudanças no comportamento das crianças como subproduto dos procedimentos de intervenção com os cuidadores.

Os comportamentos mais frequentemente observados nos cuidadores foram os classificados como Monitoria positiva. Nas crianças, foram os classificados como Comportamentos não concorrentes. Tais resultados foram observados independentemente da condição a qual os participantes foram expostos.

A princípio, estes resultados podem ser explicados pelas características do contexto em que o estudo foi realizado: punção venosa em ambulatório para tratamento quimioterápico de crianças com câncer acompanhadas pelo cuidador principal. Este contexto tem sido

apontado pela literatura como doloroso tanto para o paciente quanto para o acompanhante, especialmente em se tratando de crianças, as quais podem exibir distresse comportamental (Álvarez & Marcos, 1997; Costa Junior, 1999). Nestes casos, a criança se encontra fragilizada pela doença e exposta à dor decorrente do procedimento, em ambiente social como é o caso do ambulatório, sendo esperado que o acompanhante apresentasse predominantemente comportamentos socialmente mais aceitos, como os que foram classificados neste estudo como Monitoria positiva. Por sua vez, o padrão comportamental exibido pelas crianças permitiu que o procedimento fosse realizado.

Entretanto, foram observadas diferenças entre os participantes.

Comparando-se as três condições, observou-se que na Condição 2 (Manual) e na Condição 3 (Treino) os comportamentos mais observados nos participantes foram os classificados como Monitoria positiva seguidos de Monitoria negativa. Os comportamentos classificados como Negligência foram mais observados nos participantes da Condição 1 (Rotina).

Além disso, na Condição 1 (Rotina), na qual não houve intervenção, os participantes não apresentaram variação em seus comportamentos ao longo das quatro sessões de observação, mantendo maior taxa de comportamentos negligentes (principalmente no caso de P2), e de Monitoria positiva (no caso de P1 e de P3). Nesta condição, as crianças também apresentaram padrão comportamental semelhante ao longo das quatro sessões de observação.

Na Condição 2, na qual houve a aplicação do Manual de orientação para cuidadores sobre punção venosa em crianças, observou-se mudança nos comportamentos de dois participantes (P5 e P6), com aumento nas taxas de Monitoria Positiva na sessão de punção venosa realizada após a aplicação do Manual. Entretanto, o participante P4 apresentou redução nas taxas de Monitoria positiva com aumento nas de Negligência. Nesta condição observou-se também redução na taxa de comportamentos concorrentes em todas as três crianças após os cuidadores receberem orientações por meio do Manual. Dessa forma, supõe-se que o uso de instrução teve tanto um efeito direto em curto prazo sobre o comportamento dos participantes quanto um efeito indireto no comportamento das crianças. Entretanto, não foi observada manutenção destas mudanças nos comportamentos das díades na terceira e na quarta sessão.

Estes resultados obtidos pelo efeito do Manual são diferentes dos resultados apontados por Ferreira (2005), no qual foram identificadas mudança e manutenção tanto em curto quanto em longo prazo. Entretanto, ressalta-se que na presente pesquisa foram

utilizadas medidas de observação direta do comportamento dos cuidadores e das crianças, enquanto no estudo de Ferreira (2005) as mudanças de comportamento foram obtidas por meio de relatos dos cuidadores.

Quanto ao Manual de orientação para cuidadores sobre punção venosa em crianças, elaborado para esta pesquisa por meio de um estudo anterior realizado por Brasiliense (2012), ressalta-se que este foi avaliado positivamente pelos cuidadores da Condição 2. Observou-se que a utilização de figuras ilustrativas associadas a um texto objetivo e com leitura individualizada possibilitou a compreensão do cuidador acerca de punção venosa e sobre informações acerca do tratamento. Tal resultado é semelhante ao apontado em outros estudos (e.g. Burke et al., 2008; Francis et al., 2008; Grippo & Fracoli, 2008; Oliveira et al., 2008; Vallenge et al., 2008), os quais também utilizaram instruções na forma de manuais.

Na Condição 3, em que foram utilizados tanto o Manual quanto o Protocolo de treino parental, os participantes não apresentaram mudança nas taxas de comportamentos de Monitoria positiva após a apresentação do Manual. Nesta condição, P7 foi classificado com estilo parental negligente, P8 foi classificado como autoritário e P9, como autoritativo. Comparando-se os comportamentos destes participantes na primeira sessão de observação, observou-se que P7 apresentou maior taxa de Afastar-se (AF) – comportamento classificado como de Negligência; P8 apresentou maior taxa de Carinho (CA) – classificado como Monitoria positiva; e, P9, maiores taxas de Carinho (CA) e de Participar do procedimento (PP) – classificados como Monitoria positiva. Tais resultados se assemelham aos conceitos de estilos parentais descritos na literatura (Reichert & Wagner, 2007; Sapienza, Aznar-Farias, & Silves, 2009; Weber, Brandenburg, & Viezzer, 2003) sugerindo que houve correspondência entre os resultados do PBI e os comportamentos observados diretamente em situação natural.

Entretanto, após o treino parental, foi possível observar, na participante P7 e na participante P8, aumento no repertório de comportamentos de Monitoria positiva tanto em curto prazo (na terceira sessão de observação) quanto em longo prazo (na quarta sessão), assim como a redução de comportamentos de Negligência em P7 e de Monitoria negativa em P8. Tais resultados sugerem efeito positivo do treino parental para a mudança de comportamento nestes cuidadores.

Estes resultados foram compatíveis com a literatura encontrada (e.g. Cline et al., 2006; Ferreira, 2005; Rodriguez et al., 2012; Vance & Eiser, 2004), a qual defende o uso de intervenções focalizadas nos pais (*parent coaching*), como as mais eficazes e com garantia de mudança de comportamento principalmente se forem individuais e sistematizadas como o treino parental utilizado neste estudo.

A participante P9, que não participou do treino parental por ter sido avaliada com estilo autoritativo – adequado segundo a literatura (Peterson et al., 2007; Reichert & Wagner, 2007; Vance & Eiser, 2004; Wakefield et al., 2010) – manteve padrão de comportamento predominantemente caracterizado como de Monitora positiva em todas as sessões de observação.

Entretanto, nesta Condição somente a criança C7 apresentou redução nos Comportamentos concorrentes na sessão realizada após o cuidador receber instruções por meio do Manual. Após o treino parental, somente C8 reduziu a ocorrência de Comportamentos concorrentes. Porém, na quarta sessão, ambas emitiram Comportamentos concorrentes em taxas semelhantes às sessões anteriores ao treino. Por sua vez, a criança C9, cuja mãe fora classificada como autoritativo, permaneceu com baixa ocorrência de Comportamentos concorrentes em todas as quatro sessões de observação. Tais resultados sugerem que o treino parental não foi suficiente para promover redução no distresse comportamental das crianças durante a realização do procedimento de punção venosa. Também sugerem que a história de práticas parentais adequadas (como parece ter sido o caso da participante P9) pode favorecer a modelação do comportamento da criança frente a situações aversivas como é o caso da punção venosa (Cline *et al.*, 2006; Gilbar, 2002; Rodriguez *et al.*, 2012).

Em relação ao treino parental, o mesmo foi utilizado com o principal objetivo de auxiliar os cuidadores a desempenharem papel de coterapeutas das crianças, auxiliando-as no enfrentamento do procedimento invasivo de punção venosa em ambulatório. Mas também tinha como objetivo a instalação de práticas parentais mais habilidosas com vistas a promover melhor relacionamento entre cuidador e criança.

Neste sentido, observou-se que a participante P8 utilizou adequadamente a técnica de distração que lhe fora ensinada durante o treino, atingindo resultados satisfatórios em relação tanto ao seu comportamento quanto da criança C8. Com esta participante pode-se afirmar que o treino parental trouxe resultados positivos em curto prazo.

Este dado confirma estudo de Uman et al. (2008) que demonstrou que técnicas cognitivas e comportamentais aplicadas pelos pais podem reduzir o nível de distresse da criança. Além disso, mesmo quando não há redução na ansiedade e/ou dor na criança, podem auxiliar os pais quando estes não sabem o que fazer e, conseqüentemente, podem auxiliar a diminuir a ansiedade destes pais (Chen et al., 2000; Ellis et al., 2004).

Quando o treino parental inclui, além das técnicas cognitivas e comportamentais, o treino de outras habilidades para auxiliar o manejo da criança tanto dentro quanto fora do

hospital (como empatia, manifestação de carinho, redução de punições inconsistentes), pode ocorrer uma melhora da qualidade da relação do cuidador com a criança, que também é uma variável que pode influenciar no nível de distresse da criança segundo Borges (1999) e Herman e Miyazaki (2007).

Uma das vantagens do treino parental utilizado nesta pesquisa foi a inclusão no protocolo do treino de habilidades sociais além de técnicas comportamentais dirigidas para o contexto de punção venosa. Observou-se que, as tarefas de casa e o treino de discriminação de comportamentos adequados e de consequenciação positiva proposto no treino permitiram uma possível generalização destes comportamentos para outros contextos além do hospital, assim como o uso de tais técnicas com os outros filhos, como o que foi relatado pelas cuidadoras P8 e P9. Este dado confirma uma das vantagens de utilizar treino com cuidador listadas por Christensen e Fatchet (2002).

Considerando-se os resultados obtidos com o inventário de Avaliação das Relações Familiares (PBI), a maioria dos cuidadores apresentou estilo parental permissivo (sendo cinco indulgentes e dois negligentes), o qual se caracteriza pelos pais não apresentarem medidas punitivas, mas apresentarem excesso de comportamentos de carinho e de superproteção. Tais achados sugerem que houve semelhança entre a avaliação realizada pelo inventário e os resultados obtidos por meio das sessões de observação direta. Estes resultados coincidem com os de outras pesquisas (e.g. Paiva & Ronzani, 2009; Shiota et al., 2004; Sieberg et al., 2011; Vance & Eiser, 2004) que demonstram um alto grau de permissividade em cuidadores de crianças com câncer, baseado em culpa de impor limites a uma criança enferma.

Em relação aos pais com estilo parental permissivo, a literatura (e.g. Vance & Eiser, 2004) chama atenção para a possibilidades de estes prejudicarem a adesão ao tratamento da criança, burlando as restrições alimentares, tendo problemas com a administração de medicamentos e mesmo com o cumprimento das agendas de consultas e de sessões de quimioterapia (o que foi observado, por exemplo, com os cuidadores P3 e P4, que não cumpriram rigorosamente o agendamento dessas sessões). Pode ocorrer ainda de estes cuidadores se sentirem, muitas vezes, paralisados por não saberem como reagir diante de situações aversivas impostas pelo tratamento, ou mesmo diante de comportamentos concorrentes emitidos pela criança (como a alta frequência do comportamento Afastar-se [AF] observado na cuidadora P7 antes do treino parental).

Dos nove cuidadores participantes, apenas uma (P9, Condição 3) apresentou estilo parental autoritativo, que, de acordo com a literatura (Peterson et al., 2007; Reichert & Wagner, 2007; Vance & Eiser, 2004; Wakefield et al., 2010), é caracterizado por alta

frequência de comportamentos afetivos, como carinho, diálogo, mas também de educação direcionada e racional. Neste estudo observou-se que a cuidadora P9 apresentou alta frequência de comportamentos de Monitoria positiva em todas as sessões de observação, assim como a criança C9 apresentou alta frequência de Comportamentos não concorrentes em todas as sessões, confirmando que pais com estilo parental autoritativo apresentam comportamentos mais adequados, assim como seus filhos.

Destaca-se que o estilo parental adequado tem sido considerado como uma variável de proteção à criança com câncer, aumentando a probabilidade de emissão de comportamentos colaborativos durante a realização de procedimentos invasivos, seja pela segurança/apoio que o cuidador proporciona neste momento, seja pela longa história de modelação. Tais resultados poderiam ser investigados em estudos longitudinais que incluam pais com estilos autoritativos, comparando-se comportamentos emitidos durante a realização do procedimento invasivo em outros contextos não hospitalares.

Grande parte dos cuidadores apresentou afastamento de suas atividades de rotina, como trabalho, vida social e dos cuidados de os outros filhos, por conta do longo período de tratamento e de sucessivas internações da criança, incluindo a própria mudança de cidade para a realização do tratamento. Estes resultados também foram descritos na literatura, onde as mudanças na rotina do cuidador, impostas pelo câncer, são fatores estressantes e variáveis contextuais que influenciam no distresse e na ansiedade por cuidarem de uma criança com doença crônica (Campos et al., 2007; Costa & Lima, 2002; Gilbar, 2002; Kohlsdorf & Costa Junior, 2010; Mensorio et al., 2009; Shiota et al., 2004). Estes fatores podem justificar a ocorrência de alguns comportamentos observados nos cuidadores, como o afastamento do local onde o procedimento invasivo estava ocorrendo, deixando a criança aos cuidados exclusivos do profissional de enfermagem, como uma fuga/esquiva à exposição ao sofrimento da criança e do próprio cuidador. Neste sentido, intervenções psicológicas que mostrem alternativas de estratégias de enfrentamento, ou formas alternativas de se comportar diante dos estímulos estressores podem ser extremamente úteis, como, por exemplo, o treino proposto pelo presente estudo.

Uma dificuldade encontrada para a realização do treino parental com um maior número de participantes foi o fato de este ter sido proposto para ser realizado em domicílio. Houve mais de dez recusas para participar do treino. Observou-se nos relatos dos cuidadores que estes não se sentiriam à vontade de receber o pesquisador em casa, pois alguns alegaram que a casa estava passando por reforma, ou que estavam sem tempo ou perguntavam se não dava para ser realizado no próprio hospital. Outros casos de recusa foram justificados pelo

fato de residirem no interior e que, logo após a sessão de quimioterapia, voltariam para a sua cidade, sendo dessa foram excluídos da pesquisa. Acredita-se que, se houvesse um espaço dentro do hospital para realizar os encontros do treino parental, teria sido possível obter um maior número de consentimentos.

Por outro lado, os resultados obtidos por meio da comparação entre as três condições sugerem a possibilidade de que estudos futuros investiguem a inclusão do Protocolo de treino parental na rotina de atendimento de cuidadores de crianças com câncer, observando seus efeitos ao longo do tratamento. Os resultados também sugerem a necessidade de estudos que investiguem os efeitos em longo prazo do uso de manuais de instruções sobre procedimentos invasivos tanto no comportamento de cuidadores quanto no comportamento da criança, pois estudos nessa área ainda são muito escassos.

Conclui-se que o uso de informação auxiliou o cuidador a ter mais conhecimento sobre o procedimento de punção venosa para quimioterapia, além de ter produzido mudança comportamental em curto prazo. O uso do treino parental teve como efeito imediato aumentar a interação dos cuidadores com a criança durante o procedimento, embora não tenha produzido efeito de controle sobre o distresse comportamental da criança. Por outro lado, o treino parental parece ter favorecido um melhor relacionamento entre o cuidador e a criança, generalizando para outros contextos, o que pode ser investigado em futuros estudos.

## REFERENCIAS

- Álvarez, C.B., & Marcos, A.F. (1997). Psychological treatment of evoked pain and anxiety by invasive medical procedures in pediatric oncology. *Psychology in Spain, 1*, 17-36.
- Anand, K., Aranda, J., Berbe, B., Buckman, S., Capparelli, E., Carlo, W., Hummem, P., Johnsnton, C., Lantos, J., Tutag-Lehr, V., Lynn, A., Maxwekk, L., Oberlander, T., Raju, T., Soriano, S., Taddio, A., & Walco, G. (2006). Summary proceeding from the neonatal pain-control group. *Pediatrics, 117*(3), S9-S22.
- Baumrind, Diana (1968). Authoritarian vs. Authoritative Parental Control, *Adolescence, 3*(11), 255
- Boeckel, M. G., & Sarriera, J. C. (2005). Análise fatorial do Questionário de Estilos Parentais (PAQ) em uma amostra de adultos jovens universitários. *Psico-USF, 10* (1), 1-9
- Bolsoni-Silva, A., & Marturano, E. (2002). Práticas educativas e problemas de comportamento: uma análise à luz das habilidades sociais. *Estudos de Psicologia, 7*(2), 227-235.
- Bordin, I. A. S., Mari, J. J., & Caiero, M. F. (1995). Validação da versão brasileira do "Child Behavior Checklist" (CBCL) (Inventário de Comportamento da Infância e Adolescência): dados preliminares. *Revista ABP-APAL, 17* (2), 55-66.
- Borges, L.M. (1999). *Treinamento de respostas de enfrentamento e colaboração em mães de crianças submetidas a procedimentos médicos invasivos*. Dissertação de Mestrado. Brasília, DF: Universidade de Brasília.
- Braga, P.E., Latorre, M.O., & Curado, M.P. (2002). Câncer na infância: análise comparativa da incidência, mortalidade e sobrevida em Goiânia (Brasil) e outros países. *Cadernos de Saúde Pública, 18*, 33-44.
- Brasiliense, I.C. (2012). *Efeitos do uso de manual de instruções com cuidadores de crianças submetidas à punção venosa para quimioterapia*. [Relatório parcial Programa PIBIC]. Belém, PA: Universidade Federal do Pará.
- Burke, L., Howat, P., Lee, A., Jancey, J., Kerr, D., & Shilton, T. (2008). Development of nutrition and physical activity booklet to engage seniors. *BMC Research Notes, 1*:77.
- Campos, E., Rodrigues, A., Machado, P., & Alvarez, M. (2007). Intervenção em grupo: experiência com mães de crianças com câncer. *Psicologia em estudo- Maringá, 12*(3), 635-640.

- Cavender, K., Goff, M.D., Hollon, E.C., & Guzzetta, C.E. (2004). Parents' positioning and distracting children during venipuncture: Effects on children's pain, fear, and distress. *Journal of Holistic Nursing*, 22 (1), 32-56.
- Cecconello, A.M., Antoni, C., & Koller, S.H. (2003). Práticas educativas, estilos parentais e abuso físico no contexto familiar. *Psicologia em estudo*, 8 (numero especial), 45-54.
- Chambers, C., Taddio, A., Uman, L., & McMurtry, M. (2009). Psychological Intervention for Reducing Pain and Distress During Routine childhood immunizations: a systematic review. *Clinical Therapeutics*, 31(Supp B), S77-S103.
- Chen, E., Joseph, M., & Zeltzer, L. (2000). Behavioral and cognitive interventions in the treatment of pain in children. *Pediatric Clinics of North America*, 47(3), 513-525.
- Cheung, A., Finegan, B., Torok-Both, C., Donnelly-Warner, N., & Lujic, J. (2007). A patient information booklet about anesthesiology improves preoperative patient education. *Canadian Journal of Anesthesiology*, 54 (4), 355-360.
- Christensen, J., & Fatchet, D. (2002). Promoting Parental Use of Distraction and Relaxation in Pediatric Oncology Patients During Invasive Procedures. *Journal of Pediatric Oncology Nursing July*. 19(4), 127-132
- Cline, R., Harper, F., Penner, L., Peterson, A., Taub, J., & Albrecht, T. (2006). Parent communication and child pain and distress during painful pediatric cancer treatments. *Social Science & Medicine*, 63, 883-898.
- Costa, J. C., & Lima, R. A. G. (2002). Crianças/adolescentes em quimioterapia ambulatorial: implicações para a enfermagem. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 10(3), 321-333.
- Costa Junior, A. L. (1999). Psico-oncologia e manejo de procedimentos invasivos em oncologia pediátrica: uma revisão de literatura. *Psicologia: Reflexão e crítica* 12(1), 107-118.
- Costa Junior, A. L. (2001). O desenvolvimento da psico-oncologia: implicações para a pesquisa e intervenção profissional em saúde. *Psicologia: ciência e profissão*, 21(2), 36-43.
- Costa Junior, A. (2004). A intervenção psicológica no contexto de procedimentos médicos invasivos em oncologia pediátrica: discussão metodológica. In: Brandão, M. Z. da S., Conte, F. C de S., Brandão, F. S., Ingbergman, Y. K., Moura, C., B., da Silva, V. M. & Oliane, S., M. (orgs.). *Sobre Comportamentos e cognição: estendendo a psicologia comportamental e cognitiva aos contextos da saúde, das organizações das relações pais e filhos e das escolas* (pp. 139-151). Santo André: ESETec Editores Associados.

- Costa Junior, A. L. (2005). Psicologia da saúde e desenvolvimento humano: o estudo do enfrentamento em crianças com câncer e expostas a procedimentos médicos invasivos. Em M.A. Dessen & A.L. Costa Junio (Orgs.). *A ciência do desenvolvimento humano* (pp. 171-189). Porto Alegre: Artmed.
- Eckshtain, D., Ellis, D., Kolmodin, K., & Naar-king, S. (2010). The effects of parental depression and parenting practives on depressive symptoms and metabolic control in urban youth with insulin dependent diabetes. *Journal of Pediatric Psychology, 35* (4), 426-435.
- Ellis, J.A., Sharp, D., Newbook, K., & Cohen, J. (2004). Selling comfort: A survey of interventions for needle procedures in a pediatric hospital. *Pain Management Nursing, 5*, 144-152.
- Ferreira, R. S. (2005). *Efeitos da apresentação sistematizada de um manual educativo para pais de crianças com leucemia*. Dissertação de Mestrado. Brasília: Universidade de Brasília.
- Francis, N., Hood, K., Simpson, S., Wood, F., Nuttall, J., & Butler, C. (2008). The effect of using an interactive booklet on childhood respiratory tract infections in consultations: Study protocol for a cluster randomized controlled trial in primary care. *Bio Medical Center Family Practice, 9*: 23.
- Fonseca, L., Scochi, C., Rocha, S., & Leite, A. (2004). Cartilha educativa para orientação materna sobre os cuidados com o bebe prematuro. *Revisa Latino-Americana de Enfermagem, 12*(1), 65-75.
- Gilbar, O. (2002). Parent caregiver adjustment to cancer of an adult child. *Journal of Psychosomatic Research, 52*, 295-302.
- Goldbeck, L. (2001). Parental coping with the diagnosis of childhood cancer: gender effects, dissimilarity within couples, and dissimilarity and quality of life. *Psycho-Oncology, 10*, 325-335.
- Gomes, R., Pires, A., Moura, M., Silva, L., Silva, S., & Gonçalves, M. (2004). Comportamento parental na situação de risco do cancro infantil. *Análise Psicológica, 3*(XXII), 519-531.
- Gomide, P. I. (2006). Inventário de Estilos Parentais (IEP): Modelo teórico, manual de aplicação, apuração e interpretação. Petrópolis: Ed. Vozes.
- Gomide, P., Salvo, C., Pinheiro, D., & Sabbag, G. (2005). Correlação entre práticas educativas, depressão, estresse e habilidades sociais. *Psicologia-USF, 20*(2), 169-178.

- Gripo, M., & Fracolli, L. (2008). Avaliação de uma cartilha educativa de promoção ao cuidado de criança a partir da percepção da família sobre temas de saúde e cidadania. *Revista da Escola de Enfermagem- USP*, 42(3), 430-436.
- Guimarães, C. M., & Ribeiro, N. R.R. (1997). Convivendo com a doença do irmão. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 18(1), 17-23.
- Hain, R.D.W., Campbell, C., Space, S., Kharasch, S., & Bauchner, H. (2001). Invasive procedures carried out in conscious children: Contrast between North American and European pediatric oncology centers. *Archives of Disease in Childhood*, 85, 12-15.
- Herman, A. R., & Miyazaki, M. C. (2007). Intervenção psicoeducacional em cuidador de criança com câncer: estudo de caso. *Arquivo de Ciências da Saúde*, 14(4), 238-44.
- IASP (2011) - International Association for the Study of Pain. *Definition of pain; Pain Terminology; Curriculum on Pain for Students in Psychology*. Recuperado em 24 de Janeiro de 2011. Obtido em [http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain\\_Definitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1728](http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1728)
- Iconomou, G., Vagenakis, A., & Kalofonos, H. (2001). The informational needs, satisfaction with communication, and psychological status of primary caregivers of câncer patients receiving chemotherapy. *Support Care Cancer*, 9, 591-596.
- INCA (2012) – Instituto do Câncer. Estimativa 2012. Recuperado em 27 de abril de 2012. Obtido em <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>
- INCA (2010) – Instituto do Câncer. Câncer na Criança e no Adolescente no Brasil. Recuperado em 22 de Janeiro de 2011. Obtido em [http://www.inca.gov.br/tumores\\_infantis/](http://www.inca.gov.br/tumores_infantis/)
- Jay, S. M., Ozolins, M. & Elliott, C. H. (1983). Assessment of children's distress during painful medical procedures. *Health Psychology*, 2(2), 133-147.
- Kohlsdorf, M., & Costa Junior, A. L. (2010). Dificuldades relatadas por cuidadores de crianças e adolescentes com leucemia: alterações comportamentais e familiares. *Interação em Psicologia*, 14(1), 1-12.
- Kazak, A.E., Penati, B., Brophy, P., & Hilmelstein, B. (1998). Pharmacologic and psychologic interventions for procedural pain. *Pediatrics*, 102, 59-66.
- Kazak, A.E., Simms, S., & Rourke, M.T. (2002). Family systems practice in pediatric psychology. *Journal of Pediatric Psychology*, 27, 133-143.
- Kleiver C., Craft-Rosenberg, M., & Harper, D. (2001). Parents as distraction coaches during i.v. insertion: a randomized study. *Journal of Pain and Symptom Manage*, 22(4), 851-861.

- Kwekkeboom, K.L. (1999). A model for cognitive-behavioral interventions in cancer pain management. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 31(2), 151-155.
- LaMontagne, L. L., Wells, N., Hepworth, J. T., Johnson, B. D., & Manes, R. (1999). Parent coping and child distress behaviors during invasive procedures for childhood cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 16(1), 3-12.
- Lemos, I. P. (2007). *Análise do comportamento de crianças, seus acompanhantes e auxiliares de enfermagem durante a punção venosa em sessão de quimioterapia ambulatorial*. Dissertação de Mestrado. Belém: Universidade Federal do Pará.
- Lemos, I. P., & Ferreira, E. A. (2010). Comportamento de crianças, acompanhantes e auxiliares de enfermagem durante sessão de punção venosa. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(2), 433-443.
- Le Roy, S., Elixson, E., O'Brien, P., Tong, E., Turpin, S., & Uzark, K. (2003). American Heart Association Pediatric Nursing Subcommittee of the Council on Cardiovascular Nursing; Council on Cardiovascular Diseases of the Young. Recommendations for preparing children and adolescents for invasive cardiac procedures: a statement from the American Heart Association Pediatric Nursing Subcommittee of the Council on Cardiovascular Nursing in collaboration with the Council on Cardiovascular Diseases of the Young. *Journal of the American Heart Association*, 108, 2550–2564.
- Lima, M. B. S. (2009). *O uso de manual como estratégia para a redução de ansiedade de acompanhantes de crianças submetidas à cirurgia de especialidade otorrinolaringológica*. Trabalho de Conclusão de Curso de Formação de Psicólogo. Belém-PA: Universidade Federal do Pará.
- Linhares, M. B., & Doca, F. N. (2010). Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. *Temas em Psicologia*, 19(2), 307-325.
- McGregor, A., Burton, A., Sell, P., & Waddell. (2007). The development of an evidence-based patient booklet for patients undergoing lumbar discectomy and un-instrumented decompression. *European Spine Journal*, 16, 339-346.
- Manne, S., Redd, W., Jacobsen, P., Gorfinkle, K., & Schorr, O. (1990). Behavioral Intervention to reduce child and parent distress during venipuncture. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58 (5), 565-572.
- Manne, S., Jacobsen, P., Gorfinklen K., Gerstein, F., & William H. (1993). Treatment Adherence Difficulties Among Children with cancer - The role of Parenting Style. *Journal of Pediatric Psychology*, 18(1), 47-62.

- Mensorio, M., Kohlsdorf, M., & Costa Junior, A. L. (2009). Cuidadores de crianças e adolescentes com leucemia: análise de estratégias de enfrentamento. *Psicologia em Revista, 15*(1), 158-176.
- Nascimento, L. C., Rocha, S. M., Hayes, V. H., & Lima, R. G. (2005). Crianças com câncer e suas famílias. *Revista da escola de enfermagem da USP, 39*(4), 469-474.
- Nova Scotia Cancer Patient Education Committee (2004). *Guidelines for the Development of Patient Education Material*. Recuperado em 22 de Abril de 2011. Obtido em <http://www.cancercare.ns.ca/site-cc/media/cancercare/GuidelinesDevelopmentPtEduMaterials.pdf>
- Noh, H., Lee, J., Yun, Y., Park, S., Bae, D., Nam, J., Park, C., Cho, C., Kye, S., & Hang, Y. (2009). Cervical cancer patient information-seeking behaviors, information needs, and information sources in South Korea. *Support Care Cancer, 17*, 1277-1283.
- Oliveria, F.P.S., Ferreira, E.A., Novaes, V.R., & Lima, J.S. (2009). Análise dos comportamentos de crianças vítimas de queimaduras expostas a curativo sem sedação em enfermaria. *Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano, 19*(3), 369-382.
- Oliveira, M., Fernandes, A., & Sawada, N. (2008). Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação. *Texto Contexto Enfermagem, 17*(1), 115-123.
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. Cancer. Recuperado em 17 de Janeiro de 2012. Obtido em <http://www.who.int/cancer/en/>
- Paiva, F. S., & Ronzani, T. M. (2009). Estilos parentais e consumo de drogas entre adolescentes: revisão sistematica. *Psicologia em Estudo, 14*(1), 177-183.
- Parker, G., Tupling, H., & Brown, L.B.A. (1979). Parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology, 52*, 1-10.
- Peterson, A., Cline, R., Foster, T., Penner, L., Parrott, R., Keller, C., Naughton, M., Taub, J., Ruckdeschel, J., & Albrecht, T. (2007). Parents' interpersonal distance and touch behavior and child pain and distress during painful pediatric oncology procedures. *Journal of Nonverbal Behavior, 31*, 79-97.
- Piccinini, C.A., Castro, E.K., Alvarenga, P., Vargas, S., & Oliveira, V.Z. (2003). A doença crônica orgânica na infância e as práticas educativas maternas. *Estudo de Psicologia, 8*(1), 75-83.
- Pinheiro, M., Del Prette, A., & Haase, V. (2002). *Pais como co-terapeutas: treinamento em habilidades sociais como recurso adicional*. (Relatório Técnico Vol. 3, No 1, pp. 1-42). Belo Horizonte, MG: Universidade Federal de Minas Gerais, Departamento de Psicologia,

- Laboratório de Neuropsicologia do Desenvolvimento e Laboratório de Psicologia da Família.
- Profeta da Luz, Z., Pimenta D., Rabello, A. & Schall, V. (2003). Evaluation of informative materials on leishmaniasis distributed in Brazil: criteria and basis for the production and improvement of health education materials. *Caderno de Saúde Pública*, 19(2), 561-569.
- Reichert, C. B., & Wagner, A. (2007). Autonomia na adolescência e sua relação com os estilos parentais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 38(3), 292-299.
- Rezende, M.C.L.B. (2001). *Estilos parentais e a relação entre pais e filhos com e sem deformidade faciais*. Dissertação de Mestrado. Campinas, SP: Programa de Pós-graduação do Centro de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- Rodriguez, E. M., Dunn, M. J., Zuckerman, T., Vannatta, K., Gerhardt, C. A., & Compas, B.E. (2012). *Journal of Pediatric Psychology*, 37(2), 185-197.
- Salvador, A. P., & Weber, L. N. (2005). Práticas educativas parentais: um estudo comparativo da interação familiar de dois adolescentes distintos. *Interação em Psicologia*, 9(2), 341-353.
- Salvo, C. G., Silves, E. F. M., & Toni, P. M. (2005). Práticas educativas como forma de predição de problemas de comportamento e competência social. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 22 (2), 185-195.
- Sampaio, I., & Gomide, P. (2007). Inventário de Estilos Parentais (IEP) – Gomide (2006) Percurso de Padronização e normatização. *Psicologia Argumento*, 25 (48), pp. 15-26
- Sapienza, G., Aznar-Farias, M., & Silves, E.F. (2008). Competência social e práticas educativas parentais em adolescentes com alto e baixo rendimento acadêmico. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(2), 208-213.
- Shiota, C. M., Santos, A. R., & Miyazaki, M. C. (2004). Problemas de comportamento em crianças com câncer: o papel dos pais. In: M. Z. da S. Brandão, F. C de S. Conte, F. S. Brandão, Y. K. Ingbergman, C. B. Moura, V. M. Silva & S. M. Oliane (Orgs.). *Sobre comportamento e cognição: estendendo a psicologia comportamental e cognitiva aos contextos da saúde, das organizações, das relações pais e filhos e das escolas*.(pp; 139-151). Santo André: ESETec Editores Associados.
- Sieberg, C. B., Williams, S., & Simons, L. (2011). Do parent protective responses mediate the relation between parent distress and child functional disability among children with chronic pain? *Journal of Pediatric Psychology*, 36(9), 1043-1051.

- Steffen, B. C., & Castolai, L. (2006). Sobrevivendo à tempestade: a influência do tratamento oncológico de um filho na dinâmica conjugal. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 26(3), 406-425.
- Torres, H., Candido, N., Alexandre, L., & Pereira, F. (2009). O processo de elaboração de cartilhas para orientação do autocuidado no programa educativo em Diabetes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(2), 312-6.
- Uman, L., Chambers, C., McGrath, P., & Kisely, S. (2008). A systematic review of randomized controlled trials examining psychological interventions for needle-related procedures pain and distress in children and adolescents: an abbreviated Cochrane review. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(8), 842-854.
- Vallance, J., Courneya, K., Plotnikoff, R., & Mackey, J. (2008). Analysing theoretical mechanisms of physical activity behavior change in breast cancer survivors: results from the activity promotion (ACTION) trial. *Annual Behavior Medicine*, 35, 150-185
- Vallance, J., Courneya, K., Taylor, L., Plotnikoff, R., & Mackey, J. (2008). Development and Evaluation of a theory-based physical activity guidebook for breast cancer survivors. *Health Education & Behavior*, 35(2), 174-189.
- Vance, Y., & Eiser, C. (2004). Caring for a child with cancer – A systematic review. *Pediatric Blood Cancer*, 42, 249-253.
- Viana, M., Cunha, K., Ramos, G., & Murão, M. (2003). Leucemia mielóide aguda na criança: experiência de 15 anos em uma única instituição. *Jornal de Pediatria*. 79 (6), 849-896.
- Wakefield, C. E., McLoone, J., Goodenough, B., Lenthen, K., Cairns, D., & Cohn, R. (2010). The Psychosocial impact of completing childhood cancer treatment: A systematic review of the Literature. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(3), 262-74.
- Weber, L., Brandenburg, O., & Viezzer, A. P. (2003). A Relação entre o estilo parental e o otimismo da criança. *Psico-USF*, 8(1), 71-79.
- Weber, L.N., Prado, P.M., Viezzer, A.P., & Brandenburg, O.J. (2004). Identificação de Estilos Parentais: o ponto de vista dos pais e dos filhos. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 17(3), 323-331.
- Weber, L.N., Selig, G.A., Bernardi, M.G., & Salvador A.P. (2006). Continuidade dos estilos parentais através das gerações – transmissão intergeracional de estilos parentais. *Paidéia*, 16(35), 407-414.
- Windich-Biermeier, A., Sjoberg, I., Dale, J., Eshelman, D., & Guzzetta, C. (2007). Effects of distraction on pain, fear, and distress during venous port access and venipuncture in children and adolescents with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 24(8), 8-19.

World Health Organization [WHO] (1993). *Behavioral science- preparation for invasive procedures*. (pp.1-23). Geneva: World Health Organization.

# ANEXO

## **Anexo 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Condição 1.**

PROJETO: Estilos parentais e comportamentos observados em crianças durante sessão de punção venosa. (Universidade Federal do Pará, Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento).

Solicitamos a sua colaboração para participar de um estudo que pretende identificar a relação os Estilos Parentais e comportamentos observados em crianças com diagnóstico de câncer durante procedimento invasivo de punção venosa. Através dos resultados desse estudo pretendemos ajudar tanto os cuidadores quanto as crianças portadoras de câncer a enfrentar melhor o tratamento quimioterápico, possibilitando identificar quais as práticas parentais que possibilitam a diminuição do medo e da ansiedade vivenciado por elas nos procedimentos invasivos. A sua participação nesta pesquisa acarretará riscos mínimos para a sua saúde e a da criança, bem como não comprometerá o atendimento que vocês vêm recebendo no hospital. Se você concordar em colaborar com esse estudo, sua participação ocorrerá, inicialmente, por meio de uma observação que ocorrerá durante a punção venosa de seu(a) filho(a) no hospital. A seguir, você participará de uma entrevista que pode ser realizada no hospital ou na sua residência/casa de apoio, em dia e horário que lhe sejam convenientes. Nesta entrevista você poderá relatar o grau de sofrimento percebido em seu filho(a) durante a quimioterapia, e experiências prévias com hospitalização, assim como será pedido que você responda a dois inventários. Após esta fase, haverá ainda a necessidade de realizar mais duas observações de punção venosa com intervalos de no mínimo três semanas. As informações obtidas ao final deste estudo serão publicadas e apresentadas em eventos científicos, com o cuidado de manter a sua privacidade e a de sua família, não se permitindo que sejam identificados. Qualquer informação adicional sobre os resultados do estudo lhe será fornecida quando este estudo estiver concluído, desde que assim deseje. Você tem total liberdade para se retirar do estudo a qualquer momento, com a garantia de que não haverá qualquer prejuízo a sua pessoa, à criança, ou do seu atendimento no hospital. Caso concorde em participar, assine por favor seu nome abaixo, indicando que leu e compreendeu o que foi dito e que todos os seus questionamentos sobre as atividades envolvidas no estudo lhe foram respondidos, para a sua completa satisfação.

---

**ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL**

Inaê Benchaya Duarte (CRP 10/03457)

### **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa, que me sinto perfeitamente esclarecido sobre o conteúdo da mesma, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda que, por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa cooperando com a coleta de informações.

Belém, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

**ASSINATURA DO FAMILIAR/ACOMPANHANTE**

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (CEP-CCS/UFPA)- Complexo de Sala de Aula/ICS- Sala 14- Campus Universitário, nº 01, Guamá- CEP: 66075-110- Belém-Pará. Tel.: 3201-8028 E-mail:cepccs@ufpa.br.

## **Anexo 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Condição 2.**

PROJETO: Estilos parentais e comportamentos observados em crianças durante sessão de punção venosa. (Universidade Federal do Pará, Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento).

Solicitamos a sua colaboração para participar de um estudo que pretende analisar os efeitos de um treino parental sobre comportamentos observados em crianças com diagnóstico de câncer durante procedimento invasivo de punção venosa. Através dos resultados desse estudo pretendemos futuramente ajudar tanto os cuidadores quanto as crianças portadoras de câncer a enfrentar melhor as sessões de quimioterapia, diminuindo, assim, o medo e ansiedade vivenciado por elas nesses procedimentos. A sua participação nesta pesquisa acarretará riscos mínimos para a sua saúde e a da criança, bem como não comprometerá o atendimento que vocês vêm recebendo no hospital. Se você concordar em colaborar com esse estudo, sua participação ocorrerá, inicialmente, por meio de uma observação que ocorrerá durante a punção venosa de seu(a) filho(a) no hospital. A seguir, você participará de uma entrevista que pode ser realizada no hospital ou na sua residência/casa de apoio, em dia e horário que lhe sejam convenientes. Nesta entrevista você poderá relatar o grau de sofrimento percebido em seu filho(a) durante a quimioterapia, e experiências prévias com hospitalização, assim como será pedido que você responda a dois inventários, faça a leitura de um manual de orientação sobre punção venosa e uma avaliação deste manual. Haverá a necessidade também de realizar mais três observações de punção venosa após a entrevista. As informações obtidas ao final deste estudo serão publicadas e apresentadas em eventos científicos, com o cuidado de manter a sua privacidade e a de sua família, não se permitindo que sejam identificados. Qualquer informação adicional sobre os resultados do estudo lhe será fornecida quando este estudo estiver concluído, desde que assim deseje. Você tem total liberdade para se retirar do estudo a qualquer momento, com a garantia de que não haverá qualquer prejuízo a sua pessoa, à criança, ou do seu atendimento no hospital. Caso concorde em participar, assine por favor seu nome abaixo, indicando que leu e compreendeu o que foi dito e que todos os seus questionamentos sobre as atividades envolvidas no estudo lhe foram respondidos, para a sua completa satisfação.

---

### **ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL**

Inaê Benchaya Duarte (CRP 10/03457)

### **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa, que me sinto perfeitamente esclarecido sobre o conteúdo da mesma, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda que, por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa cooperando com a coleta de informações.

Belém, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

### **ASSINATURA DO FAMILIAR/ACOMPANHANTE**

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (CEP-CCS/UFPA)- Complexo de Sala de Aula/ICS- Sala 14- Campus Universitário, nº 01, Guamá- CEP: 66075-110- Belém-Pará. Tel.: 3201-8028 E-mail:cepccs@ufpa.br.

### **Anexo 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Condição 3.**

PROJETO: Estilos parentais e comportamentos observados em crianças durante sessão de punção venosa. (Universidade Federal do Pará, Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento).

Solicitamos a sua colaboração para participar de um estudo que pretende analisar os efeitos de um treino parental sobre comportamentos observados em crianças com diagnóstico de câncer durante procedimento invasivo de punção venosa. Através dos resultados desse estudo pretendemos futuramente ajudar tanto os cuidadores quanto as crianças portadoras de câncer a enfrentar melhor as sessões de quimioterapia, diminuindo, assim, o medo e ansiedade vivenciado por elas nesses procedimentos. A sua participação nesta pesquisa acarretará riscos mínimos para a sua saúde e a da criança, bem como não comprometerá o atendimento que vocês vêm recebendo no hospital. Se você concordar em colaborar com esse estudo, sua participação ocorrerá, inicialmente, por meio de uma observação que ocorrerá durante a punção venosa de seu(a) filho(a) no hospital. A seguir, você participará de uma entrevista que pode ser realizada no hospital ou na sua residência/casa de apoio, em dia e horário que lhe sejam convenientes. Nesta entrevista você poderá relatar o grau de sofrimento percebido em seu filho(a) durante a quimioterapia, e experiências prévias com hospitalização, assim como será pedido que você responda a dois inventários. Haverá a necessidade também de realizar mais uma observação de punção venosa após a entrevista. Após a análise dos instrumentos e das observações, você também poderá ou não participar de uma oficina de treino parental. As informações obtidas ao final deste estudo serão publicadas e apresentadas em eventos científicos, com o cuidado de manter a sua privacidade e a de sua família, não se permitindo que sejam identificados. Qualquer informação adicional sobre os resultados do estudo lhe será fornecida quando este estudo estiver concluído, desde que assim deseje. Você tem total liberdade para se retirar do estudo a qualquer momento, com a garantia de que não haverá qualquer prejuízo a sua pessoa, à criança, ou do seu atendimento no hospital. Caso concorde em participar, assine por favor seu nome abaixo, indicando que leu e compreendeu o que foi dito e que todos os seus questionamentos sobre as atividades envolvidas no estudo lhe foram respondidos, para a sua completa satisfação.

---

#### **ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL**

Inaê Benchaya Duarte (CRP 10/03457)

#### **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa, que me sinto perfeitamente esclarecido sobre o conteúdo da mesma, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda que, por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa cooperando com a coleta de informações.

Belém, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

#### **ASSINATURA DO FAMILIAR/ACOMPANHANTE**

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (CEP-CCS/UFPA)- Complexo de Sala de Aula/ICS- Sala 14- Campus Universitário, nº 01, Guamá- CEP: 66075-110- Belém-Pará. Tel.: 3201-8028 E-mail:cepccs@ufpa.br.

## Anexo 4: Roteiro de Entrevista

### Roteiro de Entrevista com o Acompanhante

#### Data:

#### 1- Identificação da criança:

Nome: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Local de origem: \_\_\_\_\_ Residência atual: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Tempo de tratamento: \_\_\_\_\_ Número de sessões de quimioterapia: \_\_\_\_\_

#### 2-Identificação do acompanhante:

Nome: \_\_\_\_\_ Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_

Situação conjugal: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

Local de origem: \_\_\_\_\_ Local de residência: \_\_\_\_\_

Filhos: \_\_\_\_\_

Composição familiar: \_\_\_\_\_

#### 3- História de hospitalização e cirurgia:

- Hospitalizações antes da doença:

( ) Nenhuma ( ) 1-2 ( ) 3-4 ( ) 5-6 ( ) 7-8 ( ) 9-10 ( ) 11 vezes ou mais

Motivo(s): \_\_\_\_\_

Duração: ( ) menos de uma semana ( ) 1-2 semanas ( ) 3-4 semanas ( ) mais de 4 semanas.

- Cirurgia:

( ) Nenhuma ( ) 1-2 ( ) 3-4 ( ) 5 vezes ou mais

Motivos: \_\_\_\_\_

#### 4-Experiência atual com procedimentos médicos invasivos:

- Punção venosa para realização de quimioterapia ( )

- Intratecal ( )

- Mielograma ( )

- Coleta de sangue ( )

- Punção venosa para hidratação ( ) Outro(s): \_\_\_\_\_

- Local(is) do corpo(s) utilizado para a administração de quimioterapia:

( ) mão ( ) braço ( ) pescoço ( ) outro(s): \_\_\_\_\_

- Número de tentativas até obter a conclusão do procedimento:

( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) mais de 4

**5- Experiência anterior com procedimentos invasivos:**

**a) Da criança:**

- Vacina ( ); Injeção ( ); Punção venosa para hidratação ( )
- Tratamento dentário ( ); Coleta de sangue ( )
- Outro(s) ( ): \_\_\_\_\_
- Comportamentos apresentados pela criança: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Comportamentos apresentados pela mãe: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Sentimentos apresentados pela mãe: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**b) Da própria mãe:**

- Coleta de sangue ( ); Injeção ( ); Vacina ( ); Tratamento dentário ( )
- Punção venosa para hidratação ( )
- Outro(s) ( ): \_\_\_\_\_
- Comportamentos apresentados: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Sentimentos apresentados: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**6- Você identifica alguma mudança no comportamento de seu(a) filho(a) nos dias marcados para a quimioterapia?! Quais?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**6.1 – E o como você reage a esses comportamentos apresentados pelo(a) seu(a) filho(a) nos dias de quimioterapia?!**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**7- Apoio recebido de terceiros durante o período em que a criança está em tratamento:**

- Substituição do acompanhante por outra(s) pessoa(s): ( ) Sim ( ) Não
- Comunicação telefônica com familiares: ( ) Sim ( ) Não
- Apoio financeiro: ( ) Sim ( ) Não

**Anexo 5: Instrumento de Avaliação das Relações Familiares (Parental Bonding Instrument [PBI])**

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome da criança:

Aplicador: \_\_\_\_\_

Descreva seus comportamentos em relação ao seu filho, marcando X na coluna correspondente.

	<b>Em relação ao meu filho, eu:</b>	sempre	às vezes	Raramente	nunca
1	Falo com voz amigável e cordial				
2	Ajudado-o (a) tanto quanto precisa				
3	Permito que ele (a) faça coisas que gosta de fazer				
4	Sou emocionalmente próxima a ele (a)				
5	Entendo as preocupações e problemas dele (a)				
6	Sou carinhoso em relação a ele (a)				
7	Gosto que ele (a) tome suas próprias decisões				
8	Quero que ele (a) cresça				
9	Tento controlar tudo o que ele (a) faz				
10	Invado sua privacidade				
11	Gosto de conversar com ele (a)				
12	Frequentemente sorrio para ele (a)				
13	Tenta mimá-lo (la)				
14	Entendo o que ele (a) precisa ou o que quer				
15	Permito que decida coisas sobre ele(a) próprio				
16	Faço com que se sinta querido (a)				
17	Faço com que ele (a) se sinta melhor quando está aborrecido (a)				
18	Falo muito com ele (a)				
19	Tento fazê-lo(a) dependente de mim				
20	Faço-o (a) sentir que não poderia cuidar de si, mesmo que eu esteja por perto.				
21	Dou tanta liberdade quanto quer				
22	Deixo ele (a) sair o quanto quer				
23	Eu o (a) superprotejo				
24	Eu o (a) elogio				
25	Permito que se vista do jeito que quer				





Anexo 7: Manual de Orientação para cuidadores sobre Punção Venosa em Crianças

## Punção Venosa em crianças

Manual de orientação para os cuidadores\*



Hospital Ophir Loyola

\*Baseado no manual - Pais como co-terapeutas: treinamento em habilidades sociais como recurso adicional



Serviço Público Federal

Universidade Federal do Pará

Hospital Ophir Loyola

Serviço de Pediatria Oncológica

Manual produzido por:

Izabel Cristina da Silva Brasiliense\*

Inaê Benchaya Duarte\*\*

Colaboradores:

Dr<sup>a</sup> Eleonora Arnaud Pereira Ferreira

\*Bolsista PIBIC (CNPQ)

\*\*Bolsista de mestrado (CAPES)

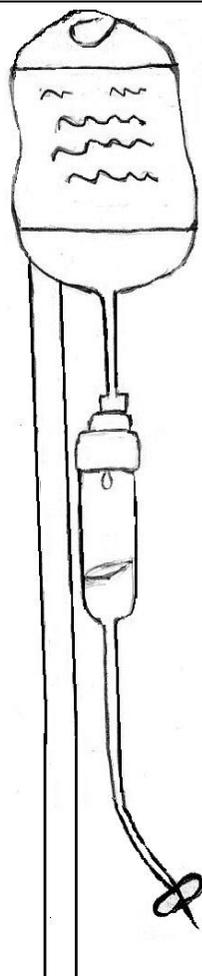
Oi mãe! Oi pai! Oi cuidador!

Este manual foi feito para você ficar mais tranquila e ajudar, da melhor maneira possível, seu(ua) filho(a) quando ele for fazer punção venosa no Hospital Ophir Loyola.

### O que é quimioterapia?

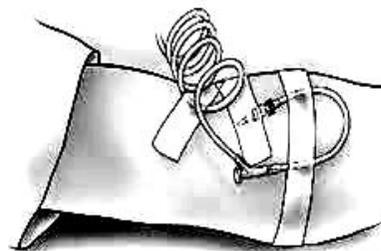
Quimioterapia é um tratamento que utiliza remédios para destruir as células doentes que formam um tumor. Estes remédios se misturam com o sangue e são levados a todas as partes do corpo, atacando as células doentes que formam o tumor e impedindo, também, que elas se espalhem pelo corpo.

Esses remédios são administrados principalmente por meio da punção venosa.



### O que é a punção venosa?

É um procedimento que usa uma pequena agulha para perfurar uma veia e retirar uma amostra de sangue ou, ainda, aplicar remédios.



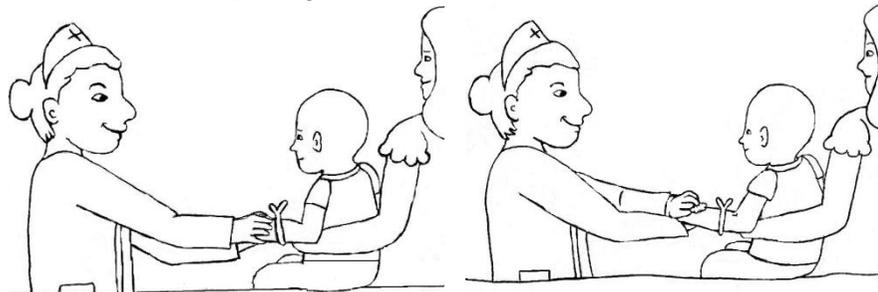
### Qual o objetivo da punção venosa?

A punção venosa é a melhor maneira dos remédios chegarem ao local do corpo onde está a doença e, assim, combaterem as células do câncer. Várias punções venosas serão necessárias ao longo do tratamento, para garantir a melhora do(a) filho(a).

### Como é feita a punção venosa?

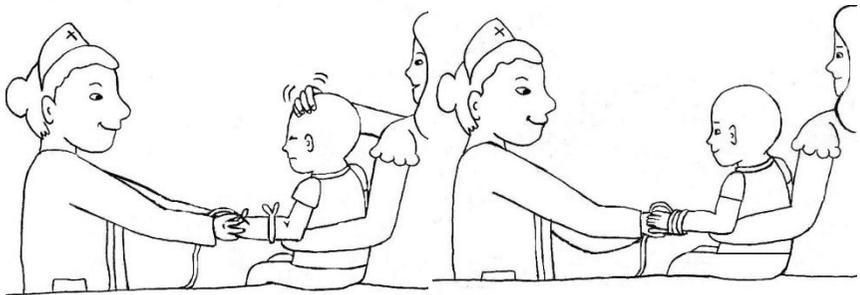
O profissional de saúde, quando for realizar a punção em seu (sua) filho(a), deverá avaliar o braço dele(a) e evitar veias avermelhadas e inchadas para que não ocorra infecção, hematomas e veias “estouradas”. E irá:

## Passos da punção venosa:



1-Amarrar garrote

2- Limpar local e procurar veia



3--Colocar o escalpe\*/puncionar

4-Colocar o esparadrapo e tala/apoio

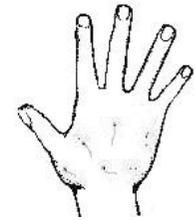
\*Em alguns casos pode ser usado o gelco (silicone sem agulha), no lugar do escalpe (agulha).

## O que pode levar a enfermeira a ter dificuldade para puncionar o(a) filho(a)?

- Ele(a) está desidratado(a) - falta de água no corpo

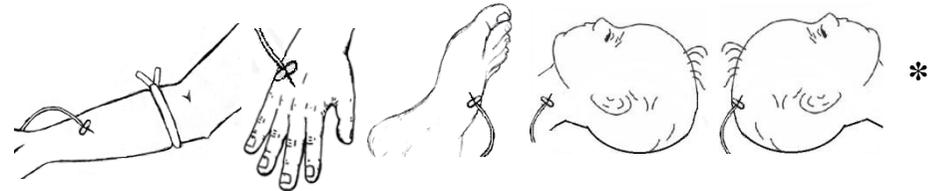


- Ele(a) está um pouco acima do peso
- Ele(a) já ter feito várias sessões de quimioterapia, pois deixa a veia frágil.



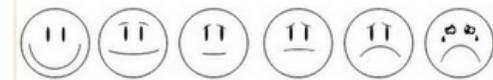
**\*Tenha paciência e calma nessas situações!**

**Em quais locais do corpo pode ser feita a punção do(a) filho(a)?**



**\* Na cabeça e no pescoço (principalmente nos bebês e nas crianças pequenas) as punções são realizadas apenas pelos médicos.**

## É dolorosa?



A punção venosa

pode produzir desconforto, uma dor rápida, provocada pela perfuração da agulha. Entretanto, o remédio aplicado não dói.

Devemos lembrar que algumas crianças podem sentir mais dor e outras menos, dependendo do que já viveu e aprendeu. O mais importante é não ficar com medo.

## Como o seu filho(a) pode reagir ao procedimento invasivo?

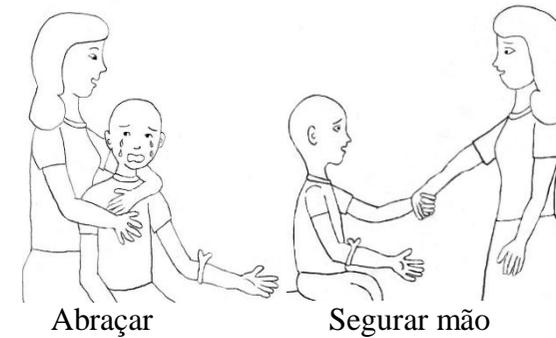
### Ele(a) pode...



Se expressar

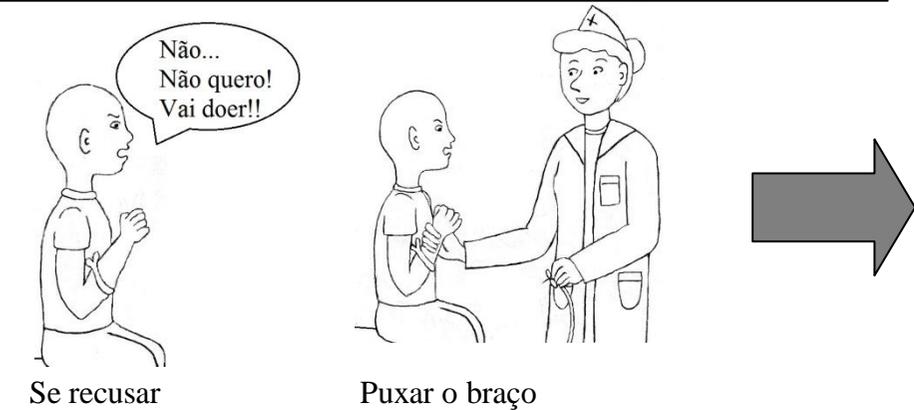
Pedir atenção

## O que fazer para ajudá-lo (a)? Você pode...



Abraçar

Segurar mão

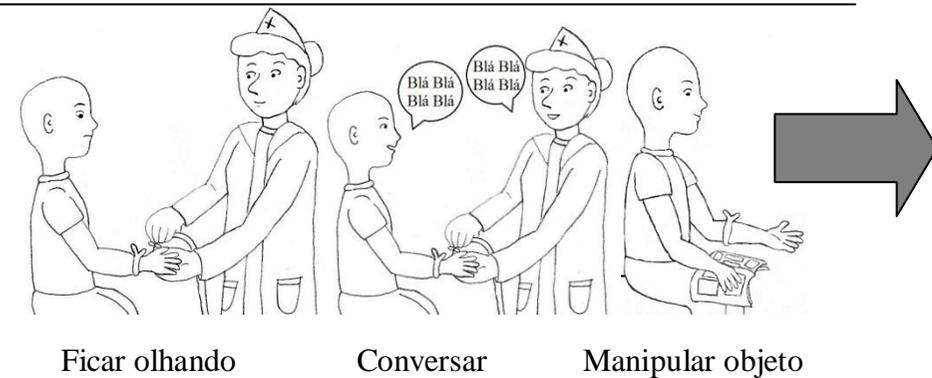


Se recusar

Puxar o braço



Explicar a importância do tratamento, sem ameaçar a criança.

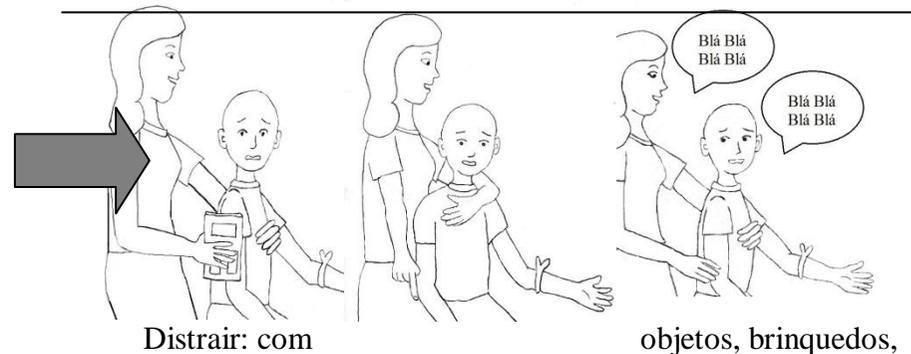


Ficar olhando

Conversar

Manipular objeto

Ele(a) pode ou não reagir de várias maneiras ao mesmo tempo.



Distrair: com apontando algo ou conversando.

objetos, brinquedos,

Essas são algumas dicas para você ajudar seu filho(a) durante a punção venosa.

## Anexo 8: Escala de Avaliação

### ESCALA DE AVALIAÇÃO DO MANUAL

#### Instruções

Escolha para cada frase o número correspondente ao grau de concordância com a afirmativa.

1 – As informações contidas no manual esclareceram minhas dúvidas sobre a punção venosa.

Concordo Totalmente	Concordo	Nem concordo Nem discordo	Discordo	Discordo Totalmente
---------------------	----------	------------------------------	----------	---------------------

2 – Após a leitura do manual me senti mais tranquilo em relação ao procedimento do meu filho.

Concordo Totalmente	Concordo	Nem concordo Nem discordo	Discordo	Discordo Totalmente
---------------------	----------	------------------------------	----------	---------------------

Caso concorde, por que?

---

---

3 – As informações contidas no manual me deixaram mais preocupado sobre como devo me comportar durante o procedimento.

Concordo Totalmente	Concordo	Nem concordo Nem discordo	Discordo	Discordo Totalmente
---------------------	----------	------------------------------	----------	---------------------

Caso concorde, por que?

---

---

4 – As informações contidas no manual me ajudaram a lidar com o procedimento do meu filho.

Concordo Totalmente	Concordo	Nem concordo Nem discordo	Discordo	Discordo Totalmente
---------------------	----------	------------------------------	----------	---------------------

Caso discorde, por que?

---

---

- Que informações você gostaria que fossem acrescentadas no Manual? (Verificar se teve alguma situação específica o qual gerou ansiedade e não soube lidar com esta).

---

---

- Teve algum item difícil de ser entendido? Qual?

---

---

- Além de você mais alguém leu o Manual? Quem?

---

---

## Anexo 9: Protocolo do Treino Parental

### Roteiro – Treino Parental (adaptado de Pinheiro, Del Prette & Haase, 2002)

- ✓ Total de encontros: Três (3).
- ✓ Duração de cada encontro: de 40 a 50 minutos
- ✓ Participantes: pesquisadora e cuidador principal/acompanhante da criança.
- ✓ Local: Casa de apoio ou residência do cuidador.

#### **1º Encontro:**

Recursos materiais/equipamentos necessários:

-Termo de consentimento livre e esclarecido; Manual; Folha com a descrição da tarefa de casa, Gráficos e tabelas com os comportamentos da criança observados durante a punção venosa.

-Prancheta, papel A4, caneta, gravador de áudio.

PASSOS	OBJETIVOS / REFERENCIAL TEÓRICO
1. Apresentação dos objetivos do treino	Esclarecer as dúvidas do participante sobre os objetivos do estudo e confirmar o interesse na participação.
2. Estabelecimento de acordo: Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) Explicação sobre o treino e agendamento dos encontros.	Cumprir as normas da resolução 196/96 Aumentar a probabilidade de participação segundo o cronograma estabelecido.
4. Análise funcional dos comportamentos emitidos pela criança durante a sessão venosa	A partir da descrição feita pelo participante,

<p>(a) Treino de relato verbal</p> <p>Como seu filho(a) se comporta durante o procedimento de punção venosa no ambulatório?</p> <p>Como você avalia o comportamento do seu filho durante o procedimento invasivo?</p> <p>Quais os comportamentos de seu filho(a) que vc considera como adequados para esta situação?</p> <p>Quais os que vc considera como inadequados?</p> <p>O que vc costuma fazer quando a criança se comporta de modo adequado?</p> <p>O que vc costuma fazer quando a criança se comporta de modo inadequado?</p>	<p>será possível analisar a sensibilidade do acompanhante acerca dos comportamentos emitidos pela criança. Pretende-se responder às questões:</p> <p>O relato do participante corresponde aos comportamentos observados na criança durante o procedimento de observação para levantamento da linha de base?</p> <p>E quanto aos comportamentos observados no próprio participante?</p>
<p>(b) Treino de discriminação</p> <p>Apresentação dos resultados obtidos com as sessões de observação direta do comportamento (por meio de figuras/gráficos), permitindo o participante comparar os comportamentos concorrentes e os não concorrentes emitidos pela criança, e tentar relacionar com os comportamentos emitidos pelo participante durante as sessões de punção venosa.</p> <p>Explicar os conceitos de comportamentos concorrentes e de comportamentos não concorrentes.</p> <p>Perguntar:</p> <p>O que você poderia fazer para aumentar a ocorrência de comportamentos não concorrentes (ou de colaboração) da criança durante a punção venosa?</p>	<p>Expor o participante à medida objetiva da ocorrência de comportamentos, aumentando sua “sensibilidade” às contingências que controlam o comportamento da criança durante a sessão de punção venosa.</p> <p>Fazer o levantamento do repertório inicial do participante acerca de comportamentos já instalados mas que não foram observados durante as duas sessões de linha de base.</p>
<p>5. Atividade 1:</p> <p>Considere o dia-a-dia da criança, excluindo a condição de tratamento.</p> <p>Procure lembrar quais os comportamentos adequados que você mais frequentemente observa na criança.</p> <p>Como você costuma reagir diante destes comportamentos de seu filho?</p>	<p>Verificar a possibilidade de generalização de comportamentos adequados já instalados no repertório do participante.</p>

<p>6. Tarefa de casa</p> <p>Recreio especial</p> <p>Nesse exercício é importante que você pai/mãe desenvolva a capacidade de reconhecer os comportamentos adequados do filho, por mais simples que esse comportamento possa parecer.</p> <p>Ao mesmo tempo é importante que você demonstre para o filho que você reconhece e valoriza esses comportamentos adequados. Ele deve perceber a sua atenção, seu carinho. Dessa forma, vocês podem estabelecer uma convivência bem mais agradável. É importante que você aja com seu filho da mesma forma que você age com as outras pessoas de quem você gosta, ou seja, respeitando e valorizando as coisas boas.</p> <p>A sua atenção é muito importante para seu filho. Mesmo que ele não diga isso, é comum que o filho se comporte mal apenas para obter a atenção dos pais.</p> <p>Pensando nisso...</p> <p>Tire um tempinho e dê uma atenção especial para seu filho. A esse tempinho, estamos chamando de recreio especial.</p> <p>Brinque com ele durante uns 15 minutos por dia, se possível, todos os dias.</p> <p>Essa é uma brincadeira diferente. Ela possui algumas regras para que esse momento seja proveitoso e agradável:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1- Escolha um momento adequado para a brincadeira em que você possa dar atenção exclusiva para seu filho.</li><li>2- Permita que seu filho escolha a brincadeira. Você vai acompanhá-lo na brincadeira que ele escolher.</li><li>3- Observe, valorize e elogie os comportamentos adequados que ele apresentar. O elogio deve ser feito logo após o comportamento emitido e deve deixar claro <b>o quê</b> você está elogiando. É importante ele entender porque está sendo elogiado.</li></ol>	<p>Aumentar a probabilidade de ocorrência de exposição de reforçadores no ambiente da criança.</p>
--	--

4 - Aos comportamentos inadequados, não dê atenção. 5- Interrompa a brincadeira quando ele apresentar um comportamento de risco ou de destruição.	
--	--

**2º Encontro:**

Recursos materiais/equipamentos necessários:

- Folha com a descrição da tarefa de casa, Figuras em papéis separados e plastificados com diferentes expressões de emoções com crianças (alegria, tristeza, raiva, medo/ansiedade),
- Prancheta, papel A4, caneta, gravador de áudio.

PASSOS	OBJETIVOS / REFERENCIAL TEÓRICO
<p>1. Análise da tarefa de casa</p> <p>Solicitar que o participante descreva como foi realizada a tarefa de casa, identificando a ocorrência da brincadeira, o tipo de brincadeira, os comportamentos observados na criança durante a escolha e a realização da brincadeira, os comportamentos emitidos pelo participante durante a brincadeira.</p> <p>Solicitar para que o participante identifique os comportamentos adequados emitidos pela criança durante a brincadeira e quais as consequências dispostas pelo participante em relação de contingência.</p>	<p>Identificar o seguimento das orientações da pesquisadora pelo participante (efeitos do controle instrucional).</p> <p>Verificar a acurácia com que o participante identifica comportamentos adequados na criança.</p>
<p>2. Treino de discriminação de sentimentos</p> <p>Para conviver com as outras pessoas, é importante entender e respeitar os sentimentos, os desejos e as emoções.</p> <p>Vamos agora trabalhar para entender os sentimentos de FULANO.</p> <p>Você tem facilidade para perceber o que FULANO sente quando chega o dia em que ele(a) precisa ir ao hospital para fazer o tratamento?</p> <p>Você já observou que não são só as palavras que informam o que o outro sente ou pensa?</p>	<p>Aumentar a probabilidade de o participante discriminar sentimentos/comportamentos emitidos pela criança no contexto do tratamento.</p>

<p>A expressão do rosto, a postura do corpo, o tom da voz e o local onde algo é dito complementam o que as pessoas às vezes querem nos dizer. Entender todas essas informações é fundamental para entendermos o outro. Para lhe ajudar a reconhecer estes sentimentos, vamos realizar uma tarefa.</p> <p>Tarefa 1: Apresentar ao participante uma sequência de figuras de crianças (em ordem aleatória) com expressões de sentimentos: dor, medo/ansiedade, raiva, tristeza e alegria. A cada figura apresentada, solicitar que o participante identifique qual o sentimento expresso pela criança. Ao final, analisar com o participante a necessidade de considerarmos o contexto em que o comportamento é emitido para podermos classificá-lo como adequado ou como inadequado. Por exemplo, sentir dor em momento da punção venosa é adequado; mas não é adequado sentir raiva e/ou bater no enfermeiro que aplica a injeção.</p>	<p>Aumentar a acurácia na discriminação de comportamentos adequados e não adequados do filho, de acordo com o contexto no qual ele está inserido (quimioterapia), através da expressão de sentimentos pela criança.</p>
<p>3. Atividade</p>	
<p>Troca de papéis!</p> <p>A primeira parte desse passo é você tentar se colocar no papel de seu filho, percebendo o que seu filho pensa, sente, e percebe como direitos dele. Você poderá agora refletir sobre o modo como ele e você percebem algumas situações hospitalares. Praticando a representação de papéis, você terá a oportunidade de representar e avaliar como cada um pode agir em uma situação de conflito durante a punção venosa.</p> <p>*Você tem, abaixo, três situações diferentes, levando em conta o contexto hospitalar para representarmos:</p> <p>1 - A criança pede para ser furada na mão esquerda para poder desenhar, e a enfermeira realizar a punção na mão direita. 2 - A mãe promete para a criança que vai levá-la para passear, mas na verdade a leva para o</p>	<p>Instalar ou ampliar a Habilidade de Empatia do cuidador, assim como os comportamentos de acolhimento que o cuidador pode emitir para acalmar a criança quando estiver com sentimento negativos, e reforçar a mesma quando apresentar sentimentos positivos.</p> <p>Ampliar o repertório do cuidador para habilidades sociais como empatia, melhorando a convivência em comunidade de modo geral.</p>

<p>hospital para fazer quimioterapia.</p> <p>3 - Diz que a punção não vai doer e ameaça a criança quando esta chora com a dor da “furada”.</p> <p>Ao trocarmos de papéis e realizarmos a encenação, você pode refletir e me responder sobre o sentimento vivenciado por você vivenciado em cada situação, nos diferentes papéis, baseando-se nas seguintes perguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Como você se sentiu naquele momento?</li><li>- O que você acha que seu filho sentiu naquele momento? Qual a reação dele? E a sua reação?</li><li>- O que você gostaria de fazer ou ouvir naquele momento se fosse seu filho?</li><li>- O que te deixou chateado ou feliz com esta situação?</li><li>- E o que deixaria seu filho chateado ou feliz nessas situações?</li></ul>	
<p>4. Tarefa de casa: O que meu filho está sentindo?!</p> <p>Hoje você também terá uma tarefa de casa para fazer, mas desta vez é só com você! Procure identificar quando o seu filho apresenta sentimentos, como raiva, tristeza, alegria, dor e medo/ansiedade. Depois que você identificar nas expressões e comportamentos do seu filho estes sentimentos, procure identificar também o motivo que levou ele reagir desta forma, e o que você pode fazer para ajudá-lo.</p> <p>Para facilitar seu registro entregaremos uma folha para você completar e trazer no nosso próximo encontro para nós conversarmos a respeito.</p>	<p>Identificar quando o filho(a), demonstra cada uma das expressões de sentimentos, especialmente no contexto hospitalar.</p>

✓ **3º Encontro:**

Recursos materiais/equipamentos necessários: boneca, seringa, garrote.

-Prancheta, papel A4, caneta, gravador de áudio.

PASSOS	OBJETIVOS / REFERENCIAL TEÓRICO
<p>1. Análise da tarefa de casa</p> <p>Solicitar que o participante descreva como foi realizada a tarefa de casa, identificando a ocorrência das situações, os sentimentos envolvidos, as argumentações de cada um, os acordos estabelecidos, os comportamentos emitidos pelo participante durante a brincadeira.</p> <p>Solicitar para que o participante identifique os comportamentos adequados emitidos pela criança durante a brincadeira e quais as consequências dispostas pelo participante em relação de contingência.</p>	<p>Identificar o seguimento das orientações da pesquisadora pelo participante (efeitos do controle instrucional).</p>
<p>2. Treino de Técnicas Comportamentais</p> <p>Primeiramente, o cuidador deverá listar os principais reforçadores da criança, sejam eles brinquedos, pinturas, desenhos, brincadeiras etc.</p> <p>Posteriormente, será explicado ao cuidador o que é a Técnica de Distração e a importância da Informação, seus objetivos e como devem ser aplicadas, no contexto certo.</p> <p><b>a) Distração</b></p> <p>Caro pai e mãe, a distração consiste em uma técnica comportamental que utiliza recursos que direcionam a atenção da criança para outras situações que não estejam relacionadas com o procedimento invasivo. Com o objetivo de tirar a atenção da criança do procedimento, diminuindo assim sua ansiedade e medo, assim como possibilitar o aumento de comportamentos colaborativos</p>	<p>Ensinar e treinar novas habilidades de Técnicas Comportamentais como a Distração e a Informação para serem usadas durante o procedimento invasivo, como tentativa de diminuir o distresse comportamental da criança.</p>

da criança.

***Como fazer?***

Você deve ter em mãos o brinquedo favorito de seu filho ou pintura ou desenho em DVD. Aquilo que seu filho mais goste de brincar e que prenda mais a atenção dele. Com a aproximação da enfermeira ou antes mesmo dela se aproximar, você deverá utilizá-lo para atrair a atenção da criança para o brinquedo, especialmente durante o momento da punção venosa. Pois assim, é possível desviar a atenção e a percepção sensorial do estímulo doloroso (punção venosa) da criança.

***Atenção!***

Lembre-se que você deverá ficar alerta para a escolha certo do brinquedo usado para distrair seu filho(a)! Para isso você deve considerar que o brinquedo deve estimular os sentidos da criança (audição, tato, visão), deve ser apropriado para a idade e desenvolvimento da criança, devem ser facilmente implementado e deve possuir função reforçadora para a criança, garantindo assim seu interesse.

**b) Informação**

Pai e mãe, a informação consiste em uma conversa com seu filho, onde você poderá explicar de acordo com o entendimento dela, como vai ocorrer o procedimento, porque ele tem que ser realizado nela, e quais as possíveis sensações e consequências (positivas e negativas) do mesmo.

***Como fazer?***

Você deverá criar um momento único antes ou quando chegar no hospital para a punção venosa da quimioterapia, em que seja possível você explicar os motivos e como ocorrerá o tratamento. Neste momento você deverá explicar a importância da punção, do medicamento para a saúde da criança, explicando passo a passo como ocorre o procedimento invasivo, e dando sugestões de

<p>comportamentos adequados que a criança poderá emitir para colaborar com a punção e sentir o menor grau possível de dor.</p> <p><b>Atenção!</b>  É importante que você, cuidador, utilize uma linguagem clara e lúdica, de acordo com o desenvolvimento e idade do filho. Procure explicar com voz calma e carinhosa, com calma, permitindo a criança perguntar e tirar suas dúvidas.  É de suma importância que você não se esqueça de elogiar os comportamentos colaborativos da criança. Apresentar gestos e falas que possam encorajar e passar segurança para a criança quando esta está com medo, assim como fornecer “dicas” e estratégias de enfrentamento para a criança.</p>	
<p>3. Ensaio comportamental</p> <p>Agora, pai/mãe! Vamos treinar o que aprendemos?</p> <p>Neste momento, vamos fingir que esta boneca é o seu(ua) filho(a), e eu sou a enfermeira. Você deverá fingir que chega na sala de quimioterapia pediátrica com seu filho para o tratamento. E desde este momento você já pode, da maneira que achar melhor, ir conversando e informando seu filho o porque dele estar lá, o que vai ser feito. Assim como procurar identificar o que naquele momento, será melhor para você utilizar para mudar o foco da atenção dele, no momento em que a enfermeira se aproxima para puncioná-lo. Colocando assim em prática, as técnicas que discutimos anteriormente.</p> <p><b>Encerramento do Treino</b>  Estabelecimento de contrato para a realização de mais duas sessões de observação direta em ambulatório.</p>	<p>Realizar um treino direto com o cuidador, para modelar seu comportamento ao aplicar as Técnicas comportamentais. Treinando o manejo das técnicas, proporcionando um momento para as dúvidas, assim como um momento para outras habilidades.</p>

## Anexo 10: Parecer do CEP



Universidade Federal do Pará

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS



Carta Provisória: 092/11 CEP-ICS/UFPA

Belém, 21 de junho de 2011.

Prof<sup>a</sup>. Dr. Eleonora Arnaud Pereira Ferreira

Senhora Pesquisadora,

Temos a satisfação de informar que seu projeto de pesquisa “ESTILOS PARENTAIS E COMPORTAMENTOS OBSERVADOS EM CRIANÇAS DURANTE SESSÃO DE PUNÇÃO VENOSA” CAAE 0665.0.000.073-11 e parecer nº080/11 CEP-ICS/UFPA, foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano CEP-ICS/UFPA, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará na reunião do dia 04 de maio de 2011.

Assim, Vossa Senhoria tem o compromisso de entregar a este CEP, no dia 27 março de 2012, um relatório indicando qualquer alteração que possa ocorrer após a aprovação do protocolo.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Wallace Raimundo Araujo dos Santos.  
Coordenador do CEP-ICS/UFPA