

# Estresse infantil e a percepção do suporte familiar das crianças submetidas à cirurgia ortopédica

## *Childhood stress and the perception of family support of children undergoing orthopedic surgery*

Gabriella Ribeiro Nakao<sup>1</sup>, Paula Hiromi Ito<sup>2</sup>, Rafael de Oliveira Pontes<sup>1</sup>, Regina Célia Villa Costa<sup>2</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** Investigar a correlação existente entre o nível de estresse de crianças pós-operadas, de 11 a 14 anos de idade, em relação à qualidade da percepção destes pacientes sobre o suporte familiar recebido durante o processo de reabilitação física. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, com análise qualitativa e quantitativa, desenvolvido em um centro de reabilitação, no município de São Paulo. Os instrumentos aplicados nos pacientes foram: Escala de Stress Infantil (ESI), Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF) e no respectivo cuidador, um questionário de caracterização dos participantes. **Resultados:** Os dados foram analisados estatisticamente e se observou significância estatística entre o fator Adaptação (IPSF) com a dimensão Reações psicológicas com componente depressivo (ESI). Houve associação significativa entre o escore total da ESI e do IPSF. Neste estudo, das crianças com sinais significativos de estresse, a maioria apresentou baixa/ médio-baixa percepção do suporte familiar. **Discussão:** A percepção do paciente sobre o meio pelo qual se relaciona é um importante indício do enfrentamento às situações adversas vividas no meio social, conforme associação encontrada neste estudo. **Conclusão:** Os aspectos relacionados à maturidade cognitiva e emocionais da criança contribuem na qualidade da percepção do suporte familiar. É importante que novos estudos sejam realizados para ampliar as discussões nessa área.

**Palavras-chave:** Ortopedia, Reabilitação, Adaptação Psicológica, Relações Familiares

### ABSTRACT

**Objective:** The objective of this study is to investigate the correlation between the levels of stress of children from 11 to 14 years of age after orthopedic surgery, and their perceived quality of family support received during the process of physical rehabilitation. **Method:** This is a cross-sectional study with qualitative and quantitative analysis, developed in a rehabilitation center, in Sao Paulo. The following instruments were applied in the patients: Childhood Stress Scale (CSS) and Perceived Family Support Inventory (PFSI), along with a characterization questionnaire of the participants, which was applied to the patients caretakers. **Results:** Data was statistically analyzed and statistical significance was observed between the adaptation factor (PFSI) and the domain of psychological reactions with depressive component (CSS). There was significant correlation between the total score of the CSS and PFSI – 73%. Children with significant levels of stress presented low/medium-low perception of family support. **Discussion:** Patient`s perception regarding their environment and relations is an important indication of how they deal with adverse situations of their social life, according to association found in this study. **Conclusion:** The aspects related to child`s cognitive and emotional maturity contribute to the perception of family support quality. It is important that further studies are conducted to enlarge discussions in this area.

**Keywords:** Rehabilitation, Orthopedics, Adaptation, Psychological, Family Relations

<sup>1</sup> Psicólogos Aperfeiçoandos, Associação de Assistência à Criança Deficiente – AACD.

<sup>2</sup> Psicóloga, Associação de Assistência à Criança Deficiente – AACD

Endereço para correspondência:  
Associação de Assistência à Criança Deficiente - AACD  
Gabriella Ribeiro Nakao  
Av. Professor Ascendino Reis, 724 São Paulo - SP  
CEP 04027-000.  
E-mail: gabi.nakao@gmail.com

Recebido em 16 de Novembro de 2016.  
Aceito em 09 Maio de 2017.

## INTRODUÇÃO

A reabilitação de crianças submetidas à cirurgia ortopédica traz consigo questões que permeiam a relação do paciente, como: medos, fantasias e situações ansiogênicas, que podem alterar o nível de estresse. As famílias, em seu modo próprio e singular de viver, podem experimentar em seu cenário de relacionamento interpessoal, situações estressantes, como uma cirurgia, que podem desencadear alterações na saúde; nesse momento, a obtenção de suporte social e familiar desempenha um papel fundamental.<sup>1</sup> Diante disso, percebe-se a necessidade de investigações científicas que suscitem dados para a compreensão e análise sobre a relação entre o estresse e a percepção do paciente pós-cirúrgico quanto aos recursos emocionais encontrados no meio familiar, como fator de enfrentamento durante o processo de reabilitação física.

Independentemente da população específica (criança, adolescente, adulto, idoso) que se quer trabalhar, a clareza na definição do estresse e de sua mensuração é crucial para o delineamento de intervenções apropriadas e eficazes na redução do mesmo.<sup>2</sup> O estresse é uma reação do organismo formada por componentes físicos e/ou psicológicos, causados pelas alterações psicofisiológicas que ocorrem quando a pessoa se confronta com uma situação que, de um modo ou de outro, a irrita, amedronta, excita, confunde ou mesmo que a faça imensamente feliz. Isto significa que o processo bioquímico do estresse independe da causa da tensão sendo que o elemento necessário para o seu desencadeamento é a necessidade de adaptação a algum fato ou mudança. O processo de estresse pode ser iniciado, dependendo da magnitude do esforço envolvido, quando ao ser humano, adulto ou criança, é exigida uma adaptação.<sup>3</sup> Dito de outra maneira, o estresse está relacionado à capacidade adaptativa do indivíduo diante de uma situação que exija esforço adaptativo.<sup>4</sup>

O processo de adaptação do indivíduo ocorre pelo intermédio de uma interação biopsicossocial, através da capacidade adquirida do pensamento abstrato, simbólico ou proposicional, forma mais avançada de lidar com conceitos e dados da realidade. É nesse momento do desenvolvimento que a criança, a partir dos onze anos de idade, passa a ser capaz de apreciar as necessidades e sentimentos dos outros, que só é permitido pelo seu desenvolvimento intelectual e emocional.<sup>5</sup>

Devido à fase que se encontra no processo de desenvolvimento físico e cognitivo, é esperado, que o público a ser pesquisado,

compreendido na faixa etária dos onze aos catorze anos de idade esteja passando por importantes transformações, não somente relacionadas aos aspectos físicos, mas igualmente, por um anseio de conquistas e mudança dos padrões comportamentais devido às fortes exigências do meio social nos diversos contextos, inclusive, no ambiente escolar quando se desperta o interesse da criança para o estabelecimento de laços sociais e acúmulo de exigências educacionais, ou seja, não mais está vinculada somente às relações familiares, ampliando o campo de contato com outros grupos.<sup>6</sup>

No contexto pós-cirúrgico, proveniente do ambiente hospitalar, deve-se levar em consideração aspectos de desorganização do cotidiano enfrentado pelo paciente, podendo trazer sofrimento psicológico, devido ao estado físico e dependência emocional no qual se encontra, despertado pelos sentimentos de insegurança e fragilidade, momento marcado pela percepção de necessidade de apoio emocional recebido através dos familiares, principalmente, tratando-se de pacientes ortopédicos que são submetidos a muitos procedimentos invasivos e agressivos e que podem desencadear, nestes indivíduos, fantasias terríveis.<sup>7</sup>

Em um centro de reabilitação motora, é esperado que o tratamento fisioterapêutico pós-operatório tenha início logo após a cirurgia, sendo que no período de internação do paciente, as condutas do tratamento variam de acordo com seu diagnóstico e com o protocolo cirúrgico. Após a alta hospitalar, os pacientes são encaminhados para a fisioterapia para controle ambulatorial e iniciam o tratamento de reabilitação. Ao receberem a alta deste, os pacientes e familiares serão acompanhados ambulatoriamente em orientações.<sup>8</sup>

A capacidade de enfrentamento do paciente frente às condições psicológicas adversas depende diretamente da capacidade familiar em dar suporte às demandas emocionais do indivíduo, de forma singular, na elaboração do luto.<sup>9</sup> A família pode ser considerada um fator importante quanto à função social exercida sobre as relações interpessoais, vida psíquica, sentimentos, comportamentos e saúde mental do indivíduo.<sup>10</sup>

Entende-se por suporte familiar a quantidade de proteção e cuidado que os filhos recebem dos respectivos pais, sob os aspectos do afeto, sensibilidade, estímulo à autonomia e independência, cooperação e aceitação.<sup>11</sup> Considera-se que o suporte familiar, incluso como uma das formas de suporte social contribui para o indivíduo nos aspectos físico e psicológico, aferindo-se ao membro da família que o recebe, efeitos benéficos, à medida

que é percebido satisfatoriamente, por este, quanto à disponibilidade de seus familiares. Essa percepção permite que o indivíduo sintam-se acolhido e reconhecido nas suas necessidades psicológicas, atuando como um fator redutor de estresse, quando há trocas sociais estabelecidas nessa relação.<sup>11,12</sup>

Dessa forma, faz-se necessário compreender a relação existente entre a percepção do suporte familiar e o estresse. Pretende-se com este estudo contribuir para uma compreensão da criança com deficiência física, frente aos aspectos emocionais vivenciados no pós-operatório.

## OBJETIVO

Investigar, por meio de instrumentos psicológicos e questionário de caracterização dos participantes, a correlação existente entre a variável do estresse da criança pós-operada e a percepção que a mesma tem do suporte familiar, no processo de reabilitação física.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo e quantitativo de abordagem transversal. Foram incluídos na amostra pacientes de ambos os sexos, compreendidos entre a faixa etária correspondente de onze a catorze anos de idade, submetidos ao protocolo de pós-operatório e que são acompanhados em um centro de reabilitação motora, no município de São Paulo. Concomitantemente, foram incluídos os respectivos cuidadores que convivem com os pacientes. Foram excluídos da amostra pacientes que não tinham autonomia para a comunicação, ou seja, que necessitassem de outra pessoa para interpretar suas respostas e pacientes que não compreendessem as instruções dos instrumentos de avaliação. Enquadraram-se nos critérios 50 pacientes, no entanto 26 não permaneceram no processo, devido à alta por objetivos alcançados, desligamento por faltas, indisponibilidade de horários e recusa em participar da pesquisa. Logo, a amostra foi composta por 24 pacientes e seus respectivos cuidadores. Verificou-se, posteriormente, que 20 pacientes eram da clínica de Paralisia Cerebral (PC) e 04 da clínica de Mal Formação Congênita (MFC) pós-fixador externo.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição (56064416.0.0000.0085 com início previsto para 09/05/2016). Os dados foram coletados no período de junho a julho/2016, mediante consentimento dos participantes, após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A duração

de cada avaliação e entrevista foi em média 50 minutos. O cuidador respondeu ao questionário de caracterização dos participantes, aplicado por um dos pesquisadores e elaborado para fins dessa pesquisa, composto por questões relacionadas à identificação do paciente, do cuidador e aos aspectos socioeconômicos. As respostas foram anotadas pelo pesquisador que ao final da entrevista, apresentou o material coletado ao cuidador para que este validasse a integridade das informações prestadas.

Concomitantemente, em outro ambiente adequado para tal, foram aplicados no paciente pelo outro pesquisador dois instrumentos de avaliação psicológica, validados pelo SATEPSI (Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos): Escala de Stress Infantil (ESI)<sup>13,14</sup> e Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF).<sup>10</sup> A ESI avalia a presença de sinais significativos de estresse em crianças de seis a catorze anos de idade, possibilitando determinar o tipo de reação mais frequente na criança e assim facilitar o controle adequado do estresse.<sup>13,14</sup> É composta por 35 itens relacionados às reações de estresse: físicas; psicológicas; psicológicas com componente depressivo e psicofisiológicas. A resposta ao item acontece por meio da escala Likert de cinco pontos (0- nunca acontece a 4 pontos – acontece sempre), conforme a frequência com que os indivíduos experimentam os sintomas apontados pelos itens. Apresentando sinais significativos de estresse, a partir de determinados critérios, o sujeito é classificado em uma das fases sequenciadas do estresse: fase de alerta, fase de resistência, fase de quase-exaustão e fase de exaustão. Cada item da escala está atrelado a um determinado fator das reações indicativas de estresse.<sup>15</sup>

O IPSF avalia o quanto as pessoas percebem as relações familiares em termos de afetividade, autonomia e adaptação entre os membros. Este Inventário compreende o público na faixa etária de onze a cinquenta e sete anos. O IPSF é integrado a partir de três fatores que o compõem, sendo o primeiro deles, nomeado como Fator 1 – Afetivo-Consistente, que versa sobre as expressões de afetividade entre os membros familiares (verbal e não verbal), o interesse, a comunicação, a interação, o respeito, a empatia, a clareza nas regras, a consistência dos comportamentos e as verbalizações, assim como as habilidades na resolução de problemas. O Fator 2, denominado de Adaptação Familiar é expresso sob perguntas referentes a sentimentos e comportamentos negativos em relação à família, tais como rixa, isolamento, incompreensão, exclusão, não pertencimento, vergonha, irritação, relações agressivas (brigas e gritos), além de percep-

ção de que os familiares competem entre si, são interesseiros e se culpam nos conflitos, ao invés de tentarem ter inter-relações mais pró ativas. O Fator 3 que compõe o Inventário denomina-se Autonomia, o qual assimila as relações de confiança, liberdade e privacidade entre os membros.<sup>10</sup> O Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF) utiliza a pontuação de escore obtido por meio dos itens assinalados em três alternativas (quase nunca ou nunca; às vezes; quase sempre ou sempre) e classifica a percepção do suporte familiar, independente do sexo dos indivíduos, quanto baixo, médio-baixo, médio-alto e alto, conforme pontuação bruta obtida pela pontuação somada das dimensões Afetivo-consistente, Adaptação Familiar e Autonomia Familiar.<sup>10</sup>

Foi utilizado o teste de qui-quadrado para a análise estatística da associação entre duas variáveis categóricas (variáveis independentes do estudo e as escalas ESI e IPSF). Para análise da correlação entre as duas variáveis dependentes do estudo (escala ESI e IPSF), foi utilizado o teste de Spearman (não paramétrico), pois a amostra

é menor que 30 indivíduos. A significância estatística foi estabelecida quando  $p < 0,05$ . O software estatístico utilizado foi o SPSS versão 21.

## RESULTADOS

A amostra foi composta por 24 crianças e seus respectivos cuidadores, sendo todos estes, principais. A maioria das crianças (75%) eram meninos. A idade média das crianças foi 12,46 anos (DP= 1,18). A maioria dos cuidadores das crianças (79,17%) eram mulheres, sendo a maioria representada pela mãe (62,5%), seguida pelo pai (20,83%), avó (12,5%) e tia (4,17%). Em relação ao estado civil dos cuidadores, 58,33% estavam casados ou em união estável, 12,5% divorciados ou separados e 29,17% solteiros. As crianças (41,67%) relataram que os pais já haviam se separado em algum momento. Em relação à distribuição da escolaridade, todas as crianças apresentaram Ensino Fundamental Incompleto e dos cuidadores, 33,33% tinham nível fundamental, 54,17% nível médio e 12,5% nível

**Tabela 1.** Percepção do suporte familiar infantil e a caracterização sociodemográfica

Caracterização Sociodemográfica		IPSF - Escore Total			
		Média (pontos)	Desvio Padrão	Teste Qui-quadrado	Valor de p
Sexo	Masculino	62,9	12,4	0,1	0,81
	Feminino	60,0	11,7		
Idade	11-12 anos	58,8	10,1	4,2	0,04
	13-14 anos	65,5	13,3		
Renda Familiar	Até 2 S.M.	59,5	11,1	0,1	0,83
	2 ou + S.M.	64,0	13,1		
Gênero do Cuidador	Masculino	61,0	13,0	0,1	0,77
	Feminino	62,5	12,1		
Parentesco do Cuidador	Pai	61,0	13,0	0,6	0,76
	Mãe	62,0	11,2		
	Avó	62,3	20,3		
	Tia	70,0	0,0		
Escolaridade do Cuidador	Até o Ensino Médio	58,7	10,2	2,5	0,11
	Ens. Médio em diante.	64,3	12,8		
Estado Civil	Casado/União Estável	62,9	11,3	0,6	0,74
	Solteiro	63,1	12,0		
	Separado/Divorciado	56,7	18,6		
Separação dos Pais	Sim	60,6	13,2	0,1	0,73
	Não	63,3	11,4		
Tipo de Moradia	Própria	61,7	12,3	0,3	0,56
	Não própria	63,1	12,1		
Situação Laboral	Do lar	60,9	12,9	0,8	0,66
	Empregado	62,4	13,4		
	Desempregado	65,5	7,2		

**Tabela 2.** Estresse infantil e a caracterização sociodemográfica

Caracterização sociodemográfica		ESI_ Escore Total			
		Média (ponts)	Desvio padrão	Teste qui-quadrado	Valor de p
Sexo	Masculino	32,8	23,6	0,5	0,48
	Feminino	25,2	12,1		
Idade	11-12 anos	40,1	22,3	1,5	0,22
	13-14 anos	21,8	16,4		
Renda familiar	Até 2 S.M.	24,0	12,8	3,6	0,06
	2 ou + S.M.	39,6	24,5		
Gênero do cuidador	Masculino	21,8	15,8	0,1	0,77
	Feminino	33,3	22,3		
Parentesco do cuidador	Pai	21,8	15,8	0,6	0,76
	Mãe	32,9	17,6		
	Avó	45,7	40,1		
	Tia	3,0	0,0		
Escolaridade do cuidador	Até o Ens. Médio	32,1	20,8	0,0	0,92
	Ens. Médio em diante	30,2	22,3		
Estado civil	Casado/ União estável	25,8	15,6	0,6	0,74
	Solteiro	32,6	21,5		
	Separado/Divorciado	51,0	38,2		
Separação dos pais	Sim	37,3	27,4	0,1	0,73
	Não	26,4	15,2		
Tipo de moradia	Própria	31,8	24,4	0,1	0,77
	Não própria	29,3	14,6		
Situação laboral	Do lar	26,6	15,6	0,8	0,66
	Empregado	42,5	27,9		
	Desempregado	20,8	14,2		

**Tabela 3.** Relação entre os escores totais do ESI e IPSF

IPSF	ESI						Significância Teste qui-quadrado	Valor de p	
	Estressados*		Não- estressados*		Total				
	n	%	n	%	n	%			
Total	Baixo / Médio-Baixo	8	73	3	23	11	46	5,9	0,04
	Alto / Médio-Alto	3	27	10	77	13	54		

superior. Na situação laboral, 33,33% dos cuidadores encontravam-se empregados, 50% do lar e 16,67% desempregados. Na renda familiar, 12,5% apresentaram até 1 salário mínimo (SM) e mais que 5 SM; 33,33% entre 1 e 2 SM; 37,5% entre 2 e 4 SM e 4,17% não souberam informar. Das vinte e quatro crianças da amostra, 83,33% eram pacientes atendidos pela Clínica de PC e 16,67% da Clínica de MFC.

Os resultados obtidos no IPSF e na ESI foram associados com os dados do questionário de caracterização dos participantes. Houve associação significativa ( $p=0,04$ ) entre resultados para frequência do IPSF total e idade dos sujeitos da amostra, assim como uma tendência para a associação significativa entre resultados da ESI e renda familiar mensal superior a dois SM ( $p=0,06$ ) (Tabelas 1 e 2).

Quando comparado ao grupo de crianças que se encontram identificadas nas faixas etárias entre onze e doze anos, o grupo de crianças pertencentes à faixa etária de treze e quatorze anos apresentou maior qualidade da percepção do suporte familiar (Tabela 1).

Nos resultados apresentados (Tabela 2), observou-se que as crianças de famílias com renda até 2 SM, não apresentavam sinais significativos de estresse e que, na média, as crianças de famílias com renda superior a 2 SM, já se encontravam na fase de alerta.

Analisando o grau de correlação entre os domínios dos instrumentos, observou-se que apenas obteve significância estatística o fator Adaptação do IPSF com a dimensão Reações psicológicas com componente depressivo da ESI ( $p=0,007$ ,  $r=-0,53$ ). No entanto, houve

associação significativa entre o escore total da ESI e o IPSF ( $p=0,04$ ) (Tabela 3), indicando que, neste estudo, das crianças com sinais significativos de estresse, a maioria (73%) apresentou baixa/médio-baixa percepção do suporte familiar, enquanto que a minoria (27%), alta/médio-alta. Observou-se que 46% das crianças da amostra apresentaram sinais significativos de estresse. Destas, 82% encontravam-se na fase de alerta; 9,0%, na fase de resistência e fase de quase-exaustão, respectivamente.

## DISCUSSÃO

Toda reação do paciente tem, como elemento básico, suas vivências, seu universo simbólico e a forma particular como ele está encarando e elaborando o episódio conflitivo de internação e tratamento, que vive no seu aqui e agora, determinado pela sua historicidade, pelas variáveis socioambientais que o cercam e pelas relações estabelecidas entre a equipe, família e o próprio paciente. Nesse contexto, a interpretação que o paciente dá ao ato cirúrgico ganha um maior destaque que o próprio ato e é ela que determina suas reações e relação com o evento.<sup>15</sup>

A partir dos resultados deste estudo, observou-se que quanto maior a idade da criança, melhor é a percepção do suporte familiar, o que remete aos aspectos do desenvolvimento cognitivo advindos do processo de interação biopsicossocial do indivíduo, quando há o surgimento de novas capacidades cognitivas que contribuem para a formação de diferentes formas das crianças conceberem uma percepção sobre as experiências de interação social, ampliada ao ambiente familiar, baseadas no raciocínio hipotético-dedutivo, com o qual passam a fazer julgamentos e construir hipóteses sobre o futuro, a partir de experiências individuais passadas.<sup>16</sup>

Os dados obtidos na Tabela 2 informam que houve uma tendência para a associação significativa ( $p=0,06$ ) em relação à renda familiar superior a dois SM e à presença de sinais significativos de estresse, indicando que, na média, neste estudo, as crianças de famílias nessas condições já se encontravam na fase de alerta (busca por um reequilíbrio interno). Faria e Cardoso<sup>17</sup> avaliaram o nível de estresse dos cuidadores de crianças com leucemia. Na caracterização sociodemográfica desses cuidadores, observaram que rendas familiares superiores estiveram associadas a manifestações de estresse. Esses autores entendem que a renda familiar está relacionada a maiores possibilida-

des de acesso aos serviços de saúde particulares, bem como a informações, o que pode levar a uma postura mais questionadora diante do tratamento, podendo desencadear uma busca incessante por cuidados e maiores cobranças, gerando maior dificuldade dos cuidadores para se adaptarem à situação de um tratamento. É possível que isso reflita no estado emocional dos filhos. O estresse intermedia uma relação do organismo com o meio pelo qual a doença física reflete aspectos psicológicos integrando a pessoa singularmente na experiência.<sup>12</sup>

Na correlação em que houve significância estatística ( $p=0,007$ ,  $r=-0,53$ ), – fator Adaptação, do IPSF com o fator Reações psicológicas com componente depressivo, do ESI – entende-se que quanto mais adaptada a criança estiver ao meio, menos provável que ela venha a ter aquelas reações. Estudos<sup>18,19</sup> mostraram que a depressão e o suporte familiar vêm sendo apontados na literatura como construtos associados. Raramente o paciente quieto, passivo, visto como “bonzinho” está bem. Frequentemente, por trás deste comportamento aparentemente “adequado” têm-se quadros de apatia, depressão ou mesmo de uma depressão mascarada, que geralmente, redundarão em complicações e dificuldades para o paciente e equipe no pós-operatório imediato, tardio e em todo seu processo de reabilitação e reintegração sóciofamiliar e profissional.<sup>15</sup>

A percepção do paciente sobre o meio pelo qual se relaciona é um importante indicio do enfrentamento às situações adversas vividas no meio social, conforme associação encontrada neste estudo e, portanto, compreende-se a importância da realização de novos estudos que possam abordar os aspectos relacionados ao suporte familiar à criança e ao adolescente, assim como verificar se o tempo de internação e as condições econômicas das famílias, podem influenciar na qualidade de vida do paciente como preditores de estresse,

no contexto da reabilitação física, durante os períodos pré, peri e pós-cirúrgico.

Desta forma, busca-se utilizar recursos da psicologia, em parceria com os demais setores técnicos, que visem contribuir para a emersão da singularidade da criança e do adolescente através de um atendimento personalizado, por intermédio de escuta e acolhimento psicológico do paciente, familiares e equipe multiprofissional no contexto hospitalar e de reabilitação física.

## CONCLUSÃO

A partir dos resultados deste estudo, concluiu-se que os aspectos relacionados à maturidade cognitiva e emocionais da criança contribuem na qualidade da percepção do suporte familiar e que crianças mais adaptadas ao meio têm menos chances de apresentarem reações de estresse psicológicos com características depressivas associadas. Dessa forma, revelou-se a necessidade de maior atenção das equipes multiprofissionais da reabilitação física para os fatores psicossociais e socioeconômicos das famílias nos atendimentos das crianças e adolescentes. É importante que novos estudos com temáticas já propostas anteriormente sejam realizados para ampliar as discussões nessa área.

## REFERÊNCIAS

1. Mombelli MA, Costa JB, Marcon SS, Moura CB. Estrutura e suporte familiar como fatores de risco de stress infantil. *Estud Psicol.* 2011;28(3):327-35. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2011000300004>
2. Lucarelli MDM, Lipp MEN. Validação do inventário de sintomas de stress infantil – ISS - I. *Psicol Reflex Crit.* 1999;12(1):71-88. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79721999000100005>
3. Lipp MEN, Arantes JP, Buriti MS, Witzig T. O estresse em escolares. *Psicol Esc Educ.* 2002;6(1):51-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-85572002000100006>
4. Martins LAN. Residência médica: estresse e crescimento. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.

5. Rosa M. Psicologia evolutiva: problemática do desenvolvimento. 7 ed. Petrópolis: Vozes; 1993.
6. Limongi SCO. A linguagem na criança de onze a catorze anos: sua expressão no período formal. In: Bossa NA, Oliveira VB. Avaliação psicológica do adolescente. 4 ed. Petrópolis: Vozes; 1998. p.105-31.
7. Giacomini M, Galvan G. A atuação do psicólogo no contexto hospitalar com pacientes ortopédicos. In: Ismael SMC. A prática psicológica e sua interface com as doenças. 2 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2010. p.173-84.
8. Castanho AAG, Previatto TLC. Fisioterapia pós-operatória na paralisia cerebral. In: Borges D, Moura EW, Lima E, Silva PAC. Fisioterapia: aspectos clínicos e práticos da reabilitação. São Paulo: Artes Médicas; 2005. p. 61-74.
9. Cavalcante, FG. Pessoas muito especiais: a construção social do portador de deficiência e a reinvenção da família. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
10. Baptista MN. Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF). São Paulo: Vetor; 2009.
11. Campos EP. Suporte social e família. In: Melo Filho J, Burd M. Doença e família. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004. p.141-61.
12. Nery CR. Dos pressupostos teóricos. In: Nery CR. Compartilhando para crescer: experiências psicoterápicas em Gestalt-Terapia. Curitiba: Juruá; 2013. p. 22-38.
13. Lipp MEN, Lucarelli MDM. Escala de Stress Infantil - ESI: manual. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1998.
14. Lipp MEN, Lucarelli MDM. Escala de Stress Infantil - ESI: manual. 2 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.
15. Sebastiani RW. Atendimento psicológico no centro de terapia intensiva. In: Camon VAA. Psicologia hospitalar: teoria e prática. 2 ed. São Paulo: Cengage Learning; 2015. p. 35-40.
16. Bee H, Boyd D. A visão de Piaget sobre as operações formais. In: Bee H, Boyd D. A criança em desenvolvimento. 12 ed. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 186-88.
17. Faria AMB, Cardoso CL. Aspectos psicossociais de acompanhantes cuidadores de crianças com câncer: stress e enfrentamento. *Est Psicol.* 2010;27(1):13-20.
18. Souza MS, Baptista MN, Alves GAS. Suporte familiar e saúde mental: evidência de validade baseada na relação entre variáveis. *Aletheia.* 2008;(28):32-44. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932008000200004>
19. Baptista MN, Souza MS, Alves GAS. Evidências de Validade entre a Escala de Depressão (EDEP), o BDI e o Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF). *Psico-USF.* 2008;13(2):211-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712008000200008>