



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

Costa Fernandes, Sara; Arriaga, Patrícia; Esteves, Francisco
Atitudes infantis face aos cuidados de saúde e percepção de dor: papel mediador dos medos médicos
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 19, núm. 7, julio, 2014, pp. 2073-2082
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63031150011>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Atitudes infantis face aos cuidados de saúde e percepção de dor: papel mediador dos medos médicos

Children's attitudes regarding health care and perception of pain: the mediating role of medical fears

Sara Costa Fernandes¹

Patrícia Arriaga¹

Francisco Esteves¹

Abstract This study sought to contribute to a better understanding of children's attitudes and opinions regarding health care, mainly in terms of medical procedures, institutions and the efficacy of health professionals. The sample included 381 children, recruited from different schools in Lisbon. The more negative attitudes were attributed to institutions, while positive attitudes were related to the efficacy of health professionals. Medical procedures were considered less painful compared to potential day-to-day accidents. Higher levels of pain were reported by children of the female sex and by children during the primary education phase. Medical fears mediated the relationship between the perception of pain and children's attitudes with respect to health care. Higher levels of pain perception were seen to be related to more negative attitudes regarding health care. However, this relationship was diminished when children's fears about medical issues were contemplated. In conclusion, a translated instrument to assess children's attitudes regarding health care is needed, as it may even contribute to the development of intervention programs within the scope of the promotion of attitudes towards health care.

Key words Attitudes, Children, Pain perception, Medical fears, Health care

Resumo O presente estudo pretende contribuir para a compreensão das atitudes e opiniões das crianças acerca dos cuidados de saúde, com enfoque nos procedimentos médicos, instituições e eficácia dos profissionais. Participaram no estudo 381 crianças, recrutadas em diversas instituições escolares da área de Lisboa. As atitudes mais negativas foram atribuídas às instituições, enquanto as mais positivas incidiram na eficácia dos profissionais. Os procedimentos médicos foram considerados menos dolorosos comparativamente aos potenciais acidentes do quotidiano. Os níveis mais elevados de dor percebida foram reportados pelas crianças do sexo feminino e pelas do 1º ciclo de escolaridade. Os medos médicos mediaram significativamente a relação entre a percepção de dor e as atitudes infantis face aos cuidados de saúde. A maior percepção de dor mostrou estar associada a atitudes mais negativas, porém, esta relação ficou enfraquecida quando contemplados os medos infantis face a temáticas médicas. Em suma, é fundamental poder avaliar as atitudes infantis face aos cuidados de saúde, o que poderá contribuir para o desenvolvimento de programas de intervenção no âmbito da promoção de comportamentos.

Palavras-chave Atitudes, Crianças, Percepção de dor, Medos médicos, Cuidados de Saúde

¹ Centro de Investigação e Intervenção Social, Instituto Universitário de Lisboa. Av. das Forças Armadas. 1649-026 Lisboa Estremadura Portugal. sara.costa.fernandes@gmail.com

Introdução

De acordo com Manstead¹, o conceito atitude refere-se a uma avaliação, negativa ou positiva, em relação a alguém ou alguma coisa. A definição que maior consenso reuniu na literatura foi apresentada por Eagly e Chaiken², que consideram atitude de "uma tendência psicológica que se expressa numa avaliação favorável ou desfavorável de uma entidade específica". As atitudes incluem impressões, predisposições, cognições, emoções, opiniões e sentimentos³, sendo um constructo hipotético, com alguma estabilidade temporal, que não é diretamente observável e que se expressa através de um julgamento avaliativo⁴. As atitudes desempenham um papel crucial nos comportamentos humanos⁵, podendo determinar a forma como o indivíduo percebe e aborda as situações⁶. De forma sumária, as atitudes podem ser distinguidas nas suas quatro funções básicas: funções motivacionais; funções cognitivas e de processamento de informação; funções de orientação para a ação e impacto no comportamento; e, funções sociais⁴.

As atitudes infantis são influenciadas pelas experiências individuais, ensino explícito e modelagem implícita das atitudes dos adultos, em especial dos pais⁵. Estas atitudes infantis face aos profissionais e instituições de saúde provêm não só da experiência prévia, como de outras fontes de informação, em particular da família, amigos e meios de comunicação⁷.

A comunicação adotada pelos profissionais de saúde pode condicionar o desenvolvimento de atitudes (positivas ou negativas) por parte da criança, as quais poderão afetar o comportamento infantil face aos procedimentos médicos e relações a estabelecer com os profissionais de saúde⁵. As atitudes das crianças face aos cuidados de saúde podem condicionar comportamentos futuros nos contextos clínicos e em relação à saúde e determinar a forma como a criança adere e vivencia as necessidades clínicas e os tratamentos médicos^{3,5,8}. Se, por um lado, crianças com atitudes positivas tendem a mostrar um maior ajustamento e participação nos tratamentos médicos e rotinas hospitalares⁵, por outro, são os procedimentos clínicos, especialmente aqueles que envolvem dor, ansiedade e angústia, que podem contribuir para o desenvolvimento de atitudes negativas, e consequente aumento dos medos, comportamentos de fuga e de evitamento de cuidados de saúde e das respetivas instituições e profissionais⁸. Em suma, os comportamentos infantis perante determinados procedimentos médicos podem ser preditos pelas atitudes da criança⁸. Apesar de as atitudes

serem dos conceitos mais antigos e estudados na Psicologia Social⁴, o tema das atitudes infantis face aos cuidados de saúde é ainda pouco estudado e tem elevada relevância clínica, designadamente em crianças com doenças crônicas, as quais exigem tratamentos médicos, visitas às instituições de saúde e contactos com profissionais de saúde mais frequentes e sistemáticos.

Um fator comum e crucial que tende a influenciar negativamente as atitudes infantis face aos cuidados de saúde é o medo dos procedimentos médicos e das idas ao hospital⁵. Para muitas crianças, a sua mera presença num contexto de saúde pode desencadear reações emocionais negativas⁹, comprometendo o processo de interacção e podendo provocar potenciais alterações no desenvolvimento infantil¹⁰.

O ambiente clínico é com frequência descrito como hostil pela criança, marcado pela presença de pessoas doentes e/ou desconhecidas, envolvendo a manipulação do corpo de forma potencialmente invasiva e dolorosa, exigindo o cumprimento de regras rígidas e pré-estabelecidas e caracteristicamente afastado do ambiente familiar e do quotidiano da criança¹¹. Os principais medos e preocupações infantis com a saúde estão relacionados com o adoecer, as intervenções cirúrgicas, os sintomas corporais e a saúde dos pais¹², e com aspectos específicos da doença, nomeadamente em termos de sequelas e possíveis complicações, como a morte, a dor e/ou a incapacidade¹³. Na origem destes medos poderão estar questões relacionadas com o desconhecido, experiências prévias traumáticas^{9,14}, falsas crenças e distorções da realidade clínica e respetivos procedimentos médicos¹⁵.

As experiências prévias podem atenuar ou exacerbar o medo das crianças no que diz respeito aos cuidados de saúde e procedimentos médicos mais invasivos¹⁶⁻¹⁷: se, por um lado, as experiências positivas anteriores tendem a reduzir os medos das crianças¹⁸⁻¹⁹, por outro, experiências prévias negativas tendem a evocar memórias adversas que podem condicionar negativamente as atitudes e os comportamentos da criança face a situações posteriores²⁰⁻²¹. Experiências prévias negativas tendem ainda a aumentar a percepção de dor e o medo de procedimentos médicos, podendo contribuir para evitar futuros contactos com o sistema de saúde⁸. De forma semelhante, experiências positivas nos cuidados de saúde têm mostrado estar associadas a atitudes e comportamentos de confiança em contextos de saúde³.

Outro conceito que pode determinar fortemente as atitudes infantis face aos cuidados de

saúde é a forma como a criança lida com a dor experienciada²². A Associação Internacional para o Estudo da Dor²³ define a dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada com dano real ou potencial”. A dor, concebida enquanto experiência subjetiva altamente complexa^{24,25}, é inerente à existência humana²⁶. As consequências negativas que podem advir da experiência e percepção de dor são inúmeras e diversificadas, podendo afetar todo o sistema orgânico²⁷, bem como o funcionamento emocional, físico, familiar, ocupacional e social do indivíduo²⁸⁻²⁹. A dor pode interferir e condicionar quer a realização das tarefas e atividades diárias, quer as próprias relações familiares, sociais, educativas e profissionais³⁰.

Os procedimentos médicos e os tratamentos clínicos surgem muitas vezes associados e descritos na literatura como experiências com potencial de causar aversão e geradoras de atitudes negativas duradoras⁸, com possíveis repercussões e implicações na saúde e no bem-estar dos pacientes¹⁵. Neste sentido, inúmeros autores^{18,31-34} têm salientado a importância da preparação e da educação das crianças, com vista à promoção de comportamentos de saúde, prevenção do risco e minimização dos efeitos negativos dessas experiências.

O presente estudo procura assim obter informações sobre as atitudes das crianças acerca de diversas temáticas relacionadas com a saúde e a doença, procedimentos médicos e sistemas, e profissionais de saúde. A percepção infantil acerca da dor em relação a aspectos clínicos ou do quotidiano é também analisada. Para este efeito, procedeu-se a tradução para língua portuguesa e aplicação em contexto escolar do *Questionário sobre as Atitudes das Crianças face aos Cuidados de Saúde* (*The Children's Health Care Attitudes Questionnaire*; QACCS), desenvolvido por Bush e Holmbeck⁶. Foram conduzidas análises fatoriais exploratórias, com o intuito de analisar sua estrutura dimensional.

As atitudes infantis e a percepção de dor foram analisadas em função das variáveis individuais como o sexo, o ciclo de escolaridade e os antecedentes clínicos (de hospitalização e/ou cirúrgicos) das crianças.

Os dados obtidos em estudos prévios^{6,35,36} são bastante consistentes em relação à variável sexo, sendo as crianças do sexo masculino a manifestar atitudes mais positivas, relatando maior preferência pelas instituições de saúde, menor evitamento e avaliação menos dolorosa dos procedimentos médicos. Adicionalmente, outras investigações têm evidenciado diferenças entre sexos no

processo avaliativo e de exteriorização da dor^{26,37-40}. Um fator explicativo destas diferenças entre sexos pode ser o fato de socialmente ser fomentada a crença de que o sexo feminino é mais emotivo e com menor tolerância à dor do que o masculino²⁶; por outro lado, a sociedade tende a incitar ao sexo masculino, desde tenra idade, a adoção de estratégias ativas para suprimir a verbalização e a manifestação exterior de dor²⁸. Prevê-se assim que as crianças do sexo masculino reportem atitudes mais positivas em relação aos cuidados de saúde, bem como níveis inferiores de percepção de dor face aos procedimentos médicos e quotidianos, quando comparadas com o sexo feminino.

Ao longo do desenvolvimento infantil, as crianças vão tendo progressivamente uma maior capacidade de diferenciação e percepção da dor²⁵. De acordo com McGrath e Gillespie²⁵, as crianças (geralmente a partir dos 8 anos de idade) já conseguem avaliar de forma sistemática a qualidade da experiência de dor, existindo uma menor tendência para a sobreavaliar. Porém, a investigação tem mostrado que as mudanças de idade tanto podem estar associadas a atitudes mais positivas como a mais negativas em relação aos cuidados de saúde⁸. Na medida em que a faixa etária das crianças da nossa amostra é muito restrita (sómente constituída por crianças entre os 8 e os 12 anos de idade), procurou-se analisar o efeito do ciclo de escolaridade, em substituição do grupo etário, nas atitudes e percepção de dor reportadas. Esta opção distinguiu as crianças em dois ciclos de escolaridade (entre 1º ciclo e 2º+3º ciclos), permitindo tanto avaliar as suas respostas em função de um nível maior ou menor desta, como inferir acerca do efeito da idade, uma vez que se pressupõe que a mesma aumenta com a idade. Desta forma, foi possível dividir a amostra em dois grupos equitativos, sendo que dentro das idades contempladas, as crianças mais novas estarão maioritariamente no 1º ciclo de escolaridade, enquanto as mais velhas no 2º+3º. Prevê-se que as crianças do 2º+3º ciclos manifestem atitudes mais positivas face aos cuidados de saúde e menores níveis de percepção de dor, comparativamente às do 1º.

No que diz respeito aos antecedentes clínicos, as análises foram exploratórias, uma vez que tanto podem afetar positiva como negativamente as atitudes infantis futuras face aos cuidados de saúde e à percepção de dor em relação aos procedimentos médicos^{3,8}.

O contributo dos medos médicos infantis foi analisado enquanto potencial mediador da relação entre a percepção de dor e as atitudes das cri-

anças. Conforme resultados de estudos anteriores, os medos infantis estão não só positivamente associados com a dor percebida⁴¹, como contribuem para atitudes mais negativas e comportamentos de evitamento⁴². Neste sentido, espera-se que crianças que reportem maior intensidade de medos médicos manifestem atitudes mais negativas face aos cuidados de saúde, bem como níveis mais elevados de percepção de dor^{22,41,42}.

Método

Participantes

A amostra é composta por 381 crianças (183 meninos e 198 meninas), entre os 8 e os 12 anos de idade ($M = 9.69$; $DP = 1.32$). Cerca de 37.3% das crianças inquiridas reportou a existência de antecedentes de hospitalização prévia e 28.3% manifestou ter já realizado intervenção cirúrgica. A recolha da amostra foi realizada em diferentes escolas na zona de Lisboa, entre Novembro de 2011 e Março de 2012, em turmas desde o 3º ao 7º ano de escolaridade.

Instrumentos

Características sociodemográficas e clínicas. Foi construído um questionário para obter informação sobre os dados demográficos e clínicos das crianças, nomeadamente, idade, sexo, ano de escolaridade e antecedentes hospitalares e cirúrgicos.

Atitudes face à saúde e doença. Para analisar as atitudes infantis no que respeita às temáticas relacionadas com a saúde, doença, procedimentos médicos e profissionais de saúde, foi utilizado o *Questionário sobre as Atitudes das Crianças face aos Cuidados de Saúde* (QACCS; em inglês, “The Children’s Health Care Attitudes Questionnaire”⁶). Trata-se de uma medida de autorrelato composta por duas partes. A primeira corresponde à escala de atitudes infantis, composta por 24 itens, os quais, de acordo com os autores, avaliam três dimensões: 1) preferência-aversão (8 itens; e.g. *a tua opinião sobre os médicos*); 2) atribuição de eficácia-ineficácia (8 itens; e.g. *quando uma pessoa está doente e tem de ser operada, o que lhe acontece?*); e 3) aproximação-evitamento (8 itens; e.g. *imagina que te diziam que tinhas de ir ao hospital*). Em cada dimensão são avaliadas as atitudes das crianças perante médicos, dentistas, enfermeiros, hospitais, medicamentos, injeções, análises de sangue e cirurgia. As respostas são mensura-

das através de uma escala com 5 pontos em grau crescente de positividade (variando entre 0 = nenhuma dor e 4 = máxima dor), e ilustrada por termómetros de dor. O somatório da escala global pode variar entre 0 e 96 pontos, correspondendo os valores mais altos a atitudes mais positivas face à saúde, profissionais e instituições. As respostas à subescala “atribuição de eficácia-ineficácia” (itens 9 a 16) encontram-se invertidas. A segunda parte avalia a percepção de dor face a procedimentos clínicos ou do quotidiano (e.g. *quando o enfermeiro te pica o dedo para tirar uma gota de sangue*). De acordo com os autores originais, a cotação da escala pode ser feita de diversas formas: 1) somatório dos itens referentes a procedimentos médicos; 2) somatório dos itens referentes a patologias clínicas; 3) somatório dos itens referentes a procedimentos médicos e a patologias clínicas; 4) somatório dos itens referentes a estímulos não médicos; 5) somatório dos itens potencialmente dolorosos; 6) somatório dos itens não dolorosos; e 7) somatório global de todos os itens da escala. A cotação global da escala é feita pelo somatório de todas as respostas e pode variar entre 0 e 68 pontos, com valores mais altos indicativos de maior percepção de dor. Apesar de o instrumento original incluir itens da escala de percepção de dor ilustrados com figuras representativas, no presente estudo foram utilizadas somente as frases sem qualquer desenho representativo das mesmas. A opção de manter a escala de resposta ilustrada por termómetros deveu-se ao facto de estes serem descritos na literatura como tendo boa fiabilidade em crianças com idade inferior a 9 anos⁴³. No que diz respeito às qualidades psicométricas, os autores mostraram a existência de validade de construto e valores satisfatórios de consistência interna em ambas as escalas (entre 0.63 e 0.76 para a escala de atitudes; e entre 0.57 e 0.75 para a escala de percepção de dor). Estudos posteriores corroboraram a existência de consistência interna adequada, quer na escala de atitudes, com valores de alfa de Cronbach entre 0.63 de 0.86³⁶ ou 0.83³, quer na escala de percepção de dor, com valores de alfa entre 0.69 e 0.84³⁶.

Medos face a questões clínicas. Os medos infantis foram avaliados através da administração da versão portuguesa do questionário *Fear Survey Schedule for Children – Revised* (FSSC-R⁴⁴) adaptada por Dias e Gonçalves⁴⁵. O FSSC-R é um questionário de autorrelato composto por 80 itens referentes a diversas categorias possíveis de medos. O formato de resposta está organizado numa escala de 3 pontos (variando entre 1 = nenhum medo e 3 = muito medo). Foi pedido às

crianças que indicassem para cada item o respetivo grau de intensidade de medo que sente. O FSSC-R contempla cinco dimensões de medos: de falhar e da crítica; de ferimentos e de animais pequenos; do desconhecido; dos médicos; e do perigo e da morte^{44,45}. De acordo com diversos estudos, o FSSC-R tem mantido a estrutura factorial original, contudo, com uma grande variabilidade no que respeita à composição e descrição desses fatores^{46,47}. No presente estudo foram analisados apenas os medos face às questões médicas, pelo que foi construído um índice composto pelos seis itens referentes a essa temática médica e a da doença (i.e. *ter de ir ao hospital; adoecer na escola; apanhar uma injeção; ir ao dentista; ir ao médico; micróbios ou ficar muito doente*), e cuja média das respostas podia variar entre 1 e 3 em grau crescente de intensidade. A consistência interna deste índice foi considerada adequada ($\alpha = 0.78$).

Procedimentos

O presente estudo recebeu aprovação por parte do Ministério da Educação. Após obtenção das autorizações formais por parte dos conselhos pedagógicos e diretivos das escolas, foram realizadas reuniões com os diretores e professores das turmas onde seria conduzido o estudo, com o intuito de informá-los dos objetivos e das condições necessárias para a sua realização. Foram entregues os consentimentos informados aos encarregados de educação para autorização da participação dos educandos no estudo. Após obtenção de todos os consentimentos, procedeu-se a aplicação dos questionários nas escolas, em contexto de sala de aula e na presença da professora. O preenchimento foi individual, sendo previamente garantido o respetivo anonimato e a confidencialidade das respostas individuais das crianças.

Resultados

Analises exploratórias fatoriais da escala de Atitudes infantis do QACCS

Com o intuito de identificar a estrutura dimensional da escala de atitudes do QACCS, realizou-se uma análise factorial exploratória (AFE) de componentes principais, com rotação ortogonal Varimax. Foi garantida a adequabilidade da matriz de correlação com o valor de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de 0.87, enquanto o teste de Esferi-

cidade de Bartlet mostrou ser significativo, $\chi^2(276) = 3877.814, p < 0.001$. O critério de Kaiser (inclusão de fatores com *valores próprios* superiores à unidade) sugeriu a extração de quatro fatores que explicam 57.17% da variância total. Contudo, em relação à proposta original composta por apenas três itens, esta solução sugeriu a inclusão de um fator adicional, referente às *atitudes acerca de procedimentos médicos*, que apenas explica 4.77% da variância. Considerou-se relevante, por isso, realizar uma extração forçada de três fatores, de modo a manter o número de dimensões originalmente proposto pelos autores da escala. Os itens extraídos coincidiram com a solução original e explicam 52.40% da variância total. Foram então retidas três dimensões de atitudes das crianças face aos cuidados de saúde, cada uma delas composta por 8 itens: *atitudes de aproximação-evitamento*, que explica 25.4% da variância; *atitudes de eficácia-ineficácia*, que explica 17.92% da variância; e, *atitudes de preferência-aversão*, que explica 9.04% da variância. Devido ao fato de as discrepâncias existentes entre a versão original e a sugerida pela AFE no presente estudo serem mínimas, bem como a extração forçada de três fatores garantir a sua idêntica constituição em relação à escala original, optou-se por prosseguir as análises utilizando a solução original das três dimensões de atitudes infantis. De notar ainda que não houve necessidade de eliminar itens da escala, uma vez que nenhum deles apresentou pesos fatoriais inferiores a 0.40. Os resultados indicaram ainda elevados valores de consistência interna para a escala global das atitudes infantis ($\alpha = 0.86$) e respetivas subescalas ($\alpha = 0.80$ na subescala preferência-aversão; $\alpha = 0.87$ na subescala eficácia-ineficácia; e $\alpha = 0.90$ na subescala aproximação-evitamento) (Tabela 1).

Analises exploratórias fatoriais da escala de Perceção de dor do QACCS

No âmbito da identificação da estrutura dimensional da escala de percepção de dor do QACCS realizou-se uma AFE de componentes principais, com rotação ortogonal Varimax. A adequabilidade da matriz de correlação foi garantida (KMO = 0.88; teste de Esfericidade de Bartlet, $\chi^2(136) = 1514.872, p < 0.001$). Foram extraídos três fatores, de acordo com o critério de Scree Plot proposto por Cattell⁴⁸, que explicam 46.15% da variância total. O primeiro fator, *eventos potencialmente dolorosos*, explica 30.07% da variância e é composto por 8 itens. O segundo fator, *eventos potencialmente não dolorosos*, explica 9.01% da va-

Tabela 1. Qualidades psicométricas do QACCS.

| | Itens | M | DP | α |
|--|-------|-------|-------|----------|
| Atitudes face aos cuidados de saúde (0–96) | 24 | 48.30 | 11.61 | 0.860 |
| Preferência_Aversão | 8 | 8.68 | 5.09 | 0.801 |
| Eficácia_Ineficácia | 8 | 30.00 | 3.29 | 0.871 |
| Aproximação_Evitamento | 8 | 9.65 | 7.95 | 0.900 |
| Perceção de dor (0–68) | 17 | 22.09 | 10.39 | 0.851 |
| Eventos de doença | 3 | 4.86 | 2.50 | 0.575 |
| Eventos dolorosos | 8 | 12.72 | 6.03 | 0.797 |
| Eventos não-dolorosos | 6 | 4.53 | 3.90 | 0.675 |

riância e inclui 6 itens. O terceiro fator, *eventos de doença*, explica 7.07% da variância e é composto por 3 itens. Os resultados indicam elevados valores de consistência interna para a escala global de percepção de dor ($\alpha = 0.85$), bem como valores satisfatórios nas respetivas subescalas ($\alpha = 0.80$ na subescala eventos potencialmente dolorosos; $\alpha = 0.68$ na subescala eventos potencialmente não dolorosos; e $\alpha = 0.58$ na subescala eventos de doença) (Tabela 1).

Avaliação geral das Atitudes e Percepção de dor infantis reportadas pelas crianças

As atitudes infantis em relação aos cuidados de saúde são maioritariamente negativas (i.e. respostas *não gosto/detesto* e *evitamento*) no que respeita aos hospitais (e.g. *a tua opinião sobre os hospitais* – 61.9%; *imagina que te diziam que tinhas de ir para o hospital* – 66.9%) e aos tratamentos e procedimentos médicos (e.g. *a tua opinião sobre os medicamentos* – 69.8%; *a tua opinião sobre as injeções* – 75.9%; *gostarias de ser operado* – 86.6%; *o que sentes quando te picam o dedo para obterem uma gota de sangue para analisar?* – 81.6%). Por outro lado, as crianças manifestam atitudes globalmente muito positivas em relação à eficácia atribuída aos prestadores de cuidados de saúde, havendo igualmente confiança no sucesso dos tratamentos e procedimentos clínicos prescritos e considerados necessários (i.e. mais de 90% das crianças inquiridas considera que a pessoa é ajudada e fica melhor quando: *vai ao hospital* – 93.2%; *está doente e vai ao médico* – 95.3%; *está doente e o médico lhe receita alguns medicamentos* – 94.0%; *tem problemas com os dentes e vai ao dentista* – 94.8%; *está doente e o médico lhe receita uma injeção* – 94.8%; *está doente e vai a um enfermeiro* – 96.1%; *está doente e o médico lhe pica o*

dedo para retirar uma gota de sangue para analisar – 95.0%; *e está doente e tem de ser operada* – 93.7%).

No que respeita à percepção de dor, as crianças atribuem maior intensidade de dor (i.e. *dor forte a dor muito forte*) a situações do quotidiano (e.g. *bater com um martelo no dedo polegar* – 57.7% e *queimar a mão no fogão* – 51.4%). Em termos de procedimentos médicos, os itens referentes à necessidade de *ficar com pontos internos* e *quando o dentista te fura o dente para por enchimento* são os que reúnem maior percepção de dor intensa por parte das crianças, sendo escolhidos por 43.6% e 36.0%, respetivamente.

Atitudes e Percepção de dor infantil em função do sexo, escolaridade e antecedentes clínicos

A escolaridade das crianças foi distinguida entre 1º ciclo (que incluiu os 3º e 4º ano) e 2º+3º ciclos (que incluíram os 5º, 6º e 7º ano).

Para analisar as atitudes infantis em função do sexo, do ciclo de escolaridade e dos antecedentes clínicos da criança efetuou-se uma Análise de Variância Univariada (ANOVA) a três fatores: 2 (Sexo: masculino vs. feminino) x 2 (Ciclo de escolaridade: 1º ciclo vs. 2º+3º ciclos) x 2 (Antecedentes clínicos de hospitalização e/ou cirúrgicos: Sem antecedentes vs. com antecedentes). Os resultados evidenciaram um efeito principal do Sexo, $F(1, 335) = 4.441, p = 0.036, \eta_p^2 = 0.01$, sendo as crianças do sexo feminino a manifestar atitudes mais negativas ($M = 47.03; DP = 11.58$) do que o sexo masculino ($M = 49.37; DP = 11.71$); não existiu qualquer efeito do ciclo de escolaridade, $F(1, 335) = 0.827, p = 0.364, \eta_p^2 = 0.00$, nem dos antecedentes clínicos da criança, $F(1, 335) = 3.176, p = 0.076, \eta_p^2 = 0.01$, apesar de existir uma tendência para as crianças com antecedentes clínicos manifestarem atitudes mais negativas ($M = 46.99; DP = 11.99$) comparativamente às crianças sem quaisquer antecedentes ($M = 49.08; DP = 11.41$). Os resultados evidenciaram ainda um efeito de interação significativo entre o sexo e o ciclo de escolaridade da criança, $F(1, 335) = 8.314, p = 0.004, \eta_p^2 = 0.02$, sendo que no 2º+3º ciclos de escolaridade, as crianças do sexo masculino apresentaram atitudes mais positivas em relação aos cuidados de saúde, comparativamente às crianças do sexo feminino, $F(1, 335) = 10.973, p = 0.001, \eta_p^2 = 0.03$; em contraste, as crianças do sexo feminino manifestaram atitudes mais positivas no 1º ciclo em comparação às crianças do mesmo sexo no 2º+3º ciclos de escolaridade, $F(1, 335) = 7.363, p = 0.007, \eta_p^2 = 0.02$ (Figura 1).

A percepção de dor em função do sexo, do ciclo de escolaridade e dos antecedentes clínicos da criança foi igualmente analisada com base nos resultados da ANOVA com os mesmos três fato-

res: 2 (Sexo) x 2 (Ciclos de escolaridade) x 2 (Antecedentes clínicos). Os resultados evidenciaram um efeito significativo do sexo, $F(1, 330) = 18.854$, $p < 0.001$, $\eta_p^2 = 0.05$, sendo as crianças do sexo feminino a manifestar atitudes mais negativas ($M = 23.98$; $DP = 9.62$) do que as do sexo masculino ($M = 19.51$; $DP = 10.55$). Houve ainda um efeito significativo do ciclo de escolaridade, $F(1, 330) = 5.313$, $p = 0.022$, $\eta_p^2 = 0.02$, com as crianças do 1º ciclo a reportarem maior percepção de dor ($M = 22.60$; $DP = 11.18$) do que as crianças do 2º+3º ($M = 20.58$; $DP = 8.99$). Não se verificou efeito significativo dos antecedentes clínicos das crianças, $F(1, 330) = 1.140$, $p = 0.286$. Não houve efeitos de interação ($p_s > 0.05$).

Medos médicos enquanto mediadora da relação entre a Percepção de dor e as Atitudes infantis face aos cuidados de saúde

Para averiguar se os Medos infantis medeiam a relação entre a Percepção de dor e as Atitudes infantis, realizou-se uma Análise de Regressão. Os resultados obtidos confirmaram as condições previamente sugeridas por Baron e Kenny⁴⁹ como necessárias à mediação: 1) a variável preditora (Percepção de dor) demonstrou estar significativamente relacionada com a mediadora (Medos médicos), $R^2 = 0.31$; $\beta = 0.56$; $p < 0.001$; 2) a variável preditora estava significativamente correlacionada com a variável critério (Atitudes Infantis), $R^2 = 0.07$; $\alpha = -0.27$; $p < 0.001$; e 3) a mediadora (Medos médicos) demonstrou estar também significativamente correlacionada com a variável critério (Atitudes Infantis), $R^2 = 0.08$; $\beta = -0.13$; $p =$

0.040. Neste âmbito, os resultados mostraram que existiu um efeito de mediação parcial dos Medos médicos na relação entre a Percepção de dor e as Atitudes médicas, uma vez que com a inclusão da mediadora na equação da regressão, a Percepção de dor continua a ter influência nas Atitudes infantis apesar de ter um efeito significativamente menor, $\beta = -0.20$; $p = 0.002$. O efeito indireto dos Medos médicos na relação entre a Percepção de dor e as Atitudes infantis foi significativo, Sobel Z = 2.036, $p = 0.041$ (Figura 2).

Discussão

A saúde e a doença são conceitos vitais à condição humana⁵⁰. A actual concepção de saúde tende a compreendê-la enquanto estado dinâmico, no qual se pressupõe, além da ausência de doença, a inclusão de conceitos relacionados com a qualidade de vida e bem-estar⁵¹. A necessidade de se estudar as significâncias atribuídas pelas crianças aos fenômenos relacionados com a saúde e a doença são fundamentais para uma melhor compreensão das atitudes desenvolvidas acerca destas temáticas³¹. Os próprios comportamentos das crianças face aos cuidados de saúde estão fortemente associados às suas atitudes⁸. Este estudo teve como objetivo primordial a identificação das atitudes das crianças no estadio de desenvolvimento das operações concretas, acerca dos cuidados de saúde e respetivas instituições, procedimentos médicos e profissionais envolvidos.

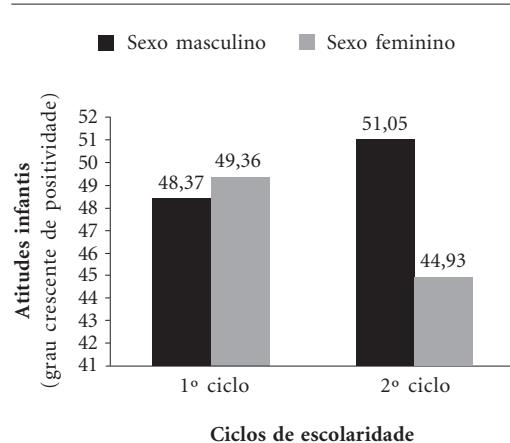


Figura 1. Atitudes infantis em função do sexo e do ciclo de escolaridade da criança.

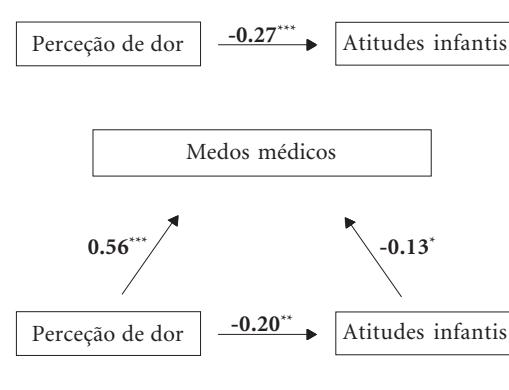


Figura 2. Medos médicos como mediador da relação entre a percepção de dor e as atitudes infantis face aos cuidados de saúde.

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

As atitudes das crianças mais positivas referem-se à eficácia dos profissionais de saúde, enquanto que as mais negativas são atribuídas às instituições de saúde, medicação e procedimentos médicos. Estes últimos, apesar de reunirem atitudes infantis negativas, são também considerados eficazes e com capacidade de ajudar positivamente as pessoas. Confirmando uma das hipóteses inicialmente previstas, as atitudes infantis mostraram estar relacionadas com o sexo da criança, com as meninas a manifestar atitudes significativamente mais negativas por comparação com os meninos. No que diz respeito à idade, avaliada através do ciclo de escolaridade, e contrariamente ao previsto, não houve qualquer efeito significativo desta variável nas atitudes globais. Contudo, existiu um efeito de interação significativo entre o sexo e o ciclo de escolaridade da criança, sendo que no 2º+3º ciclos de escolaridade, as crianças do sexo masculino apresentaram atitudes mais positivas em relação aos cuidados de saúde, comparativamente às crianças do sexo feminino e, simultaneamente, estas manifestaram atitudes mais positivas no 1º ciclo de escolaridade por comparação com as do mesmo sexo a frequentar o 2º+3º ciclos de escolaridade.

Os resultados da percepção de dor sugerem ainda que os acidentes quotidianos são considerados mais dolorosos pela maior parte das crianças, quando comparados com os procedimentos médicos. Confirmando a maioria das hipóteses iniciais, houve uma relação entre as variáveis sociodemográficas (i.e. sexo e escolaridade/idade) e a percepção de dor reportada pelas crianças: por um lado, as crianças do sexo feminino reportaram maiores níveis de intensidade de dor percebida, comparativamente às do sexo masculino; por outro lado, as crianças do 1º ciclo, e consequentemente mais novas, reportaram valores de percepção de dor mais elevados comparativamente às crianças mais velhas a frequentar o 2º+3º ciclos.

Adicionalmente, os medos médicos reportados pelas crianças mediaram significativa e parcialmente a relação entre a percepção de dor e as atitudes infantis face aos cuidados de saúde. De acordo com estudos prévios, a dor é considerada como fator responsável por determinar atitudes futuras da criança em relação aos diversos cuidados de saúde e intervenientes²². Os medos médicos surgem descritos como estando positivamente associados com os maiores níveis de dor percebida⁴¹, contribuindo para o desenvolvimento de atitudes negativas e de evitamento⁴². Além disto, a temática dos medos infantis é especialmente relevante na medida em que, quando excessivos ou

não bem geridos, podem evoluir para perturbações fóbicas, com interferência significativamente negativa no quotidiano do ser humano^{52,53}.

Contrariamente esperado, não foi demonstrada a existência de qualquer efeito dos antecedentes de clínicos, de hospitalização e cirúrgicos, nas atitudes infantis e percepção de dor infantis. Uma possível explicação assenta na falta de avaliação da qualidade desses antecedentes clínicos, uma vez que de acordo com a literatura, tanto podem condicionar positiva como negativamente as atitudes infantis futuras^{16,17}. Neste âmbito, e num estudo futuro acerca destas temáticas é relevante avaliar previamente a qualidade das experiências clínicas das crianças.

Apesar de este estudo ser um contributo na identificação das atitudes das crianças acerca da saúde, doença, procedimentos clínicos, instituições e profissionais de saúde é indispensável mais estudos acerca desta temática, bem como a validação e o desenvolvimento de outros instrumentos que possam ser usados no contexto português. Uma sugestão para estudos futuros é a utilização de metodologias mais qualitativas, nomeadamente a criação de grupos de focagem, para que as crianças possam debater, entre si, os conceitos relacionados com as temáticas da saúde e da doença. Desta forma e da discussão aberta, poderão surgir questões pertinentes que possam não só ser incluídas numa nova ferramenta de avaliação das atitudes infantis face à saúde, à doença e aos cuidados de saúde, como também serem utilizadas em futuro programas de intervenção.

Uma das limitações do presente estudo coincide com o facto de a amostra ter sido recolhida apenas em escolas de Lisboa, maioritariamente na área geográfica de Belém, pelo que seria importante sua replicação noutras regiões portuguesas. No entanto, convém notar que a amostra contemplou não só escolas públicas, como também uma instituição privada, de forma a abranger crianças com diferentes estatutos socioeconómicos. Seria igualmente aconselhável a validação da presente escala traduzida com outras de atitudes infantis e de percepção de dor.

Em suma, é crucial uma correta e atempada identificação e compreensão das atitudes infantis sobre as temáticas da saúde, da doença e dos seus inúmeros intervenientes, de forma a possibilitar o desenvolvimento de programas de prevenção da doença e promoção da saúde mais adequados e eficazes na modificação e/ou manutenção dos comportamentos infantis. Neste sentido, a existência de uma ferramenta que permita avaliar as atitudes das crianças em relação

aos diversos aspectos ligados aos cuidados de saúde é indispensável. Por outro lado, é a possibilidade de identificação destas atitudes infantis que

permite o desenvolvimento de programas de intervenção, tão indispensáveis, no âmbito da promoção de comportamento para a saúde.

Colaboradores

SC Fernandes, P Arriaga e F Esteves participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Agradecimentos

À Fundação Portuguesa para a Ciéncia e Tecnologia (FCT) por ter financiado este estudo através da bolsa de Doutoramento atribuída à primeira autora.

Um especial agradecimento aos professores, directores de turma e conselhos pedagógicos das diversas escolas onde o estudo foi conduzido: Conservatório Nacional de Dança, EB Bairro Restelo, EB Caselas, EB Moinhos do Restelo, EB Paula Vincente e Escola Voz do Operário da Ajuda.

Referências

1. Manstead A. Attitudes and behavior. In: Semin GR, Fieldler K, editors. *Applied social psychology*. London: Sage; 1996. p. 3-29.
2. Eagly A, Chaiken S. *The psychology of attitudes*. Fort Worth: Harcourt Brace Jovanovich; 1993.
3. Jones T, DeMore M, Cohen L, O'Connell C, Jones D. Childhood Healthcare Experience, Healthcare Attitudes, and Optimism as Predictors of Adolescents' Healthcare Behavior. *J Clin Psychol Med* 2008; 15(3):234-240.
4. Lima L. Atitudes: Estrutura e mudança. In: Vala J, Monteiro MB, organizadores. *Psicologia Social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2004. p. 187-225.
5. Ercan S. *Relationship between psychological preparation, preoperative and postoperative anxiety and coping strategies in children and adolescents undergoing surgery* [tese]. Ankara: Middle East Technical University; 2003.
6. Bush P, Holmbeck G. Children's attitudes about healthcare: Initial development of a questionnaire. *J Pediatr Psychol* 1987; 12(3):429-443.
7. Ellerton M, Merriam C. Preparing children and families psychologically for day surgery: An evaluation. *J Adv Nurs* 1994; 19(6):1057-1062.
8. Peterson C, Ross A, Tucker VC. Hospital emergency rooms and children's health care attitudes. *J Ped Psychol* 2002; 27(3):281-291.
9. Crepaldi M, Hackbarth I. Aspectos psicológicos de crianças hospitalizadas em situação pré-cirúrgica. *Temas Psicol* 2002; 10(2):99-112.
10. Mitre R, Gomes R. A perspectiva dos profissionais de saúde sobre a promoção do brincar em hospitais. *Cien Saude Colet* 2007; 12(5):1277-1284.
11. Oliveira S, Dias M, Roazzi A. O lúdico e suas implicações nas estratégias de regulação emocional em crianças hospitalizadas. *Psico Reflex Crit* 2003; 16(1):1-13.
12. Silverman W, Greca A, Wasserstein S. What do children worry about? Worries and their relation to anxiety. *Child Dev* 1995; 66(3):671-686.
13. Quiles M, Ortigosa J, Méndez F, Pedroche S. Cuestionario de preocupaciones sobre cirugía infantil. *Psicothema* 1999; 11(3):601-609.
14. Broering C, Crepaldi M. *Preparação Psicológica Para a Cirurgia em Pediatria: Importância, Técnicas e Limitações*. *Paidéia* 2008; 18(39):61-72.
15. Sebastián M, Carrillo F, Quiles J. Preocupaciones prequirúrgicas: estudio empírico con población infantil y adolescente. *An Espan Ped* 2001; 55(2):129-134.
16. Blount R, Zempsky W, Jaaniste T, Evans S, Cohen L, Devine K, Zeltzer L. Management of pain and distress due to medical procedures. In Roberts MC, Steele R, editors. *Handbook of pediatric psychology*. New York: Guilford Press; 2009. p. 171-188.

17. Moro E, Módolo N. Ansiedade, a criança e os pais. *Rev Bras Anestesiol* 2004; 54(5):728-738.
18. Barros L. As consequências psicológicas da hospitalização infantil: Prevenção e controlo. *Análise psicológica* 1998; 1(16):11-28.
19. Caumo W, Broenstrub J, Fialho L, Petry S, Brathwait O, Bandeira D, Loguercio A, Ferreira M. Risk factors for postoperative anxiety in children. *Acta Anaesth Scand* 2000; 44(7):782-789.
20. Gordon B, Jaaniste T, Bartlett K, Perrin M, Jackson A, Sanstrom A, Charleston R, Sheehan S. Child and parental surveys about pre-hospitalization information. *Child care hth dev* 2010; 37(5):727-733.
21. Watson A, Visram A. Children's preoperative anxiety and postoperative behaviour. *Paediatr Anaesth* 2003; 13(3):188-204.
22. Finley G, McGrath P. Measurement of pain in infants and children. *J Pediatr Hematol Onc* 1998; 20: 364-365.
23. International Association for the Study of Pain. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. *Pain* 1979; 6(3):249-252.
24. LaMontagne L, Hepworth J, Salisbury M. Anxiety and postoperative pain in children who undergo major orthopedic surgery. *Appl Nurs Res* 2001; 14(3): 119-124.
25. McGrath P, Gillespie J. Pain assessment in children and adolescents. In: Turk D, Melzack R, editors. *Handbook of Pain Assessment*. New York: Guilford Press; 2001. p. 97-118.
26. Bernardes, S. *Sobre a contextualidade dos enviesamentos de sexo nos julgamentos sobre dor* [tese]. Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa; 2008.
27. Vaughn F, Wichowski H, Bosworth G. Does preoperative anxiety level predict postoperative pain? *AORN J* 2007; 85(3):589-604.
28. McGrath P. *Pain in Children: Nature, Assessment and Treatment*. New York: Guilford Publications; 1990.
29. Walco G, Goldschneider K. *Pain in children: A practical guide for primary care*. Totowa: Humana Press; 2008.
30. Bastos D, Silva G, Teixeira L, Lustosa M, Borda M, Couto S, Vicente T. Dor. *Rev Soc Bras Psicol Hosp* 2007; 10(1):86-96.
31. Barros L. Contribuição do estudo das significações da saúde e doença para as intervenções em psicologia pediátrica. *Análise Psicológica* 1996; 2-3:215-232.
32. Block A, Gatchel R, Dardorff W, Guyer R. *The psychology of spine surgery*. Washington: American Psychological Association; 2003.
33. Jaaniste T, Hayes B, von Baeyer C. Providing children with information about forthcoming medical procedures: A review and synthesis. *Clin Psychol Sci Pr* 2007; 14(2):124-143.
34. LeRoy S, Elixson E, O'Brien P, Tong E, Turpin S, Uzark K. Recommendations for preparing children and adolescents for invasive cardiac procedures. *Circulation* 2003; 108(20):2550-2564.
35. Bachanas PJ, Roberts MC. Factors affecting children's attitudes toward healthcare and responses to stressful medical procedures. *J Pediatr Psychol* 1995; 20(3):261-275.
36. Hackworth S, McMahon R. Factors mediating children's healthcare attitudes. *J Pediatr Psychol* 1991; 16(1):69-85.
37. Bosacki S. Children's understandings of emotions and self: are there gender differences? *J Res Child Educ* 2007; 22(2):155-172.
38. Li C, DiGiuseppe R, Froh J. The role of sex, gender and coping in adolescent depression. *Adolescence* 2006; 41(163):409-415.
39. Rudolph K, Flynn M. Childhood adversity and youth depression: Influence of gender and pubertal status. *Dev Psychopathol* 2007; 19(2):497-522.
40. Widen S, Russel J. Gender and preschoolers' perception of emotion. *Merrill Palmer Quart* 2002; 48:248-262.
41. Smith N, Meuret A. The role of painful events and pain perception in blood injection-injury fears. *J Behav Ther Exp Psychiatr* 2012; 43(4):1045-1048.
42. Field A, Lawson J. Fear information and the development of fears during childhood: effects on implicit fear responses and behavioural avoidance. *Behav Res Ther* 2003; 41(11):1277-1293.
43. Cremens J, Eiser C, Blades M. Assessing the impact of scale type, types of items, and age on the measurement of school age children's self-report quality of life. *J Pediatr Psychol* 2007; 32(2):132-138.
44. Ollendick T. Reliability and validity of the revised fear survey schedule for children (FSSC-R). *Behav Res Ther* 1983; 21(6):685-692.
45. Dias P, Gonçalves M. Avaliação da ansiedade e da depressão em crianças e adolescentes (STAIC-C2, CMAS-R, FSSC-R e CDI): Estudo normativo para a população portuguesa. In: Soares AP, Araújo S, Caires S, organizadores. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Braga: Apport; 1999. (vol. VI)
46. Burkhardt K, Loxton H, Kagee A, Ollendick T. Construction and validation of the South African version of the Fear Survey Schedule for Children: an exploratory factor analysis. *Behav Ther* 2012; 43(3):570-582.
47. Fisher A, Schaefer B, Watkins M, Worrell F, Hall T. The factor structure of the Fear Survey Schedule for Children-II in Trinidadian children and adolescents. *J Anxiety Disord* 2006; 20(6):740-759.
48. Cattell R. The scree test for the number of factors. *Multivar Behav Res* 1966; 1(1):245-276.
49. Baron RM, Kenny DA. The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *J Pers Soc Psychol* 1986; 51(6):1173-1182.
50. Albuquerque C, Oliveira C. Saúde e doença: significações e perspectivas em mudança. *Millenium* 2002; 25.
51. Buss P. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Cien Saude Colet* 2000; 5(1):163-177.
52. Méndez F, Inglés C, Hidalgo M, García-Fernández J, Quiles M. Los miedos en la infancia y la adolescencia: un estudio descriptivo. *Rev Electrónica Motivación Emoción* 2003; 6(13).
53. Muris P, Merkellbach H, Mayer B, Prins E. How serious are common childhood fears? *Behav Res Ther* 2000; 38(3):217-228.