

II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2010.

Estudo sobre o nível de stress em crianças hospitalizadas e sua interferência na aprendizagem da escrita.

Siqueira De Andrade, Márcia.

Cita:

Siqueira De Andrade, Márcia (2010). *Estudo sobre o nível de stress em crianças hospitalizadas e sua interferência na aprendizagem da escrita. II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-031/287>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

ESTUDO SOBRE O NÍVEL DE STRESS EM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS E SUA INTERFERÊNCIA NA APRENDIZAGEM DA ESCRITA

Siqueira De Andrade, Márcia
Centro Universitário FIEO. Brasil

RESUMEN

Esta pesquisa pretendeu compreender como o estresse interfere na aprendizagem da escrita de crianças hospitalizadas. O estresse é o resultado de uma reação que o nosso organismo tem quando estimulado por fatores externos desfavoráveis. Participaram da pesquisa 15 crianças de ambos os sexos na faixa etária de 06 a 14 anos que encontravam-se hospitalizadas por ocasião da pesquisa. A coleta de dados foi realizada utilizando-se os seguintes instrumentos: (a) um questionário de identificação, no qual os participantes informarão os seguintes dados: nome, idade, sexo, série e instituição de ensino à qual pertenciam (b) a Escala de Avaliação de Dificuldades na Aprendizagem da Escrita (ADAPE) (Sisto, 2001) aplicado para identificar as dificuldades dos participantes em escrita e (c) Escala de Stress Infantil (ESI) (Lipp & Lucarelli, 1998) que verifica a existência ou não de estresse em crianças entre 06 (seis) e 14 (quatorze) anos. Os resultados são discutidos tendo como base o referencial teórico da Psicopedagogia.

Palabras clave

Aprendizagem Estresse Psicopedagogia

ABSTRACT

STUDY ON THE LEVEL OF STRESS IN HOSPITALIZED CHILDREN AND THEIR INTERFERENCE IN THE LEARNING OF WRITING.

This research sought to understand how stress interferes with learning the writing of hospitalized children. Stress is the result of a reaction that our body has when stimulated by unfavorable external factors. Participated in the study 15 children of both sexes aged 06-14 years who were hospitalized during the study. Data collection was performed using the following instruments: (a) an identification questionnaire in which participants inform the following data: name, age, gender, grade and educational institution to which they belonged (b) Scale Assessment of Learning Difficulties in Writing (ADAPE) (Sisto, 2001) applied to identify the difficulties of the participants in writing and (c) Child Stress Scale (ESI) (Lipp & Lucarelli, 1998) which verifies the existence of stress in children between six (06) and 14 (fourteen) years. The results are discussed based on the theoretical framework of Educational Psychology.

Key words

Learning Stress Educational psychology

INTRODUÇÃO

Este estudo objetiva verificar a possível relação estresse infantil e aprendizagem da escrita em crianças e adolescentes hospitalizados. A identificação das dificuldades de aprendizagem apresentadas por escolares vem crescendo, embora há muitos anos se reconheça a relevância de tais problemas. Neste contexto, novas concepções sobre o processo de ensino e aprendizagem vêm reforçando a importância da influência das variáveis internas como as escolhas, crenças, expectativas e emoções, tanto daqueles que ensinam como daqueles que aprendem (Boruchovitch, 1994). De acordo com os dados da UNESCO a retenção escolar no Brasil está entre as maiores da América Latina sendo o percentual de repetência na primeira série do 1º grau de aproximadamente

54%, o que contribui para o atraso escolar e como conseqüência, para a evasão escolar.

A dificuldade escolar pode gerar um círculo vicioso do fracasso, ou seja, quanto mais a criança se sente inferiorizada, mais ela estará suscetível ao insucesso, e menos poderá obter aprovação a partir de seu desempenho (Linhares & cols., 1993). A criança hospitalizada sofre neste processo situações de estresse e outros fatores emocionais que dificultam o enfrentamento da doença e da hospitalização bem como podem interferir negativamente na aprendizagem escolar.

Para Lipp, Souza, Romano, Covolan (1991), o estresse infantil é semelhante ao do adulto; a criança quando se vê diante de um estressor reage com sensações físicas e psicológicas, sendo que as conseqüências do estresse excessivo ou prolongado podem levar a problemas graves de saúde. Os distúrbios psicológicos mais comuns são: depressão, enurese, dificuldades de relacionamento, comportamento agressivo, desobediência inusitada, ansiedade, choro excessivo, gagueira, dificuldades escolares, pesadelos, irritabilidade e insônia.

Zular(2001), compara o Estresse em crianças como mais grave do que em adultos, pois seus mecanismos de defesa não estão sedimentados. Completa afirmando que um adulto costuma justificar situações desagradáveis racionalmente, mas o mesmo não acontece com a criança.

Com relação à incidência do estresse infantil, LIPP (2000b) relata que não é conhecida, mas se sabe que toda criança, inevitavelmente, enfrentará inúmeras situações de estresse ainda nos primeiros anos de vida. Situações como a hospitalização, os acidentes, as doenças, o nascimento de novos irmãos, as mudanças de escola e de casa, bem como a situação de autocontrole, que são fontes geradoras de tensão.

Essas fontes de estresse, que geram tensão e estressam as crianças classificam-se como externa e interna. As fontes externas são: mudanças, atividades em excesso, responsabilidades em excesso, brigas e/ou separação de pais, a escola, morte na família, exigência e/ou rejeição de colegas, disciplina confusa por parte dos pais, exigências ambíguas da sociedade, hospitalização e doença e nascimento de irmão. As fontes internas procuram avaliar o que pode acontecer no mundo interior do pequeno paciente que esta funcionando como fonte produtora constante de estresse emocional, como por exemplo, a visão dos pais na timidez excessiva, as vergonhas, os desejos, o medo do fracasso, a preocupação com mudanças físicas, medo de punição divina, dúvidas quanto à própria inteligência, a própria beleza, interpretação amedrontadoras de eventos simples, medo de os pais morrerem e ela ficar só, medo de ser ridicularizada por amigos, desacordo entre as exigências de sucesso e o verdadeiro potencial entre outros (Lipp, 2000a; 2000b)

Frente a esse propósito, propôs-se a organização em seções. A primeira aborda os conceitos que delimitam a Psicopedagogia como área de estudo. A segunda seção versa sobre os aspectos relevantes sobre o estresse infantil. Posteriormente, na terceira seção, discorre-se sobre a questão da hospitalização infantil. Na seção seguinte é descrito o percurso metodológico. As referências utilizadas no trabalho e os anexos vêm à seguir.

1. PSICOPEDAGOGIA

A psicopedagogia surgiu na Europa, em 1946, por J Boutonier e George Mauco, com direção médica e pedagógica. Estes Centros uniam conhecimentos da área de Psicologia, Psicanálise e Pedagogia, em que, tentavam readaptar crianças com comportamentos socialmente inadequados na escola ou no lar e atender crianças com dificuldades de aprendizagem, apesar de serem inteligentes (Sampaio, 2004).

Em 1970, a psicopedagogia chega à Argentina sob forte influência da Espanha, e é criado o primeiro centro de saúde mental, no qual psicopedagogos atuavam fazendo diagnóstico e tratamento. Perceberam que após um ano mais ou menos os pacientes em tratamento obtinham melhoras significativas, porém às vezes acontecia o deslocamento do sintoma para distúrbios de personalidade. Foi então que resolveram agregar o olhar e a escuta psicanalítica como forma de resolver os problemas de aprendizagem. (Sampaio, 2004)

No Brasil, a psicopedagogia chega em 1970, sob a influência da teoria e da prática utilizadas na Argentina. No entanto, o curso de psicopedagogia surgiu em nível de especialização e, somente após 30 anos, torna-se nível de graduação, primeiro com o curso pela PUC/RS e mais recentemente em São Paulo, no Centro Universitário FIEO, instituição que inclusive recebeu a comissão de avaliação do Ministério da Educação INEP/MEC, para avaliar os três aspectos que compõem estrutura de um curso de qualidade - projeto pedagógico, corpo docente e espaço físico, tirando a nota máxima em todos os três aspectos.

Quanto ao atendimento psicopedagógico no Brasil, os atendimentos eram para tratar pessoas com distúrbios neurológicos, denominada disfunção cerebral mínima (DCM), ou seja, déficit de atenção/hiperatividade. (Sampaio, 2004)

Além disso, há uma pequena diferença entre Brasil e Argentina quanto ao aspecto de diagnóstico psicopedagógico. Essas diferenças dizem a respeito à aplicação de testes que na Argentina são permitidos e que aqui no Brasil são de uso exclusivo dos psicólogos, como: a prova de inteligência e provas de nível de pensamento. (Sampaio, 2004)

Apesar dessa exceção, podemos dizer que a psicopedagogia no Brasil é extremamente de qualidade e comprometida com o seu objeto de estudo denominado processo de aprendizagem.

O Brasil recebeu contribuições importantes como Sara Pain e o argentino chamado Jorge Visca, que foi quem fundou no Sul do País o primeiro centro de estudos psicopedagógicos. (Sampaio, 2004)

Esse por sua vez foi o criador da Epistemologia Convergente, linha teórica que propõe um trabalho com a aprendizagem utilizando-se da integração de três linhas da Psicologia: Escola de Genebra - Psicogenética de Jean Piaget (já que ninguém pode aprender além do que sua estrutura cognitiva permite), Escola Psicanalítica - Freud (já que dois sujeitos com igual nível cognitivo e distintos investimentos afetivos em relação a um objeto aprenderão de forma diferente) e a Escola de Psicologia Social de Enrique Pichon Rivière (pois se ocorresse uma paridade do cognitivo e afetivo em dois sujeitos de distinta cultura, também suas aprendizagens em relação a um mesmo objeto seriam diferentes, devido às influências que sofreram por seus meios sócio-culturais) (Sampaio, 2004)

Visca implantou centros de estudos psicopedagógicos em várias partes do Brasil, difundindo melhor a psicopedagogia.

Com isso, surgiram nesses mais de 30 anos vários cursos e há mais ou menos 13 anos, foi criada a Associação Brasileira de Psicopedagogia, que trabalha juntamente com os psicopedagogos, a fim de regulamentar a profissão no País. Essa Associação é responsável pelos eventos do país e pelo código de ética que expressa os deveres e garante o direito do profissional diante do mercado de trabalho.

O Código de Ética da Psicopedagogia, no Capítulo I, Artigo 1º, afirma que "A Psicopedagogia é campo de atuação em saúde e educação o qual lida com o conhecimento, sua ampliação, sua aquisição, distorções, diferenças e desenvolvimento por meio de múltiplos processos". (Costa, 2000)

A psicopedagogia é uma nova área de conhecimento que tem como objeto de estudo o processo de aprendizagem, e embora suas raízes estejam na psicologia, psicanálise e na pedagogia, não busca apenas entender o psiquismo ou integrar o sujeito à sociedade através do processo de ensino, mas procura compreender a não aprendizagem e seus aspectos, assim como sua influência na vida social, buscando subsídios para romper as suas dificuldades. (Sampaio, 2004)

O Psicopedagogo busca despertar no aprendente o prazer em aprender, e assim, resgata neste a continuação permanente e independente de aprendizagem, respeitando sempre sua singularidade.

Se pensarmos na psicopedagogia como uma área de estudo isolada, seria limitar o processo de ensino/aprendizagem, já que ambos envolvidos são sujeitos de conhecimento. Por isso o psicopedagogo busca em todas as áreas a integração para entender as ações do indivíduo como um ser global, quebrando essa divisão do biológico.

Dessa maneira, o psicopedagogo olhará o sujeito global como um

produtor constante de novos sentidos, onde cognitivo/afetivo, indivíduo/social, consciente/inconsciente, significado/sentido nunca se separam, vale ressaltar ainda a contribuição dos processos de autonomia, de autoria de pensamento, de construção de novos olhares, dos vínculos afetivos, da temática de inclusão, alteridade e identidade, ao propor a contextualização plena do sujeito humano em ambientes de aprendizagem, além de dar especial atenção às questões presentes no cotidiano do sujeito. (Sampaio, 2004)

Desta forma, se a busca é por aprendizagens significativas, aprendentes e ensinantes devem ser percebidos como caminhantes por uma mesma estrada, de mãos dadas, na busca de conhecer, de saber, de compreender os imensos desafios de nosso tempo, que emergem em todos os aspectos da vida humana e afetam a todos nós.

Vale ressaltar que o sujeito não é reflexo dos acontecimentos só externos a ele, mas que possui um inconsciente e apresenta sintomas por meio deste.

Portanto, a aprendizagem não pode ser transmitida, mas adquirida através de suas vivências e experiências, já que o que é transmitido são sinais do conhecimento despertando o desejo no outro para que os transforme e os reproduza de acordo com o seu processo de aprendizagem.

1.2. O PSICOPEDAGOGO NO HOSPITAL

A atuação do psicopedagogo em conjunto com a equipe multidisciplinar, em que, psicólogos, médicos, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogos, oftalmos, coordenadores pedagógicos e professores, trabalham juntos pensando no bem-estar do sujeito.

O psicopedagogo irá por em ação um questionamento e reflexão de como se adaptar a este novo ambiente, munido de regras, normas, valores e função social, o qual o mesmo deverá se conscientizar de sua identidade profissional e delimitar até onde vai a sua atuação e a de outro profissional. (Valladares, 2003)

A ação da equipe multidisciplinar será de forma coesa e nunca isoladamente ou fragmentada, é importante que haja um espaço para que os conhecimentos de ambos profissionais envolvidos neste contexto sejam integrados a novas idéias, compartilhados e ressignificados. (Vasconcelos, 2000)

Conhecer o olhar de cada um contribuirá para reconhecer as dificuldades pessoais e institucionais para pôr em ação uma atitude sistemática, contínua e reflexiva, de maneira a contribuir para que o vínculo entre a equipe se consolide o mais prazeroso possível, visando um ambiente mais humanizado ao paciente. (Mello)

A equipe multidisciplinar contribuirá para dar uma abordagem mais humana. Cada profissional em sua área específica de atuação deve sempre ter em mente de que o ser humano deve ser considerado de forma completa e íntegra.

Todo profissional ao se comprometer com sua atuação e ao aceitar a atuação do outro estará contribuindo para um amanhã melhor, celebrando a vida com menos patologias e mais saúde. (Mello)

O apoio psicopedagógico no ambiente hospitalar é de suma importância para os desenvolvimentos cognitivos, emocionais e sociais do sujeito, na medida em que ajuda a criança a enfrentar as adversidades de forma mais leve e prazerosa, principalmente quando o psicopedagogo insere a ação lúdica para trabalhar raciocínio lógico, seriação, classificação, reversibilidade, antecipação, conservação, etc, ou seja, o psicopedagogo desenvolve junto à criança situações construtivistas considerando suas potencialidades individuais e também coletivas.

A ação do lúdico no hospital tem como característica ser um recurso facilitador para viabilizar um atendimento integral e de qualidade daquele indivíduo, possibilitando um desenvolvimento mais saudável possível. (Vasconcelos, 2000)

Sabemos que para uma criança ter um desenvolvimento saudável os seus primeiros anos de vida são decisivos, pois autoriza a construção da sua identidade e também formam sua estrutura física, sócio-afetiva e intelectual. (Vasconcelos, 2000)

Goffman diz que: "Ao ser retirada do seu contexto social e familiar, a subjetividade da criança que se encontra internada em uma instituição hospitalar entra em choque com a tendência uniformizadora e impositiva deste contexto, mortificando e profanando

seu 'eu' e passando, assim, por mudanças progressivas de crenças que tem a seu respeito e a respeito dos outros que são significativos para ela".

O ambiente hospitalar para a criança ainda terá um sentido ainda um pouco mais conturbado, pois terá que confiar em pessoas que nunca havia encontrado antes, e mais, terá que confiar que aquele procedimento médico muitas vezes dolorido irá causar depois da dor, um alívio de outra dor.

Os procedimentos médicos na maioria das vezes são dolorosos, outros acabam privando a criança do convívio social, impedindo atividades rotineiras, como, por exemplo, ir à escola, parques, shopping, cinema e teatro, outras vezes os procedimentos determinam horários rígidos que deverão ser respeitados e cumpridos para realização das medicações. (Valladares, 2003)

Anteriormente nada disso fazia parte da rotina e da vida dessa criança, e conseqüentemente essa situação poderá lhe causar uma reação prejudicial ao seu desenvolvimento cognitivo e emocional.

Portanto, o profissional da área da saúde poderá proporcionar a essa criança um ambiente mais completo no que visa o bem-estar bio-psico-social, assim, a equipe multidisciplinar se faz necessária para tomar conta desse sujeito global. Para tanto o psicopedagogo poderá atuar de forma multidisciplinar sensibilizando e integrando todos da equipe a fim de visualizar essa criança.

Cabe ao psicopedagogo também elaborar um diagnóstico das condições de aprendizagem, elaborar intervenções adaptando ao ambiente hospitalar, aplicar intervenções preventivas e de promoção de saúde, elaboração de relatórios para uma melhor integração do aluno para com a escola, construções de projetos e atuação em grupo para evitar a fragmentação do conhecimento, orientação ao paciente hospitalizado com objetivo de trabalhar suas potencialidades, destacando sua auto-estima e autoria de pensamento. (Valladares, 2003)

Além disso, a psicopedagogia permite que esse paciente seja autor e ator, ou seja, agente ativo do seu próprio processo de aquisição de conhecimento, apenas intervindo no apoio da construção do ser.

2. ESTRESSE INFANTIL

A palavra stress tem origem no latim e conforme o Oxford English Dictionary, foi empregada popularmente a partir do século XVII com o significado de "fadiga", "cansaço", alguma coisa "apertada" ou "penosa". Este conceito foi inicialmente muito utilizado na área da Física para explicar a relação entre força e reação dos corpos. Introduzido na literatura da área médica por Hans Selye (1936), o termo caracteriza uma alteração endocrinológica que se processa no organismo quando este se encontra em situação que requeira dele uma reação mais forte que aquela que corresponde à sua atividade orgânica normal. O autor descreveu a Síndrome de Adaptação geral (SAG), que corresponde ao stress biológico, apresentando-se em três estágios. O primeiro estágio denominado de Reação de Alarme, é quando há liberação de várias substâncias como a adrenalina, o hormônio aldosterona, corticóides como o cortisol e hidrocortisona, entre outros, evidenciando significativa alteração no organismo. A segunda fase, denominada de Fase da Resistência, ocorre quando a ação do estressor permanece por um longo período, esgotando a energia de adaptação do organismo. Neste estágio o organismo pode ser atingido tanto no plano psicológico ou emocional, quanto no plano biológico ou físico. Cada indivíduo poderá desenvolver determinados sintomas ou doenças de acordo com seus recursos psicológicos para lidar com a situação ou, também, de acordo com sua constituição e herança genética.

O estresse é parte do sistema biopsicossocial adaptativo. Na interação do ser humano e dos animais com o meio são requeridas respostas psicológicas e comportamentais para fazer frente aos constantes desafios que lhes são impostos (Ursin & Olf, 1993). O

termo estresse foi definido, do ponto de vista fisiológico, por Selye (1965) na década de 30 e trouxe como grande contribuição a descrição de uma resposta não-específica a qualquer demanda que se imponha ao corpo. Esta resposta pode influenciar a recuperação de doenças, reduzir a resistência a elas ou até produzi-la. (Ursin & Olf, 1993).

Lipp, Souza, Romano e Covolan (1991, p. 20) caracterizam o estresse como "um conjunto de reações que temos quando algo acontece que nos amedronta, nos irrita, excita ou nos faça extremamente felizes". Pode-se considerar que qualquer situação, boa ou ruim, que leva a uma quebra da homeostase do ser humano e possibilita uma adaptação, gera estresse, mas que só será prejudicial se houver uma predisposição do indivíduo para tanto.

Assim sendo, a resposta ao estresse é o resultado da interação entre características da pessoa e as demandas do meio em que vive, e está relacionada aos aspectos cognitivos, comportamentais e fisiológicos. Em que pese que diferentes situações estressoras ocorram ao longo dos anos, ressalta-se que as respostas variam entre os indivíduos e nas formas de manifestação, podendo até ocasionar algumas patologias como, por exemplo, depressão, ansiedade, dentre outras (Margis, Picon, Cosner & Silveira, 2003).

Para Lipp, Souza, Romano, Covolan (1991), o estresse infantil é semelhante ao do adulto; a criança quando se vê diante de um estressor reage com sensações físicas e psicológicas, sendo que as conseqüências do estresse excessivo ou prolongado podem levar a problemas graves de saúde. Os distúrbios psicológicos mais comuns são: depressão, enurese, dificuldades de relacionamento, comportamento agressivo, desobediência inusitada, ansiedade, choro excessivo, gagueira, dificuldades escolares, pesadelos, irritabilidade e insônia.

O processo de stress passa por três fases: alerta, resistência e exaustão. A fase de alerta se caracteriza por reações do sistema nervoso simpático, quando o organismo percebe o estressor (o evento). A resistência apresenta-se quando esse estressor permanece presente por períodos prolongados ou se é de grande dimensão. Na fase de exaustão, o stress ultrapassou a possibilidade do indivíduo conviver com ele e está associado a diversos problemas como úlceras, gengivites, psoríase, hipertensão arterial, depressão, ansiedade, problemas sexuais, dentre outros. Cada fase envolve uma sintomatologia diferenciada que é acompanhada de mudanças hormonais correspondentes (Selye, 1956).

Os distúrbios físicos, são: asma, dores de barriga, dores de cabeça, doenças dermatológicas entre outras. O estresse infantil pode ser causado por excesso de atividades e também por vários fatores como: separação dos pais, morte de alguém na família, nascimento de irmão, hospitalizações e mudança de escola ou residência (Lipp & Novaes, 1998), maturidade e independência precoce, permissividade sexual excessiva (Vilella, 1996), exposição a pessoas desconhecidas, mudança na rotina, impedimento físico para o alcance de algum objetivo, assim como também pelo contato com membros da família que estejam sob estresse (raiva interpessoal, ausência de suporte social) e ainda quando a criança não recebe cuidados adequados diariamente (Karraker & Lake, 1991).

Embora a maioria dos estudos na área se preocupe mais com o stress na população de adultos, alguns trabalhos têm sido realizados enfocando o stress infantil (Anthony & Cohler, 1992; Lipp, 2000; Mulatu, 1995; Tricoli, 1997; Vilella, 1996). Por exemplo, Mulatu (1995) em um estudo com crianças de 6 a 11 anos da Etiópia, pesquisou 317 meninas e 294 meninos, para verificar a prevalência de fatores psicopatológicos nessas crianças, gerada pela situação de carência vivida pelo país. O estudo revelou que, em ambas as amostras, existiam problemas como: agressividade, incomunicabilidade, ansiedade, depressão, hiperatividade, imaturidade e delinqüência. A presença dos sintomas de stress foi verificada em 21,45% dos meninos e 25,17% das meninas. A maior prevalência do stress em meninas, encontrada por Mulatu (1995) aponta para uma realidade que merece ser aprofundada.

Neves (1993), em um trabalho que objetivou estudar o fracasso escolar e a busca de soluções alternativas para compreendê-lo, referiu que existe uma forte relação entre o vínculo emocional e o

que o sujeito aprende. Desta forma, todas as propostas estudadas pela autora verificaram a necessidade de se reestruturar os vínculos afetivos, muitas vezes negativos, em relação às aprendizagens escolares.

3. A HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL

No que se refere à hospitalização, Mendéz, Ortigosa, e Pedroche (1996) classificam-na a partir de aspectos como: ambiente físico incomum, rotina hospitalar, ruptura das atividades cotidianas, ausência dos familiares, parentes e amigos, procedimentos médico invasivos, entre outros. Estes, por sua vez, podem ser potencializados pela gravidade da doença e agressividade do tratamento, como é o caso do câncer, podendo desencadear na criança reações de *estresse*, como o retraimento, a apatia, o choro, a irritabilidade, entre outras (Lipp, 1991).

A hospitalização caracteriza-se como um período de enorme *estresse* físico e emocional, tanto para a criança quanto para os seus familiares, quando há reorganização de papéis e neste caso, a literatura destaca a mãe como representante principal da família, com a função de cuidadora da saúde de seus integrantes. Para Bezerra e Fraga (1996) a mesma torna-se alvo privilegiado dos problemas que o processo de internação suscita na instituição hospitalar, despertando os mais variados sentimentos, tais como impotência e angústia decorrente do quadro clínico e que afetam também, diretamente às relações familiares.

A hospitalização é um dos eventos que mais podem causar desconforto para o ser humano. No caso de crianças, a internação parece ser momento de desafios e de enfrentamento para a ela e sua família, pois se afastam de seu meio habitual, e "geralmente, passam por muitas situações ameaçadoras, desconhecidas, invasivas ou dolorosas" (Castelli; Lacerda & Carvalho, 1998).

Paralelamente, a interrupção das rotinas cotidianas e do ambiente familiar, a presença de equipamento estranho e ameaçador, a necessidade de administrar tratamentos ou meios de diagnóstico assustadores e dolorosos, a necessidade de contatar com muitas pessoas entre o pessoal técnico e auxiliar, e a impossibilidade de manter o controle sobre os acontecimentos, são condições que dificilmente podem ser completamente eliminadas. A criança não fica alheia à percepção da gravidade da situação, diretamente, ou através das reações dos pais e do próprio pessoal hospitalar, nem à necessidade de se confrontar com processos físicos estranhos, difíceis de compreender, dolorosos, e potencialmente limitadores da atividade habitual.

Destaca-se que, na prática, quando o paciente internado é uma criança, as perdas e os fatores de *estresse* afetam, mais diretamente, seus familiares. Considerando-se que na cultura ocidental, a criança é percebida como um indivíduo ingênuo, frágil, rico em possibilidades e longevidade, na internação infantil frequentemente se observa relatos verbais dos adultos indicando sentimentos de raiva, piedade e não aceitação da situação. Estes, por sua vez, podem afetar o estado emocional da criança e seu repertório de comportamentos diante da doença e do tratamento, especialmente quando o adulto é a mãe, o pai ou pessoa de referência pessoal da criança (Costa Junior, 2004).

Pesquisas em psicologia pediátrica têm apontado o comportamento dos pais como principal modelo condicionador do comportamento da criança, especialmente quando se espera colaboração da criança para a execução de exames e procedimentos terapêuticos (Blount, Piira, Cohen & Cheng, 2006; Crawford, 2002). Vários estudos demonstram que os comportamentos dos pais influenciam intensamente as reações emocionais da criança e sua percepção da experiência de hospitalização (Barros, 1999).

Conforme observou Costa Junior (2004), comportamentos de pais e acompanhantes, caracterizados como de baixa tolerância e concorrentes com os eventos do tratamento, podem configurar uma condição de ansiedade, generalizando-se para a criança e dificultando, ou mesmo impedindo, a atuação dos profissionais de saúde.

4. OBJETIVO

Compreender como o *estresse* pode interferir na aprendizagem da escrita da criança hospitalizada.

5. MÉTODO

5.1. Participantes

Participaram do presente estudo 15 crianças e adolescentes com idades entre 6 e 14 anos que encontravam-se hospitalizadas por ocasião da pesquisa. O critério de inclusão foi ter sido hospitalizada mais de uma vez no último ano pelo tempo mínimo de 4 dias ou estar hospitalizada pelo tempo mínimo de 40 dias. Além de ausência de problemas psicológicos e/ou neurológicos diagnosticados tratados.

Foram selecionados 9 meninos e 6 meninas para participar da pesquisa os únicos que estavam internados por ocasião da coleta de dados e que atendiam o critério de inclusão por idade.

Em relação à faixa etária, participaram duas crianças com seis anos, uma com sete anos, uma com oito anos de idade, uma com nove anos, cinco crianças com dez anos, quatro com 11 anos e uma com doze anos. Podemos observar que 60% dos participantes apresentavam idades entre 10 e 11 anos por ocasião da pesquisa.

Dentre os participantes da pesquisa, 60% estudavam nas quartas, quintas e sextas séries do Ensino Fundamental.

Instrumentos e critérios de avaliação

Foram utilizados neste estudo: (a) um questionário de identificação, no qual os participantes informarão os seguintes dados: nome, idade, sexo, série e instituição de ensino à qual pertenciam; (b) a Escala de Avaliação de Dificuldades na Aprendizagem da Escrita (ADAPE) (Sisto, 2001) aplicado para identificar as dificuldades dos participantes em escrita e (c) Escala de Stress Infantil (ESI) (Lipp & Lucarelli, 1998) que verifica a existência ou não de *estresse* em crianças entre 06 (seis) e 14 (quatorze) anos.

(b) Escala de Avaliação de Dificuldades na Aprendizagem da Escrita (ADAPE) (Sisto, 2001): É composto por 114 palavras, 60 delas apresentando algum tipo de dificuldade classificada como encontro consonantal (tarde, campo bastante, quando, contaram, festinha, Vanda, aniversário, Amparo, brincadeiras, engraçadas, esparadrapo, jogando, mercúrio, companheiros, Márcio, brincar, crianças, gostam, perto, Jumbo, correndo, gente, Valter, estava, certo, voltar, divertido, pensando, quente, vontade), dígrafo, (quando, lhe, festinha, chácara, chegou, machucou, joelho, achou, necessário, passar, burrico, companheiros, Cássio, cachorro, vizinho, chegaram, correndo, quente, velhos, tenho), sílaba composta (alegre, sobre, brincadeiras, esparadrapo, crianças, brincar, outros, engraçadas, atrás) e sílaba complexa, (José, sobre, engraçadas, necessário, seus, Márcio, Adão, crianças, não, sai, gente, difícil, certo, casa, pensando, verão, visitar, aniversário). Além disso a escala avalia também o uso correto de parágrafos, uso correto da letra maiúscula e acentuação.

Para a correção dos ditados, cada palavra foi considerada uma unidade e qualquer erro ortográfico ou ausência de palavra foi considerada erro, assim como acentos e letras maiúsculas e minúsculas indevidas, sendo a soma dos erros a pontuação de cada participante. Foi atribuído um ponto para cada erro e zero para acerto, sendo a pontuação máxima possível 114.

Os participantes foram categorizados segundo o critério ADAPE. A escala do instrumento é a seguinte, entre 7 e 9 anos: sem indícios de dificuldade de aprendizagem (DA) pertencentes a categoria zero, até 20 erros; dificuldade de aprendizagem leve, (categoria 2 - DA leve), de 50 - 79 erros; e dificuldade de aprendizagem média, (categoria 3 - DA média), 80 ou mais erros.

A escala para 10 a 12 anos é a seguinte: sem indícios de dificuldade de aprendizagem até 10 erros (categoria 1A); dificuldade de aprendizagem leve (categoria 1B - DA leve), de 11 - 19 erros; dificuldade de aprendizagem média (categoria 3 - DA média), 20-49 erros e dificuldade de aprendizagem acentuada (categoria 4 - DA acentuada), 50 ou mais erros.

(c) Escala de Stress Infantil (ESI), (Lipp & Lucarelli, 1998): composta de 35 itens relacionados às reações do *estresse*: físicas, psicológicas, psicológicas com componentes depressivos, e psicofisiológicas. Tem como objetivo verificar a existência ou não de *estresse* em crianças entre 06 (seis) e 14 (quatorze) anos, e possibilita ainda que se determine o tipo de reação mais freqüente na criança.

Os itens estão apresentados aleatoriamente e tem como divisão, seguindo as reações do *estresse*, a seguinte ordem: reações fisi-

cas (itens 2; 6; 12; 15; 17; 19; 21; 24 e 34); reações psicológicas (itens 4; 5; 7; 8; 10; 11; 26; 30 e 31); reações psicológicas com componentes depressivos (itens 13; 14; 20; 22; 25; 28; 29; 32 e 35); e reações psicofisiológicas (itens 1; 3; 9; 16; 18; 23; 27 e 33). A resposta ao item é feita através de uma escala do tipo likert, com cinco pontos e é registrada em quartos de círculos, conforme a frequência com que os sujeitos experimentam os sintomas apontados pelos itens. Essa escala se apresenta da seguinte forma: *nunca sente* - quando não marcar nenhum quadrante, *sente raramente* - quando marcar um quadrante, *sente às vezes* - quando marcar dois quadrantes, *sente frequentemente* - quando marcar três quadrantes e *sente sempre* - quando marcar todos os quatro quadrantes.

5.3. Procedimentos

O projeto foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Atendendo à Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, foi emitida carta informando aos responsáveis dos participantes o tema e o objetivo do estudo, assegurando que as informações seriam tratadas anônima e sigilosamente e serviriam apenas para fins técnico-científicos. Os responsáveis dos participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido. Foi igualmente solicitada autorização do responsável legal do hospital onde foram coletados os dados para a realização da pesquisa.

Os instrumentos foram aplicados individualmente no hospital, em horário combinado com antecedência, pelo pesquisador responsável. Os participantes receberam informações referentes aos seguintes instrumentos:

(a) questionário de identificação: foram solicitados a preencher os campos indicados;

(b) Escala de Avaliação de Dificuldades na Aprendizagem da Escrita (ADAPE) (Sisto, 2001): O meio utilizado foi o ditado, como uma forma objetiva de avaliar a dificuldade de aprendizagem em linguagem escrita. Na aplicação foi explicado que seria efetuado ditado de um texto, as palavras lidas uma a uma e não repetidas, além de os participantes da pesquisa serem orientados a escrever todas as palavras. Foi entregue uma folha em branco para que cada participante escrevesse as palavras ditadas.

(c) Escala de Stress Infantil (ESI), (Lipp & Lucarelli, 1998): Foi explicado aos participantes que responderiam a algumas questões relacionadas à própria vida. Foi solicitado que usassem lápis de cor, na preferência de cada um, para pintar os quadrantes.

Para garantir a compreensão e a padronização, as instruções foram lidas: "Você encontrará nas questões abaixo algumas coisas que as crianças podem ter ou sentir. Você deverá mostrar o quanto acontece com você o que está escrito em cada questão, pintando os desenhos desta forma."

- Se nunca acontecer, deixe em branco
- Se acontecer um pouco, pinte uma parte
- Se acontecer às vezes, pinte duas partes
- Se acontecer quase sempre, pinte três partes
- Se sempre acontecer, pinte todas as partes

Após lida as instruções e respondidas as dúvidas, foi dado início ao preenchimento das questões.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1. ESCALA DE AVALIAÇÃO DE DIFICULDADES NA APRENDIZAGEM DA ESCRITA (ADAPE) (SISTO, 2001)

Das 15 (quinze) crianças que participaram da pesquisa, todas responderam à Escala de Estresse Infantil, porém na aplicação do ADAPE 7 (sete) crianças se recusaram a participar. Assim, a amostra contou com 8 (oito) crianças. Os resultados são apresentados a seguir:

Quadro 1.

Resultado do ADAPE

Participante	N. de Erros	Nível da DA
P1	18	DA leve
P2	41	DA média
P3	49	DA média
P4	61	DA acentuada

P5	15	DA leve
P6	22	DA média
P7	24	DA média
P8	84	DA acentuada

Percebe-se pelos resultados alcançados que todos os participantes apresentam comprometimento na aprendizagem da escrita: 2 com dificuldade de aprendizagem leve, 4 com dificuldade de aprendizagem média e 2 com dificuldade de aprendizagem acentuada.

6.2. ESCALA DE STRESS INFANTIL (ESI), (Lipp & Lucarelli, 1998): No quadro a seguir identifica-se o nível de stress de cada participante conforme resultado encontrado na aplicação da Escala de Stress Infantil.

Quadro 2.

Resultado do ESI

Participante	Pontuação	Nível de stress
P1	48	Fase de alerta
P2	64	Fase de resistência
P3	71	Fase de resistência
P4	78	Fase de resistência
P5	46	Fase de alerta
P6	61	Fase de resistência
P7	60	Fase de resistência
P8	71	Fase de resistência

Pelos dados apresentados verifica-se que 6 dos 8 participantes, 75 %, apresentam nível de stress caracterizado pela fase de resistência. A fase da resistência instala-se com a presença de um excesso de fontes de stress na vida da criança, que a estão levando a utilizar muita energia para seu enfrentamento. O organismo entra nessa fase quando o estressor permanece atuante por muito tempo. As reações da fase anterior sofrem uma regressão, mas na tentativa do organismo para manter a homeostase, ocorre uma hiperatividade cortiço-supra-renal e, conseqüentemente, um dispêndio de energia, a qual seria necessária para outras funções. O organismo não tem chance de se recuperar e entra em estado de alerta que, se mantido por muito tempo, leva o organismo à exaustão (Lipp & Lucarelli, 1998).

Esta fase, a intermediária no processo do stress, se caracteriza pelo cansaço físico e mental, dificuldades com a memória e uma maior vulnerabilidade a que doenças geneticamente programadas ou infecciosas ocorram devido à baixa no funcionamento do sistema imunológico. A produtividade pode também ser reduzida devido aos sintomas que aparecem. Se o organismo não consegue reverter o processo, a pessoa entra na fase de exaustão quando ela fica quase que impossibilitada de exercer suas funções.

Encontrou-se na amostra geral a predominância de sintomas psicológicos, sendo que 55,70% dos avaliados apresentavam este tipo de sintomatologia em maior grau. Os que tinham mais sintomas físicos se constituíam em 32,40% e 11,90% da amostra possuíam a presença de ambos com igual frequência. Pode-se observar a prevalência dos sintomas segundo o ISS de Lipp no quadro a seguir:

Quadro 3

Prevalência de sintomas

Sintomas	Percentual
Insônia	35%
Irritação	43%
Cansaço	17%
Tristeza	23%
Esquecimento	11%

O sintoma mais mencionado pelos participantes foi a alteração do ritmo de sono (insônia), seguido de irritabilidade excessiva, sen-

sação de cansaço constante, sintomas de depressão e problemas de memória.

Os sintomas que menos se apresentaram foram alteração do apetite, apatia e dores sem etiologia orgânica.

Sabe-se que o *stress* excessivo interfere com o raciocínio lógico, a memória e a habilidade de decisão (Lipp & Malagris, 1995). Considerando-se as habilidades necessárias para a aprendizagem da escrita, percebe-se que as sintomatologias apontadas como as mais frequentes pelas crianças pesquisadas interferem negativamente nesse processo, trazendo comprometimento para uma aprendizagem básica.

6.3. RELAÇÃO ENTRE RESULTADO DO ADAPE E ESI

No quadro a seguir relacionam-se os resultados do ADAPE e ESI de cada participante.

Quadro 4.

Relação entre Resultado do ADAPE e ESI

Participante	Nível da DA	Nível de stress
P1	DA leve	Fase de alerta
P2	DA média	Fase de resistência
P3	DA média	Fase de resistência
P4	DA acentuada	Fase de resistência
P5	DA leve	Fase de alerta
P6	DA média	Fase de resistência
P7	DA média	Fase de resistência
P8	DA acentuada	Fase de resistência

Percebe-se uma co-relação entre nível de stress e nível da dificuldade de aprendizagem da escrita: o maior nível de stress corresponde a um maior nível de dificuldade de aprendizagem da escrita. Lipp (1996) afirma que é necessário distinguir entre estressores externos e internos: os estressores externos caracterizam eventos ou condições externas ao organismo, que o afetam, independente da vontade da pessoa. Neste estudo podemos identificar como estressor externo a hospitalização da criança.

A hospitalização caracteriza-se como um período de enorme *stress* físico e emocional, despertando os mais variados sentimentos, tais como impotência e angústia decorrente do quadro clínico. Paralelamente, a interrupção das rotinas cotidianas e do ambiente familiar, a presença de equipamento estranho e ameaçador, a necessidade de administrar tratamentos ou meios de diagnóstico assustadores e dolorosos, a necessidade de contatar com muitas pessoas entre o pessoal técnico e auxiliar, e a impossibilidade de manter o controle sobre os acontecimentos, são condições que dificilmente podem ser completamente eliminadas. A criança não fica alheia à percepção da gravidade da situação, diretamente, ou através das reações dos pais e do próprio pessoal hospitalar, nem à necessidade de se confrontar com processo físicos estranhos, difíceis de compreender, dolorosos, e potencialmente limitadores da atividade habitual.

Diante desse quadro, a aprendizagem da escrita torna-se tarefa quase impossível de ser realizada, seja pelas características da hospitalização, seja pela impossibilidade de frequentar normalmente a escola.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho revelou que as crianças avaliadas apresentavam comprometimento na aprendizagem da escrita. A porcentagem dessas crianças com sintomas significativos de *stress* foi alta (75%). Os sintomas de *stress* mais encontrados foram a alteração do ritmo de sono (insônia), seguido de irritabilidade excessiva, sensação de cansaço constante, sintomas de depressão e problemas de memória. Encontrou-se, na amostra geral, a predominância de sintomas psicológicos, sendo que 55,70% dos avaliados apresentavam este tipo de sintomatologia em maior grau. Os que tinham mais sintomas físicos se constituíram em 32,40% e 11,90% da amostra possuíam a presença de ambos com igual frequência.

Percebeu-se uma co-relação entre nível de stress e nível da dificuldade de aprendizagem da escrita: o maior nível de stress cor-

responde a um maior nível de dificuldade de aprendizagem da escrita. Neste estudo pudemos identificar como estressor externo de maior impacto a hospitalização da criança.

Os teóricos que trabalham com o *stress* infantil referem que ele se torna um fator de risco para a saúde mental na vida adulta e na adolescência (Garmezy, 1996; Nettles & Pleck, 1993). Considerando esta afirmação, é preciso que haja trabalhos preventivos com a população estudada, já que 75% dela apresentou *stress*.

Uma outra constatação dos teóricos é que crianças com *stress* têm maior propensão de desenvolver psicopatologias infantis (Compas & Phares, 1991). Dessa forma, as crianças estudadas podem estar apresentando importantes problemas emocionais, como: ansiedade, depressão, crises neuróticas, que podem estar interferindo e contribuindo para as suas dificuldades de aprendizagem.

Os autores que estudam a aprendizagem infantil referem que existe uma forte relação entre o que a criança aprende e os fatores emocionais (Neves, 1993; Patto, 1990). Essa afirmação é observada no estudo, pois os dados mostraram que quanto pior o desempenho da aprendizagem da escrita, maior é o nível de *stress* da criança.

Analisando-se alguns limites em relação aos aspectos metodológicos deste estudo, pode-se considerar que a faixa etária estudada foi ampla. Por tratar-se de um estudo desenvolvido no contexto natural de aplicação, sem qualquer interferência na seleção de crianças, não foi possível restringir a faixa etária. Por outro lado, ao serem priorizados os critérios ausência de problemas psicológicos e/ou neurológicos diagnosticados e/ou tratados e tempo de hospitalização, de certo modo procurou-se garantir certos padrões normativos com relação às crianças da amostra. Com a observação desses critérios, considera-se que foi possível controlar a presença de indicadores de ansiedade que poderiam ter relação com outros fatores que não a situação de hospitalização. Nesse contexto, fazem-se necessários novos estudos que acompanhem o processo de hospitalização ao longo das suas diferentes etapas, com mais recursos de observação do processo e das interações.

A análise dos resultados obtidos neste estudo chama a atenção para a necessidade de planejar modelos de intervenção que favoreçam o processo de hospitalização de crianças com mais indicadores de estresse de modo a favorecer-lhes um melhor enfrentamento dessa situação.

REFERÊNCIAS

- ANTONIAZZI, A.S., DELL'AGLIO, D.D., & BANDEIRA, D.R. O Conceito de Coping: Uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 1998, 3 (2), 273-294.
- BARROS, L. *Psicologia pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi, 1999. (livro X)
- BRANDÃO (Org.), *Sobre comportamento e cognição* (pp. 139-151). Santo André, SP: Esetec. (x), 2004
- BRASIL, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996. (X)
- BLOUNT, R. L., PIIRA, T., COHEN, L. L., & CHENG, P. S. Pediatric procedural pain. *Behavior Modification*, 30, 24-49, 2006. (X)
- CASTELLI, M.; LACERDA, D. P. D.; CARVALHO, M. H. R. *Enfermagem no CTIP. A criança, a família e a enfermeira enfrentando situações difíceis*. São Paulo: Roca, 1998.
- COMPAS, B. & PHARES, V. Stress during childhood and adolescence: source of risk and vulnerability. In: CUMMINGS, E. M.; GREENE, A. L.; KARRAKER, K. *Life-Span developmental psychology: perspectives on stress and coping*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 1991.
- COSTA, J. P. T. Recursos a serem usados no diagnóstico e intervenção psicopedagógica. *Psicopedagogia on line*, 2000.
- COSTA JUNIOR, A. L. A intervenção psicológica no contexto de procedimentos médicos invasivos em oncologia pediátrica: discussão metodológica. In M. Z. S. CRAWFORD, D. A. *Keep the focus on the family*. *Journal of Child Health Care*, 6, 133-146, 2002.
- GARMEZY, N. Reflections and commentary on risk, resilience and development. In: HAGGERTY, R. J.; SHERROD, L. R.; GARMEZY, N.; RUTTER, M. *Stress, risk and resilience in children and adolescents: processes, mechanisms and interventions*. Cambridge University Press, New York, 1996.

- KARRAKER, K. H. & LAKE, C. Normative stress and coping processes in infancy. In: CUMMINGS, E. M.; GREENE, A. L.; KARRAKER, K. Life-Span developmental psychology: perspectives on stress and coping. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 1991.
- LIPP, M. E. N. & LUCARELLI, M. D. M. Escala de stress infantil: ESI - Manual. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.
- LIPP, M. N. & NOVAES, L. E. O stress. São Paulo: Ed. Contexto. (LIVRO X), 1998.
- LIPP, M. N.; SOUZA, P. A. E.; ROMANO, F. S. A.; COVOLAN, M. A. Como enfrentar o stress infantil. São Paulo: Ed. Icone. (LIVRO X), 1991.
- LIPP, M. E. N. (Org). Crianças estressadas: causas, sintomas e soluções. Campinas-SP: Papirus, 2000a.
- LIPP, M. E. N. O tratamento do stress infantil. In: SILVARES, E.F.M. (Org.). Estudos de casos: psicologia clínica comportamental infantil. Campinas, SP: Papirus, 2000b. Cap. 10, v. 01, p. 263-288 (X)
- LIPP, M. E. N. & MALAGRIS, L. E. N. O manejo do stress. Em B. Range (Org.), Psicoterapia comportamental e cognitiva: Pesquisa, prática, aplicações e problemas. (pp. 279-292). Campinas: Editorial Psy II, 1995.
- MALUF, M. Irene. FERRETTI, R. Vera. FAGALI Q. Eloísa. SZPICZHOWSKI, Ana. CURY, Fernanda. Psicopedagogia hospitalar: por que e para quem? Pepsico. 2009
- MARGIS, R., PICON, P., COSNER, A.F. & SILVEIRA, R.O. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul. 2003, 25, 10-19.
- MELLO, R. Daniella. Psicopedagogia hospitalar - o vínculo afetivo da criança hospitalizada com a aprendizagem.(falta o ano)
- MÉNDEZ, F.X., ORTIGOSA, J.M., & PEDROCHE, S. Preparación a la hospitalización infantil (I): Afrontamiento del estrés. Psicología Conductual, 1996, 4 (2), 193-209.
- NETTLES, S. M. & PLECK, J. H. Risk, resilience and development: the multiple ecologies of black adolescents in the United States. In: HAGGERTY, R. J.; SHERROD, L. R.; GARMEZY, N.; RUTTER, M. Stress, risk and resilience in children and adolescents: processes, mechanisms and interventions. New York: Cambridge University Press, 1993.
- NEVES, M. A. M. O fracasso escolar e a busca de soluções alternativas - a experiência do NOAP. Petrópolis/RJ: Vozes, 1993.
- PATTO, M. H. S. A produção do fracasso escolar. São Paulo: Ed. Quercus, 1990.
- SAMPAIO, S. Breve histórico da psicopedagogia. 1º fórum internacional de psicopedagogia de Sergipe. 2004. disponível em: http://www.psicopedagogia.brasil.com.br/breve_historico.htm
- URSIN, H. & OLFF, M. The stress response. In: STANFORD, S. & CLARE-SALMON, P. Stress: from synapse to syndrome. San Diego: Academic Press, 1993.
- VALLADARES. A. C. Ana. Arte terapia com crianças hospitalizadas. Tese de Mestrado. 2003
- VASCONCELLOS. F. M. Sandra. A Psicopedagogia hospitalar para crianças e adolescentes. Semana da Psicopedagogia da Universidade Estadual do Ceará. 2000
- VILLELA, M. V. Sintomas e Fontes de Stress em escolares de primeira a quarta séries. In: LIPP, M. (org.). Pesquisas sobre stress no Brasil. Campinas: Papirus, 1996.

FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO: SU INCIDENCIA EN UNA EXPERIENCIA CON ADOLESCENTES DE SAN MIGUEL DE TUCUMÁN

Soria De Muzzio, María Cristina
Universidad Nacional de Tucumán. Argentina

RESUMEN

En el marco del Proyecto de Investigación evaluado y financiado por el CIUNT "Factores Protectores y de riesgo en las adolescentes de Tucumán" se analiza algunos resultados registrados a partir de una entrevista administrada a 50 adolescentes que concurren a dar a luz al instituto de "Maternidad de Nuestra Señora de las Mercedes". Este análisis sólo evalúa los resultados sobre la vivienda, situación económica, educación y calidad de comunicación de la adolescente con sus padres. La conclusión reconoce predominio de factores de riesgo ya que un 50% tienen viviendas sin descarga en el baño, con nivel socioeconómico bajo, el 70% de las encuestadas no cuentan con Obra Social, el 44% no completó el primario y presenta problemas en la comunicación con los padres. [online advertising Dudley](#)

Palabras clave

Factores Protectores Riesgo Adolescencia

ABSTRACT

PROTECTIVE AND RISK FACTORS: THEIR INCIDENCE IN AN EXPERIENCE WITH ADOLESCENTS FROM TUCUMAN
Within the framework of the Research Project evaluated and economically supported by (C.I.U.N.T) "Protective and Risk Factors in Female Adolescents in Tucuman", this paper deals with some results registered from an interview to 50 female adolescents who attended the Institute of Maternity Nuestra Señora de las Mercedes to give birth. This analysis evaluates only the data obtained from the interviews related to housing, economic situation, education and quality of communication between the girls and their parents. The conclusion acknowledges the predominance of risk factors since 50% of the girls own houses with no toilet discharge systems and belong to low socioeconomic status groups, 70 % do not have health care insurance, 44 % did not finish their Primary Studies and show problems in communicating with their parents and partners. [online advertising Dudley](#)

Key words

Protective Risk In Adolescence

En el marco del Proyecto de investigación evaluado y financiado por el CIUNT "Factores protectores y de riesgo en las adolescentes de Tucumán" cuyos objetivos se centran en investigar cómo operan tales factores en dos grupos seleccionados a fin de establecer una comparación entre 1) adolescentes que se embarazaron y tuvieron un hijo en el Instituto de Maternidad de San M. de Tucumán. 2) las que no se embarazaron y continuaron estudiando. El presente trabajo se propone realizar un análisis a partir de los factores protectores y de riesgo del primer grupo estudiado, en base a los resultados obtenidos a través de una entrevista al azar aplicada a un total de 50 casos de adolescentes de hasta 19 años de edad en el Instituto de "Maternidad Nuestra Señora de las Mercedes" de San M. de Tucumán. El instrumento utilizado exploró los caracteres habitacionales, laborales del principal sostén del hogar (persona que sostiene económicamente a la familia PSH), cobertura en salud, constitución familiar, adulto que asumió el control y comunicación con la institución escuela, redes de comunicación familiar y expresión afectiva.