

# Intervenção psicológica breve, estruturada e lúdica para melhorar o coping infantil durante a hospitalização

## Brief, Structured and Playful Psychological Intervention to Improve Children's Coping During Hospitalization

Schwanny Roberta Costa Rambalducci Mofati Vicente (orcid.org/0000-0002-9121-2679)<sup>1</sup>

Fabiana Pinheiro Ramos (orcid.org/0000-0002-2233-0305)<sup>2</sup>

Kely Maria de Sousa Pereira (orcid.org/0000-0001-9095-6556)<sup>3</sup>

---

### Resumo

O estudo apresenta os efeitos de uma intervenção psicológica para melhorar o enfrentamento da hospitalização em crianças e adolescentes. Sessenta participantes com idade entre 7 e 12 anos, e seus responsáveis, foram distribuídos em dois grupos (G1 e G2). Os cuidadores responderam ao Protocolo de Identificação e as crianças à Escala de Stress Infantil e de Avaliação das Estratégias de Enfrentamento da Hospitalização. Em seguida, o G2 foi submetido a uma intervenção breve, estruturada e lúdica, denominada “Relógio do Enfrentamento”. Após 48 horas, os mesmos instrumentos do pré-teste foram reaplicados. Os resultados indicaram redução dos níveis de sintomas de estresse e aumento do uso de comportamentos adaptativos no pós-teste do G2, além de fornecer indicadores sobre a viabilidade de aplicação da proposta.

**Palavras-chave:** Enfrentamento. Hospitalização. Criança.

### Abstract

This study tested the effects of a brief, structured and playful psychological intervention to improve coping strategies for hospitalization. A total of 60 children aged 7 to 12 years and their caregivers were divided into two groups (G1 and G2). The caregivers completed the Identification Protocol and the children answered the Child Stress Scale and the Evaluation of Strategies for Coping with Hospitalization. G2 then underwent the intervention. After 48 hours, the children completed the same pre-test instruments again. The results indicated a reduction in stress symptoms and an increase in the use of adaptive behaviors in G2 post-test, in addition to providing indicators of the viability of this proposal.

**Keywords:** Coping. Hospitalization. Child.

---

A hospitalização pode se caracterizar como fator de risco ao desenvolvimento se for percebida como um evento ameaçador, se a criança não for dotada de recursos de enfrentamento (*Coping*) ou se nada lhe for oferecido para se adaptar às situações inerentes a esse contexto (Bastos, Dias, & Enumo, 2018; Hostert, Enumo, & Loss, 2014; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2016). No Brasil, há um alto índice de internações hospitalares pediátricas, com uma média de 17 mil internações por mês de crianças com idade entre 5 e 14 anos, somente na região Sudeste (Ministério da Saúde, 2019), o que justifica a necessidade de estudos que proponham intervenções que minimizem o impacto da hospitalização no desenvolvimento infantil e promovam o enfrentamento do estresse decorrente dessa situação.

---

<sup>1</sup> Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, Brasil. E-mail: schwanny.vicente@gmail.com

<sup>2</sup> Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, Brasil. E-mail: fabiana.ramos@ufes.br

<sup>3</sup> Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, Brasil. E-mail: kely.m.pereira@ufes.br

O sucesso de um processo de adaptação diante de uma situação estressante, como costuma ser a hospitalização, inclui a forma como cada pessoa maneja suas emoções, pensamentos e comportamentos, além da maneira como age sobre o ambiente para alterar as situações de estresse (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen, & Wadsworth, 2001). Quando se trata de crianças, além de seus próprios recursos, destaca-se o papel dos cuidadores, importantes mediadores no enfrentamento do estresse infantil, tendo em vista sua atuação como corretores (Crandell, Sandelowski, Leeman, Havill, & Knafel, 2018; Sameroff, 2010).

O enfrentamento é definido como uma forma de regulação do estresse e envolve a habilidade do indivíduo de lidar com situações que ameaçam, desafiam ou excedem suas necessidades psicológicas básicas de relacionamento, competência e autonomia (Skinner & Wellborn, 1994). Assim, o enfrentamento remete a tudo que o indivíduo faz para lidar com a situação desafiadora ou de ameaça, independentemente se o desfecho é positivo ou não (Van Damme, Crombez, & Eccleston, 2008).

A Teoria Motivacional do *Coping* – TMC (*Motivational Theory of Coping*), desenvolvida por Skinner e Wellborn (1994), compreende o enfrentamento como ação regulatória, ou seja, “o modo como as pessoas regulam seu comportamento, suas emoções e a sua orientação motivacional sob condições de estresse psicológico” (p. 112). Os autores propõem um modelo explicativo com níveis hierárquicos do enfrentamento: 1) na base, situam-se os comportamentos (*coping instances*) emitidos pelo indivíduo para lidar com o estresse; 2) no nível intermediário estão dispostas as estratégias de enfrentamento (*ways of coping*), agrupamento desses comportamentos em categorias de acordo com sua função; e 3) no nível mais alto se localizam as macrocategorias de *coping* (*families of coping*), categorias de alta ordem que abarcam as diferentes estratégias que apresentam função e orientação motivacional semelhantes. Ainda há outro nível de análise em relação ao desfecho do enfrentamento, que se refere às consequências do conjunto de estratégias a longo prazo (Ramos, Enumo, & Paula, 2017; Skinner & Wellborn, 1994). Tomando por base uma ampla revisão de trabalhos da literatura da época sobre *Coping*, Skinner et al. (2003) postularam 12 macrocategorias de enfrentamento, as quais, a princípio, correspondem a uma tentativa de adaptação ao estressor (ação regulatória), todavia, algumas podem não contribuir para a saúde mental e desenvolvimento do indivíduo.

Na TMC, as macrocategorias são organizadas conforme o desfecho no processo adaptivo (Skinner et al., 2003), sendo seis classificadas como *Coping* Adaptativo (autoconfiança, busca de suporte, resolução de problemas, busca de informação, acomodação e negociação), e as demais como *Coping* Mal-adaptativo (delegação, isolamento, desamparo, fuga, submissão, oposição). Cada uma dessas categorias é conceituada em termos da avaliação do estressor como desafio ou ameaça ao *self* (si mesmo) ou ao contexto, bem como à orientação motivacional, isto é, de aproximação ou afastamento do estressor (Ramos et al., 2017; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2016).

Em revisão sobre os estudos que utilizaram a TMC, Ramos *et al.* (2016) apontaram que diversas pesquisas no país têm adotado a TMC como aporte teórico, o que indica a aplicabilidade desse modelo. Os autores ressaltaram, entretanto, que ainda são necessários avanços metodológicos, incluindo a criação maior número de instrumentos padronizados de *coping*, visando aperfeiçoar a investigação sobre o enfrentamento na população brasileira, a partir desse referencial teórico, e considerando as especificidades do desenvolvimento humano para distintos estressores. Uma vez que o ambiente no qual a criança está inserida, e as relações estabelecidas nesse contexto, podem impactar o enfrentamento diante de adversidades, estudos foram realizados no país com o intuito de avaliar o enfrentamento infantil durante a hospitalização, a partir dos princípios da perspectiva motivacional do *coping*. Motta (2007), por exemplo, desenvolveu um instrumento para avaliação das estratégias de enfrentamento por crianças diagnosticadas com câncer em internação.

Inicialmente, o instrumento, denominado Avaliação das Estratégias de Enfrentamento da Hospitalização (AEH), era composto por 45 pranchas com ilustrações em preto e branco, divididas em dois conjuntos de perguntas. A avaliação das respostas era feita por meio da análise de conteúdo, tomando por base as categorias de *coping* mais citadas por estudos internacionais, a partir da revisão de literatura realizada por Skinner *et al.* (2003). O AEH foi utilizado em estudos com amostras diversas (Caprini & Motta, 2017; Carnier, Padovani, Perosa, & Rodrigues, 2015; C. G. T. Oliveira, Enumo, & Paula, 2017; Motta *et al.*, 2015). Após estudo de validação, o instrumento, com boas propriedades psicométricas, apresenta-se em formato de escala, denominada COPE-H (Garioli, 2016; Garioli, Machado, Motta, & Enumo, 2016), incluindo também uma versão digitalizada (Garioli *et al.*, 2016), utilizada em estudo sobre qualidade de vida e *coping* em crianças com câncer (Matos, Coutinho, Magalhães & Motta, 2023).

Na pesquisa realizada por Caprini e Motta (2017), para investigar o enfrentamento do câncer em crianças, com idades entre 6 e 12 anos, utilizando o AEH, as macrocategorias de enfrentamento mais utilizadas pelos participantes foram “acomodação” (distração, aceitação e reestruturação cognitiva) e “submissão” (ficar triste e sentir raiva). Em outro estudo realizado com crianças com câncer, de mesma faixa etária, tomar remédio, conversar, assistir à televisão, rezar e brincar, foram os comportamentos mais citados para o enfrentamento da doença, enquanto chantagear, sentir culpa, pensar em fugir e esconder-se foram os menos citados (Motta *et al.*, 2015). Em estudo utilizando o AEH, realizado com 58 crianças internadas, com idades entre 7 e 12 anos, em situação pré-cirúrgica, “distração” e “resolução de problemas” foram mais frequentes, e as menos utilizadas, “afastamento social” e “oposição” (Carnier *et al.*, 2015).

Com o intuito de reduzir o impacto negativo decorrente das experiências de hospitalização, pesquisas indicam a necessidade de intervenção rápida e de baixo custo para amenizar danos psicológicos causados pelos procedimentos inerentes ao diagnóstico e tratamento de diversas doenças (Caprini & Motta, 2017; Carnier *et al.*, 2015; Cohen *et al.*,

2008; Motta *et al.*, 2015; Silveira, Lima, & Paula, 2018). Propostas de intervenção psicológica com objetivo de melhorar o enfrentamento infantil foram desenvolvidas para amostras específicas, como doenças crônicas (C. G. T. Oliveira *et al.*, 2017; Motta, 2007; Moura, Costa, Dantas, Araújo, & Collet, 2014), realização de procedimentos agudos (N. C. A. C., Oliveira *et al.*, 2017) ou cirúrgicos (Costa *et al.*, 2014; Dib & Abrão, 2014). Algumas dessas intervenções desenvolvidas no hospital são estruturadas em vários encontros, o que não beneficia crianças com poucos dias de internação (Amaral & Enumo, 2019).

Assim, considerando que o estresse decorrente da internação pode ser fator de risco para o desenvolvimento infantil, e que intervenções podem ser úteis para auxiliar a criança nesse contexto, este estudo avaliou os efeitos de uma intervenção psicológica breve, estruturada e lúdica sobre as estratégias de enfrentamento da criança para lidar com o processo de hospitalização.

### **Método: caracterização da amostra**

Participaram da pesquisa 60 crianças internadas em um hospital público do Espírito Santo, ES, entre 7 e 12 anos, com capacidade física para participar, e sem comprometimento neurológico que limitasse o preenchimento dos instrumentos e a compreensão das atividades da intervenção. Os acompanhantes durante a hospitalização da criança, e que tinham papel de relevância em sua educação, também foram incluídos no estudo.

A amostra de crianças, sendo 33 meninos, em sua maioria, estava internada na enfermaria cirúrgica (N=29) e na ortopedia (N=20). Algumas estavam na enfermaria geral (N=9) e na infectologia (N=2). Os seguintes motivos da hospitalização foram identificados: realização de procedimento cirúrgico (N=28); tratamentos (N=21); acidentes, como atropelamento ou fratura (N=8); e investigação diagnóstica, por exemplo, febre ou dor persistentes sem identificação de causa (N=3). A maioria das famílias residia no ES (N=55), sendo 31 de cidades da Grande Vitória e 24 de regiões do interior; duas residiam em outros estados, como Bahia, e três em Minas Gerais.

### **Instrumentos**

Neste estudo foram utilizados um Protocolo de Identificação, respondido pelos cuidadores, que teve como objetivo capturar dados gerais da experiência da hospitalização, bem como variáveis sociodemográficas da criança e família; a Escala de Stress Infantil – ESI (Lipp & Lucarelli, 1998), que investiga quatro dimensões de estresse (físico, psicológico, psicológico com aspectos depressivos e psicofisiológico), composto por 35 afirmações, respondidas em escala do tipo *likert* de cinco pontos (“nunca” a “sempre”), na qual a criança assinala a intensidade do que sente.

A escala Avaliação das Estratégias de Enfrentamento da Hospitalização (COPE-H, Garioli, 2016; Garioli, Machado, Motta, & Enumo, 2016) é composta por 17 pranchas que representam comportamentos facilitadores (brincar, assistir à televisão, ouvir música, conversar, rezar, estudar, entre outros) e não facilitadores (esconder, chorar, raiva, ficar triste, entre outros) do enfrentamento em duas versões, masculina e feminina, devendo a criança responder se emite ou não o comportamento representado na imagem durante sua hospitalização, em escala do tipo *likert* (0= nunca a 4= sempre).

O Relógio de Enfrentamento, instrumento utilizado para o grupo submetido à intervenção, foi desenvolvido para este estudo. Apresenta-se como um relógio colorido de cartolina, confeccionado de forma atrativa para o público infantil, considerando critérios de iconicidade das figuras e de fácil manuseio; contém uma lista de comportamentos que podem ser escolhidas pela criança mediante a movimentação de um ponteiro. Os comportamentos se relacionam a estratégias que podem ser adotadas no enfrentamento das adversidades, com base na proposta da TMC. O Relógio é acompanhado por uma pasta, contendo um livreto com instruções de como utilizá-lo, bem como um lápis e uma borracha, que compõem o *kit* de enfrentamento. Após o período da intervenção, os participantes responderam também ao Questionário de Avaliação da Intervenção, elaborado para este estudo, com objetivo de identificar a percepção da criança acerca do material, abordando questões para análise posterior de eficácia, facilidade de utilização e identificação de aspectos a serem melhorados.

Além disso, foi utilizada a Folha de Registro Diário da Hospitalização, protocolo também criado para este estudo como forma de padronizar o registro individual de cada dia de internação da criança. Para o grupo controle, a pesquisadora verificava a percepção da criança sobre seu dia, o que havia feito, com o intuito de identificar a sua rotina no hospital (uso de instrumentos lúdicos oferecidos pela família ou profissionais, por exemplo). Já para o grupo submetido à intervenção, o registro teve como proposta identificar se a criança utilizou o *kit* do Relógio de Enfrentamento - o que, como e em que situação.

## Procedimento

A pesquisa (Vicente, 2017) foi submetida ao comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo, parecer n. 1.579.291, conforme Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Depois da aprovação, a pesquisa obteve a autorização da Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo, da direção geral e setorial do hospital.

A amostra foi dividida em dois grupos: Grupo 1 (G1), composto por crianças submetidas à rotina comum do hospital; e Grupo 2 (G2), por crianças que participaram da intervenção estruturada para promoção do *coping* adaptativo, ambos com 30 participantes. Com o intuito de obter maior controle sobre variáveis intervenientes, o primeiro período de coleta foi realizado somente com crianças do G1, com duração de 2 meses, de julho a

setembro de 2016. Em seguida, foi realizada toda a etapa de coleta com o G2, que também teve duração de 2 meses, de setembro a novembro de 2016. Essa organização das etapas garantiu que materiais específicos da intervenção não fossem compartilhados entre as crianças dos dois grupos. Sendo assim, os participantes foram selecionados de forma aleatória, conforme o período em que a hospitalização aconteceu.

A criança era convidada a participar do estudo, desde que tivesse um período mínimo de 24 horas de internação e, caso aceitasse, o responsável era também abordado e a pesquisa era iniciada com o consentimento de ambos. Na primeira etapa do estudo (D1), pré-teste, todos os instrumentos de avaliação foram aplicados (ESI, COPE-H e Protocolo de Identificação) para crianças e cuidadores de ambos os grupos, G1 e G2. No segundo dia de coleta (D2), as crianças que formaram o G2 participavam da Intervenção de Enfrentamento da Hospitalização; já para o G1, era realizada uma visita de rotina, buscando registrar quais atividades oferecidas no hospital a criança havia participado, o que havia acontecido naquele dia, e as estratégias e comportamentos emitidos, de acordo com a Folha de Registro Diário da Hospitalização. Tanto as crianças do G1 quanto do G2 tinham acesso à rotina de atividades já existentes, como classe hospitalar, visitas e brincadeiras desenvolvidas por palhaços, além de acompanhamento da equipe de Psicologia, que atuava de forma presente em todas as enfermarias do hospital.

A Intervenção de Enfrentamento da Hospitalização, com duração média de 27 minutos, consistiu na capacitação da criança para uso das estratégias contidas no Relógio de Enfrentamento e na entrega do *kit* completo para uso posterior. Com esse material em mãos, a pesquisadora apresentou o instrumento para a criança de forma lúdica, de modo que ela se interessasse em usá-lo.

Já no terceiro dia de coleta (D3), as crianças recebiam a visita da pesquisadora, que preenchia a Folha de Registro Diário da Hospitalização, para ambos os grupos. O pós-teste foi realizado no quarto dia de coleta (D4). As crianças responderam novamente à ESI, ao COPE-H e a uma avaliação sobre a frequência de uso do Relógio de Enfrentamento e do manual para o G2. A reaplicação dos instrumentos no G1 ocorreu no mesmo intervalo de tempo que a pós-intervenção do G2, ou seja, no quarto dia de coleta de dados, considerando o primeiro dia em que a criança respondeu aos instrumentos. Como o Relógio de Enfrentamento foi entregue somente às crianças do G2, o G1 recebeu um *kit* com livreto para colorir e lápis de cor, logo após o último dia de coleta.

## **Análise de dados**

O instrumento padronizado foi corrigido de acordo com sua norma e orientação dos autores (Lipp & Lucarelli, 1998). Os resultados obtidos por meio da aplicação do COPE-H foram categorizados considerando as 12 macrocategorias de *Coping* propostas por Skinner *et al.* (2003). No caso de instrumentos não padronizados, depois da categorização, os dados foram organizados em planilhas para a realização de análises de estatística descritiva e inferencial,

por meio do teste de Wilcoxon e Teste t de Student. O nível de significância adotado em todas as análises estatísticas foi de 5%, com intervalo de confiança de 95%.

## Resultados

As crianças hospitalizadas tinham em média 9,6 anos ( $DP=1,7$ ), sendo a média de idade do grupo controle de 9,7 anos ( $DP\pm 1,5$  anos) e do grupo intervenção de 9,5 anos ( $DP\pm 1,8$  anos). O tempo médio de internação do grupo controle foi de 3,7 dias ( $DP\pm 4,5$  dias) e no grupo intervenção foi de 4,2 dias ( $DP\pm 9,2$  dias).

Todas as crianças hospitalizadas estavam acompanhadas, geralmente, pela mãe ( $N=45$ ), seguido do pai ( $N=9$ ) e irmão(ã) ( $N=2$ ), tio(a) ( $N=2$ ) e avó(ô) ( $N=2$ ). Quanto ao nível de escolaridade dos cuidadores, a maioria tinha cursado ensino médio completo ( $N=22$ ), seguido de ensino fundamental incompleto ( $N=13$ ), ensino médio incompleto ( $N=9$ ), ensino fundamental completo ( $N=8$ ), ensino superior incompleto ( $N=6$ ), um era iletrado e um havia completado o ensino superior. Entre os cuidadores, grande parte tinha algum tipo de ocupação ( $N=32$ ), que não representava necessariamente um trabalho formal.

## Experiência da hospitalização

No relato de experiência da hospitalização, na percepção dos cuidadores, a maioria afirmou que estava sendo uma experiência ruim ( $N=47$ ), principalmente para as crianças do grupo intervenção ( $N=29$ ). A categoria indiferente ( $N=12$ ) foi composta por 11 crianças do grupo controle e uma do grupo intervenção. Essa categoria incluiu as crianças que não gostavam de estar no hospital, mas que, apesar de choro ou reclamação, conseguiam, em determinados momentos, se engajar em outras atividades. Um acompanhante relatou ter problemas apenas na hora dos procedimentos, visto que no restante do período a criança vivenciava a experiência com tranquilidade.

No que tange à situação mais estressante para a criança, os relatos dos cuidadores referiam os efeitos físicos da hospitalização ( $N=26$ ) para ambos os grupos ( $N=13$  cada), seguido de limitações nas atividades cotidianas ( $N=20$ ). Em relação ao que a criança fazia durante a internação, a maioria relatou a distração com dispositivos ou objetos ( $N=43$ ), incluindo televisão, celular e *tablet*. Isto ocorreu com maior frequência no grupo intervenção ( $N=24$ ), se comparado ao grupo controle ( $N=19$ ), também sendo associada à distração com outras pessoas ( $N=7$ ).

## Acompanhamento diário da hospitalização

O acompanhamento diário da hospitalização foi feito por meio do relato das crianças. Todos os dias ela era questionada, de forma detalhada, sobre as atividades que havia

desenvolvido, desde o último encontro no dia anterior, em ambos os grupos. Para o grupo intervenção, também se perguntava em quais situações utilizaram as atividades descritas no Relógio do Enfrentamento e no livreto. Em relação aos comportamentos emitidos, diferentemente do grupo controle, as crianças do grupo intervenção relataram ter realizado todos os comportamentos presentes no Relógio do Enfrentamento.

O comportamento de maior frequência, em ambos os grupos, foi a “interação”, no terceiro dia ( $N=71$ ). O “brincar” também foi um comportamento bem frequente, realizado todos os dias e, com frequência semelhante, “assistir à TV” ( $N=66$ ). Outros comportamentos muito citados foram “pensar em coisas boas” ( $N=53$ ) e “pensar no que fazer para sair do hospital” ( $N=51$ ), seguidos de “ouvir música” ( $N=33$ ), controle de respiração ( $N=26$ ), “perguntar” ( $N=11$ ) e “caminhar” ( $N=6$ ).

Em relação ao número de atividades desempenhadas durante o período de acompanhamento, houve diferença significativa para o grupo intervenção ( $p<0,001$ ). Essas crianças relataram ter realizado mais atividades no segundo dia ( $M=5,00$ ) e no terceiro dia de acompanhamento ( $M=5,50$ ), se comparadas às crianças do grupo controle no segundo ( $M=2,07$ ) e no terceiro ( $M=1,93$ ) dias. No quarto dia de acompanhamento, o número de atividades realizadas foi muito semelhante para os grupos controle ( $M=2,17$ ) e intervenção ( $M=2,50$ ).

### **Escala de estresse infantil**

Os resultados do grupo controle indicaram que no pré-teste a maior parte das crianças apresentava algum nível de sintomatologia de estresse ( $N=18$ ), a maioria classificada na fase de quase exaustão ( $N=11$ ). Já no pós-teste, esse nível diminuiu e menos da metade da amostra apresentou estresse ( $N=13$ ). Entretanto, dos que apresentaram estresse, a maioria continuava na fase de quase exaustão ( $N=7$ ). O resultado foi semelhante para o grupo intervenção, uma vez que no pré-teste mais da metade apresentou algum nível de sintoma de estresse ( $N=19$ ), havendo redução nos níveis no pós-teste ( $N=14$ ), embora parte das crianças continuasse no nível de quase exaustão ( $N=8$ ).

Considerando o escore total obtido pelas crianças no pré e no pós-teste, foram calculados a média e o desvio padrão para cada grupo. O grupo controle apresentou maior média no pré-teste ( $M=42,73$ ;  $DP\pm 22,02$ ), se comparado ao pós-teste ( $M=38,17$ ;  $DP\pm 20,60$ ), não havendo mudanças significativas. Já os resultados para o grupo intervenção indicaram que a média no pré-teste ( $M=55,03$ ;  $DP\pm 28,49$ ) foi muito superior, comparando com o pós-teste ( $M=35,70$ ;  $DP\pm 24,52$ ), com alterações estatisticamente significativas ( $p= <0,001$ ).

### **Análise do enfrentamento da hospitalização**

O COPE-H permitiu investigar padrão de enfrentamento, com as principais estratégias que incluíam tipos e intensidades de comportamentos e sentimentos que as crianças manifestaram durante a hospitalização. Para as crianças do G1, no pré-teste, os comportamentos mais relatados foram “tomar remédio” ( $N=30$ ), “assistir à televisão” ( $N=29$ ), “conversar” ( $N=25$ ), “sentir-se desanimado” ( $N=24$ ), seguido por “chorar” ( $N=23$ ) e “sentir-se triste” ( $N=23$ ), “sentir coragem” ( $N=21$ ) e “rezar/orar” ( $N=20$ ). O comportamento emitido em maior nível de intensidade também foi “tomar remédio” ( $N=20$ ), seguido por “assistir à TV” ( $N=18$ ), “coragem” ( $N=12$ ), “rezar/orar” ( $N=11$ ) e “conversar” ( $N=10$ ). Resultado semelhante para esse grupo apareceu no pós-teste, onde o comportamento mais emitido continuou sendo “tomar remédio” ( $N=30$ ), seguido “por assistir à TV” ( $N=29$ ), “conversar” ( $N=28$ ), “brincar” ( $N=26$ ), “rezar/orar” ( $N=22$ ), “sentir coragem” ( $N=22$ ) e “sentir-se desanimado” ( $N=20$ ).

No grupo intervenção, a avaliação do pré-teste indicou que os comportamentos mais emitidos foram “assistir à TV” ( $N=29$ ) e “tomar remédio” ( $N=29$ ), seguidos por “conversar” ( $N=26$ ), “sentir coragem” ( $N=23$ ), “brincar” ( $N=21$ ) e “sentir-se triste” ( $N=21$ ), e “chorar” ( $N=20$ ). Em consonância ao G1, os de maior intensidade foram “tomar remédio” ( $N=19$ ), “assistir à TV” ( $N=16$ ), “sentir coragem” ( $N=11$ ) e “conversar” ( $N=10$ ).

Já no pós-teste do grupo intervenção, os resultados indicaram maior uso comportamentos adaptativos como “brincar” ( $N=30$ ), “assistir à TV” ( $N=30$ ), “conversar” ( $N=30$ ), “tomar remédio” ( $N=30$ ), “sentir coragem” ( $N=27$ ) e “ouvir música” ( $N=20$ ). Os comportamentos que as crianças manifestaram com maior intensidade foram “assistir à TV” ( $N=22$ ), “conversar” ( $N=17$ ), “sentir coragem” ( $N=17$ ), “tomar remédio” ( $N=17$ ) e “brincar” ( $N=13$ ).

Os resultados do teste de Wilcoxon indicaram significância estatística em medianas dos comportamentos adaptativos ( $p=0,003$ ) do grupo controle, na comparação entre pré ( $Md=2,0$ ) e pós-teste ( $Md=2,5$ ); entretanto, não houve nesse grupo diferença significativa na mediana de comportamentos mal-adaptativos. Para o grupo intervenção, os resultados apresentaram significância estatística para os dois conjuntos de comportamentos: no caso dos adaptativos ( $p=0,003$ ), houve um aumento da mediana no pós-teste ( $Md=2,5$ ), se comparado com o pré-teste ( $Md=2,0$ ); enquanto para os mal-adaptativos ( $p<0,001$ ) houve redução na mediana no pós-teste ( $Md=0,0$ ) na comparação com dados do pré-teste ( $Md=0,5$ ).

A análise das 12 macrocategorias de *Coping* da TMC mostrou que, no pré-teste do grupo controle, “resolução de problemas” foi a mais utilizada ( $M=3,90$ ;  $DP=0,30$ ), seguida por “acomodação” ( $M=3,83$ ;  $DP=1,77$ ), “desamparo” ( $M=3,63$ ;  $DP=1,91$ ), “busca de suporte” ( $M=3,50$ ;  $DP=1,57$ ), “submissão” ( $M=3,30$ ;  $DP=2,85$ ) e “autoconfiança” ( $M=2,03$ ;  $DP=1,38$ ). No pós-teste do grupo controle, as mais utilizadas foram “acomodação” ( $M=5,00$ ;  $DP=1,90$ ), “resolução de problemas” ( $M=3,70$ ;  $DP=0,59$ ), “busca de suporte” ( $M=3,60$ ;  $DP=1,67$ ), “fuga” ( $M=3,57$ ;  $DP=2,63$ ), “submissão” ( $M=2,57$ ;  $DP=2,65$ ) e “desamparo” ( $M=2,50$ ;  $DP=2,16$ ). Entre as macrocategorias mais utilizadas pelas crianças do grupo controle no pós-teste, três eram adaptativas e três mal-adaptativas.

Para o grupo intervenção, no pré-teste, “acomodação” ( $M=4,33$ ;  $DP=2,13$ ) foi a mais utilizada, seguida por “resolução de problemas” ( $M=3,73$ ;  $DP=0,81$ ), “busca de suporte” ( $M=3,67$ ;  $DP=1,62$ ), “desamparo” ( $M=2,97$ ;  $DP=1,97$ ), “submissão” ( $M=2,53$ ;  $DP=1,91$ ) e “fuga” ( $M=2,47$ ;  $DP=2,08$ ). No pós-teste, as mais utilizadas foram “acomodação” ( $M=5,83$ ;  $DP=1,42$ ), “busca de suporte” ( $M=4,07$ ;  $DP=1$ ), “resolução de problemas” ( $M=4,00$ ;  $DP=0$ ), “busca de informação” ( $M=3,27$ ;  $DP=2,63$ ), “autoconfiança” ( $M=2,57$ ;  $DP=0,96$ ) e “fuga” ( $M=2,27$ ;  $DP=0,73$ ). Diferentemente do que foi identificado no pós-teste do grupo controle, das seis macrocategorias mais utilizadas, cinco foram adaptativas e somente uma mal-adaptativa, sendo “Autoconfiança” utilizada com mais frequência do que “fuga”.

Ainda sobre o *Coping* adaptativo, houve diferença significativa entre as médias e os escores do grupo intervenção, com aumento médio das macrocategorias de *Coping* adaptativo no pós-teste ( $M=20,67$ ;  $DP \pm 3,69$ ;  $p < 0,001$ ), em relação ao pré-teste ( $M=16,50$ ;  $DP \pm 4,58$ ;  $p < 0,001$ ), e redução na média de *Coping* mal-adaptativo no pós-teste ( $M=6,73$ ;  $DP \pm 4,04$ ;  $p < 0,001$ ), em relação ao pré-teste ( $M=11,57$ ;  $DP \pm 5,91$ ;  $p < 0,001$ ). O grupo controle obteve médias semelhantes entre *Coping* adaptativo e mal-adaptativo, sem diferenças significativas (Tabela 1).

Tabela 1. Comparação entre a classificação do COPE-H por macrocategorias de *Coping* no pré e pós-teste para cada grupo

	Média	Desvio padrão	Valor p*
Escore das macrocategorias de <i>Coping</i> adaptativo, grupo controle (pré-teste)	15,77	5,25	0,414
Escore das macrocategorias de <i>Coping</i> adaptativo, grupo controle (pós-teste)	16,47	6,19	
Escore das macrocategorias de <i>Coping</i> mal-adaptativo, grupo controle (pré-teste)	12,60	7,21	0,423
Escore das macrocategorias de <i>Coping</i> mal-adaptativo, grupo controle (pós-teste)	11,77	8,10	
Escore das macrocategorias de <i>Coping</i> adaptativo, grupo intervenção (pré-teste)	16,50	4,58	< 0,001
Escore das macrocategorias de <i>Coping</i> adaptativo, grupo intervenção (pós-teste)	20,67	3,69	
Escore das macrocategorias de <i>Coping</i> mal-adaptativo, grupo intervenção (pré-teste)	11,57	5,91	< 0,001
Escore das macrocategorias de <i>Coping</i> mal-adaptativo, grupo intervenção (pós-teste)	6,73	4,04	

\* Teste *t* de Student para amostras pareadas.

Fonte: Elaboração própria.

### **Avaliação da intervenção**

O Relógio de Enfrentamento utilizado na intervenção tinha dois espaços em branco para que as crianças completassem com outros comportamentos que poderiam ajudar a lidar com a hospitalização. O comportamento mais citado no primeiro quadrante foi assistir à TV ( $N=21$ ) e, no segundo quadrante, ler ( $N=16$ ) ou desenhar ( $N=9$ ).

No que tange à utilização do material, a maioria não apresentou qualquer tipo de dificuldade durante o processo ( $N=21$ ), mas, para algumas ( $N=6$ ), a punção do soro na mão inviabilizou o preenchimento direto do material sendo, nesse caso, preenchido pela pesquisadora ou pelo acompanhante, a critério da criança, mas com o cuidado de transcrever exatamente o que ela dizia. Assim, o cuidador recebeu essa orientação da pesquisadora, que se manteve durante toda a intervenção ao lado da criança, para assegurar que se tratava da transcrição exata do que havia verbalizado. De igual modo, somente três crianças apresentaram alguma dificuldade para compreender as instruções, sendo a explicação fornecida de outras formas, até que pudessem compreender o que estava sendo sugerido no material.

Depois dessa etapa, as crianças do grupo intervenção responderam às perguntas sobre a forma como adotaram o *kit* do enfrentamento, bem como sobre a avaliação do processo. Todas ( $N=30$ ) relataram ter utilizado o material nas seguintes situações: como forma de distração, ou seja, quando não havia outras atividades oferecidas pelo hospital ( $N=30$ ); em situações de procedimento (punção venosa, exame, curativo, entre outros) ( $N=27$ ); nos momentos em que precisava tomar remédios ( $N=19$ ); e quando estava com dor ou mal-estar ( $N=3$ ).

Outra questão respondida pelas crianças referiu-se ao tipo de ajuda que o material ofereceu. Grande parte da amostra disse que o material ajudou a pensar em alternativas a serem realizadas no hospital ( $N=15$ ), a se distrair em momentos sem outras atividades ( $N=12$ ), e a deixá-las mais alegres ( $N=3$ ). Em relação ao nível de satisfação, todas afirmaram ter gostado de participar da pesquisa.

### **Discussão**

Ao longo de uma hospitalização, crianças e seus cuidadores percebem alguns eventos como mais estressantes que outros (Carnier *et al.*, 2015). Nesta pesquisa, os procedimentos médicos invasivos foram denominados “efeitos físicos”, sendo considerados estressores pela maioria dos participantes, confirmando que tais procedimentos, causados pela própria hospitalização e tratamentos de patologias são, de modo geral, estressores importantes que devem ser considerados pela equipe de saúde (Silveira *et al.*, 2018). Outros estudos realizados

no país apontaram resultados semelhantes (Caprini & Motta, 2017; N. C. A. C. Oliveira *et al.*, 2017).

No que se refere aos comportamentos das crianças durante a internação, o acompanhamento diário da hospitalização indicou que, para o G1, os comportamentos “brincar”, “assistir à TV” e “interagir” foram emitidos com maior frequência, consoante aos resultados obtidos no estudo de Caprini e Motta (2017). Já para o G2, os comportamentos de maior frequência foram “interagir”, “brincar”, “assistir à TV”, “pensar no que fazer para sair do hospital”, “pensar em coisas boas”, “ouvir música” e “controle de respiração”. Os comportamentos “perguntar” e “caminhar” ocorreram com menor frequência em ambos os grupos. O comportamento de “perguntar” foi menos frequente, conforme discutido por Garioli (2016), devido à idade e menor autonomia que a criança tem no ambiente hospitalar, ou mesmo pelas relações hierárquicas com médicos e enfermeiros. Já o comportamento de “caminhar” também foi pouco frequente, provavelmente em função das limitações físicas da doença e/ou das permissões do ambiente hospitalar (Costa *et al.*, 2012). Grande parte da amostra estava internada na enfermaria cirúrgica e, apesar de terem indicação médica para caminhar, as crianças evitavam realizar essa atividade porque sentiam dor quando o faziam.

A análise do ambiente em que determinados comportamentos são utilizados é fundamental, pois pode refletir o processo adaptativo de engajamento ou desengajamento em relação ao estressor, considerando que o excesso de exposição a um contexto pode alterar a função do comportamento (Skinner, 1999), o que foi observado em relação ao brincar para a amostra. No hospital, onde a criança está privada de várias atividades de sua rotina, com menos controle da situação e do exercício da autonomia (Hostert *et al.*, 2014; Motta *et al.*, 2015), brincar pode ser usado como uma excelente forma de afastamento do estressor, melhorando o bem-estar emocional. Nesse contexto, brincar foi um comportamento valorizado pela intervenção proposta; esperava-se, assim, que a criança o utilizasse com maior frequência, como durante procedimentos específicos, como exame médico, punção venosa ou intervenção medicamentosa, com objetivos específicos de distração ao lidar com estressores da hospitalização.

De forma geral, após a intervenção, houve aumento do número de comportamentos de enfrentamento emitidos pelas crianças. Não houve expansão do repertório comportamental do grupo controle, diferentemente do grupo intervenção, que apresentou maior variabilidade comportamental, confirmando a importância da intervenção realizada.

No que se refere ao estresse, a maioria das crianças apresentou algum nível no pré-teste, o que sugere que a hospitalização tem impacto importante sobre o aspecto emocional, ainda que com o passar do tempo tais dificuldades possam se atenuar, havendo maior adaptação. No grupo de crianças que não foi submetido à intervenção, houve diminuição da média total de escore dos sintomas de estresse, mas sem diferenças significativas, diversamente do grupo intervenção, em que a redução da média foi estatisticamente significativa entre as fases pré e pós-teste. Resultado semelhante foi encontrado por Matsuda-

Castro e Linhares (2014), que ressaltaram a necessidade de acompanhamento psicológico, visando a ações facilitadoras para estratégias de enfrentamento adaptativas durante a hospitalização, uma vez que altos níveis de estresse (ou a vivência de estresse por um longo período de tempo) são fatores que podem afetar negativamente o desenvolvimento da criança (Carnier *et al.*, 2015). Como o alto nível de estresse infantil ao longo da hospitalização ocorre, na maior parte das vezes, pelo comprometimento da rotina diária provocado pela internação (Silveira *et al.*, 2018), esse aspecto também deve ser levado em consideração pelos profissionais de saúde, visando à promoção de estratégias para o bem-estar emocional das crianças (Bastos *et al.*, 2018).

Na análise do *coping*, o grupo controle apresentou estratégias tanto adaptativas quanto mal-adaptativas, entre as seis mais utilizadas. O mesmo ocorreu no pré-teste do grupo intervenção, entretanto, o resultado foi diferente no pós-teste. Entre as seis macrocategorias de maior média, cinco eram adaptativas, indicando que a intervenção contribuiu para aumento do enfrentamento adaptativo nesse grupo. Esses resultados são semelhantes a estudo com crianças em situação pré-cirúrgica, no qual as estratégias de enfrentamento mais adotadas foram distração e resolução de problemas, enquanto as menos utilizadas foram afastamento social e oposição (Carnier *et al.*, 2015). Neste estudo, resolução de problemas e acomodação foram bem frequentes no grupo intervenção.

As estratégias de enfrentamento mais utilizadas pelas crianças de ambos os grupos foram as pertencentes às macrocategorias adaptativas “acomodação”, “resolução de problemas” e “busca de suporte”, dados esses que corroboram outros estudos da área (Carnier *et al.*, 2015; Lima, Barros, & Enumo, 2015). Sendo uma forma adaptativa de enfrentamento (Motta *et al.*, 2015), a “acomodação” abrange estratégias relacionadas à distração, minimização e aceitação do estressor (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007). Uma vez que o hospital é um ambiente que gera inúmeros desafios ao processo de adaptação infantil, o uso de acomodação parece adequado e positivo, considerando que se trata de um ambiente em que a criança tem ainda menos controle do que ocorre consigo e ao redor (Dib & Abrão, 2014; Tilbrook, Dwyer, Reid-Searl, & Parson, 2017). Nesses contextos, crianças e adolescentes se beneficiam ao utilizar a “acomodação” como forma de lidar com as emoções e se proteger do estresse, reduzindo os impactos negativos da hospitalização, e aumentando a chance de resultados mais positivos em longo prazo (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2014).

A “resolução de problemas”, macrocategoria de *Coping* adaptativo, remete a ações ativas e emocionalmente construtivas, relacionadas com planejamento, encorajamento e determinação perante o estressor (Skinner *et al.*, 2003). Neste estudo, a média de uso dessa categoria aumentou no pós-teste do grupo intervenção. Assim, adultos com habilidades bem desenvolvidas e com disponibilidade em auxiliar a criança, a ajudam a desenvolver repertório adequado, aumentando estratégias de enfrentamento adaptativas para lidar com o estresse, dado seu importante papel como corretores do desenvolvimento infantil (Crandell *et al.*, 2018; Sameroff, 2010). Pais e outros responsáveis podem viabilizar a utilização de “resolução

de problemas”, por meio de planejamento das atividades e monitoramento, o que melhora os processos autorregulatórios emocional e comportamental da criança, contribuindo para a restauração de sua homeostase fisiológica (Lipp & Lucarelli, 1998). Ainda, pais podem propiciar dimensões facilitadoras ao enfrentamento em contextos de adversidades, que decorrem da hospitalização, como afeto, estrutura e suporte para autonomia (Vicente, Ramos, & Paula, 2019).

Algumas estratégias pertencentes ao enfrentamento mal-adaptativo também foram apresentadas pela amostra, como “desamparo”, “fuga” e “submissão”, sendo “fuga” a única utilizada com mais frequência pelo grupo intervenção no pós-teste. Estressores enfrentados com a estratégia “desamparo” sugerem que foram percebidos pelas crianças como ameaça à necessidade competência, e estão relacionados com a limitação de ações no hospital. A condição de desamparo pode ser decorrente de passividade, desânimo, pessimismo, confusão ou mesmo exaustão cognitiva que, de um lado, enfraquece o processo de enfrentamento da criança, afetando os recursos pessoais e sociais e, de outro, reduz o sentimento de autoeficácia (Ramos *et al.*, 2015, 2017; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007).

O uso de um conjunto de estratégias mal-adaptativas indica maior probabilidade de desenvolvimento de psicopatologias em crianças e adolescentes, por exemplo, o desengajamento, associado ao “desamparo”, é considerado fator de risco para o desencadeamento de sintomas depressivos (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2014). No estudo conduzido por C. G. T. Oliveira *et al.* (2017), as estratégias pertencentes a essa categoria também foram muito apresentadas por crianças com anemia falciforme. Nesse caso, indicam-se intervenções voltadas para a reestruturação cognitiva, a fim de que a criança modifique sua interpretação da situação, podendo diminuir o senso de desamparo. Por isso, é relevante a capacitação parental e profissional acerca dos processos de enfrentamento no curso da hospitalização infantil. Ao perceberem o uso de estratégias que sinalizam “desamparo” e “submissão” pelas crianças, e em face à variedade de estressores, que impõe demandas para a expressão de habilidades e recursos pessoais, cuidadores e equipe de saúde poderão promover ações necessárias para a substituição por outras estratégias adaptativas (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2014).

A percepção de falta de controle do estressor pode elevar o uso de estratégias mal-adaptativas e, dessa forma, potencializar as consequências negativas da doença, gerando impacto emocional negativo (Shonkoff, 2012). O uso frequente dessas estratégias a longo prazo é considerado um fator de alto risco ao desenvolvimento, uma vez que interfere no repertório de enfrentamento. O esgotamento de recursos motivacionais, associado ao uso de estratégias de ruminação, por exemplo, aumenta as chances de desencadeamento da depressão (Skinner *et al.*, 2003). Assim, intervenções, como a proposta nesta pesquisa, podem minimizar o uso de estratégias do *Coping* mal-adaptativo, favorecendo o bem-estar da criança e melhor desfecho no processo adaptativo (Costa *et al.*, 2014; Motta, 2007; Oliveira, N. C. A. *et al.*, 2017).

O Relógio do Enfrentamento, central na intervenção como forma de treinamento para uso de estratégias adaptativas, favoreceu maior expressão da criança ao organizar campos para que registrasse livremente os comportamentos que geralmente emitia, permitindo que relatasse mais livremente o que fazia ou as atividades disponibilizadas no hospital, como assistir à televisão, fazer leitura e desenhar, classificadas como distração. A intervenção aumentou o repertório de enfrentamento das crianças, mostrando outras possibilidades viáveis nesse contexto, além de direcionar comportamentos para um processo mais adaptativo.

Todas as crianças participantes da intervenção responderam positivamente ao questionário de satisfação e relataram ter usado o material em diferentes situações, principalmente em momentos que não tinham outras atividades como forma de distração; também em situação específica, com destaque para a utilização do recurso durante procedimentos dolorosos ou invasivos. Junto ao alto nível de satisfação na participação do G2, a estrutura do material foi bem avaliada, não sendo necessário propor qualquer alteração.

A análise do conjunto de dados obtidos sugere, destarte, que o programa de intervenção é viável, podendo ser reaplicado para população infantil hospitalizada, considerando resultados sugestivos de eficácia. Além disso, o material apresenta componente lúdico que auxilia na expressão de sentimentos, sendo elemento fundamental para uma intervenção bem-sucedida (Motta, 2007), pois agrega benefícios ao desenvolvimento das crianças no curso da internação (Bastos *et al.*, 2018; Hostert *et al.*, 2014; Hostert, Motta, & Enumo, 2015; Tilbrook *et al.*, 2017).

O comprometimento da saúde está entre os acontecimentos mais importantes que repercutem na dimensão emocional da criança e de sua família (Marsac *et al.*, 2016) e, considerando o impacto da hospitalização, é necessário lidar com os estressores envolvidos nesse processo. Crianças e pais precisam administrar simultaneamente e de forma efetiva os diversos fatores ali envolvidos, a fim de alcançar um resultado mais adaptativo (Baiardini, Sicuro, Balbi, Canonica, & Braidó, 2015; Hostert *et al.*, 2015; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2016), o que no caso do G2 foi favorecido pela intervenção aplicada.

Em suma, os resultados indicaram que a intervenção proposta foi capaz de promover estratégias de enfrentamento mais adaptativas, corroborando a aplicabilidade da intervenção com crianças hospitalizadas, devido aos critérios sugestivos de eficácia, baixo custo e atratividade para o público infantil. Por se tratar de uma intervenção breve, a proposta beneficia, sobretudo, crianças internadas por curto período de tempo, uma vez que foi desenvolvida em sessão única, diferentemente de outros estudos estruturados em vários encontros (Amaral & Enumo, 2019) e direcionados a populações específicas, com diagnóstico de anemia falciforme (Oliveira, C. G. T. *et al.*, 2017) e câncer (Motta, *et al.*, 2007). Outras intervenções também foram propostas para a hospitalização por razões agudas, entretanto, visavam atender a um grupo submetido a procedimentos invasivos (Oliveira, N. C. A. *et al.*

2017) ou cirúrgicos (Dib & Abrão, 2014; Moura *et al.*, 2014). O Relógio do Enfrentamento pode, portanto, ser utilizado com crianças internadas por razões diversas.

Ainda assim, este estudo apresentou algumas limitações como a aplicação da intervenção em um único hospital. Além disso, não foram controladas outras variáveis possivelmente mediadoras da relação estresse-enfrentamento que podem ter interferido nos resultados, como estratégias de enfrentamento do cuidador para lidar com o motivo de internação do filho, ou mesmo outras variáveis emocionais, comportamentais e cognitivas da criança. Em relação à medida de *coping*, o estudo de validação do COPE-H é recente (Garioli, 2016; Garioli, Machado *et al.*, 2016; Garioli, Matos *et al.*, 2016), sendo sugerido pelos autores a sua aplicação com amostras diversas, compondo banco de dados que poderá ser útil a vários pesquisadores.

### Considerações finais

Este estudo demonstrou que uma intervenção lúdica, breve e estruturada pode facilitar a adoção de estratégias de enfrentamento adaptativas por crianças hospitalizadas, reduzindo níveis de estresse e aumentando a emissão de comportamentos de enfrentamento no contexto da internação, minimizando, assim, o impacto emocional provocado por essa condição. Novos estudos são necessários para replicação da intervenção com o Relógio do Enfrentamento, a fim de aumentar as evidências de eficácia e verificar o papel de outras variáveis mediadoras no enfrentamento da hospitalização.

Propostas de intervenções com as mesmas características descritas também poderiam beneficiar pais e equipes de saúde, considerando que o suporte do adulto é importante para o enfrentamento da criança. Além disso, é possível que pais, sob o impacto da hospitalização dos filhos, também estejam em sofrimento, muitas vezes, sem repertório suficiente e adequado para lidar com a situação desafiadora. Intervenções no hospital incluindo as pessoas significativas no cuidado da criança ajudariam, não somente no desenvolvimento mais apropriado de seu repertório de enfrentamento, mas também na redução do estresse parental, melhorando assim o processo adaptativo do núcleo familiar, o que certamente contribuiria para a qualidade de vida das populações assistidas pelas instituições de saúde.

Considerando a necessidade de um olhar atento e sensível para as necessidades da criança hospitalizada, a intervenção desenvolvida pode ser utilizada por profissionais de Psicologia, que atuem com a população pediátrica, com formação nas áreas de desenvolvimento e saúde. Espera-se que este estudo contribua para melhorar os processos de enfrentamento, em face aos inúmeros desafios que se apresentam no contexto da internação, prevenindo ou reduzindo o impacto negativo da hospitalização no desenvolvimento infantil.

### Referências

Amaral, J. D. H. F., & Enumo, S. R. F. (2019). PROCOPE-H: An Intervention Proposal in *Coping*

- with Hospitalization in Children and Adolescents. *Revista SBPH*, 2(22), 109-127. Retrieved from [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582019000300007&lng=pt&lng=en](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000300007&lng=pt&lng=en).
- Baiardini, I., Sicuro, F., Balbi, F., Canonica, G. W., & Braido, F. (2015). Psychological Aspects in Asthma: Do Psychological Factors Affect Asthma Management?. *Asthma Research and Practice*, 1(1), 7. Retrieved from <https://doi.org/10.1186/s40733-015-0007-1>.
- Bastos, J. A. A., Dias, T. L., & Enumo, S. R. F. (2018). Problemas de comportamento, *Coping* da hospitalização e qualidade de vida em crianças. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, 10(4). Recuperado de <https://doi.org/10.3895/rbqv.v10n4.8112>.
- Caprini, F. R., & Motta, A. B. (2017). Câncer infantil: uma análise do impacto do diagnóstico. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 19(2), 164-176. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v19n2p161-173>.
- Carnier, L. E., Padovani, F. H. P., Perosa, G. B., & Rodrigues, O. M. P. R. (2015). Estratégia de enfrentamento em crianças em situação pré-cirúrgica: relação com idade, sexo, experiência com cirurgia e estresse. *Estudos de Psicologia*, 32(2), 319-330. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/0103-166X2015000200015>.
- Cohen, L. L., Lemanek, K., Blount, R. L., Dahlquist, L. M., Lim, C. S., Palermo, T. M., McKenna, K. D., & Weiss, K. E. (2008). Evidence-Based Assessment of Pediatric Pain. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(9), 939-955. Retrieved from <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsm103>.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). *Coping with Stress During Childhood and Adolescence: Problems, Progress, and Potential in Theory and Research*. *Psychological Bulletin*, 127(1), 87-127. Retrieved from <https://doi.org/10.1037//0033-2909.127.1.87>.
- Costa, Á. L., Júnior, Doca, F. N. P., Araújo, I., Martins, L., Mudim, L., Penatti, T., & Sidrim, A. C. (2012). Preparação psicológica de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. *Estudos de Psicologia*, 29(2), 271-284. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2012000200013>.
- Crandell, J. L., Sandelowski, M., Leeman, J., Havill, N. L., & Knafelz, K. (2018). Parenting Behaviors and the Well-Being of Children with a Chronic Physical Condition. *Families, Systems, & Health*, 36(1), 45-61. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1037/fsh0000305>.
- Dib, E. P., & Abrão, J. L. F. (2014). Uma experiência terapêutica pré-cirúrgica: o uso do desenho como mediador lúdico. *Boletim de Psicologia*, LXIII(139), 159-174. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bolpsi/v63n139/v63n139a05.pdf>.
- Garioli, D. S. (2016). *Escala de Coping da Hospitalização (COPE-H): processo de adaptação*. Tese de doutorado não publicada, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Espírito Santo.

- Garioli, D. S., Machado, W. L., Motta, A. B., & Enumo, S. R. F. (2016). Manual da Escala de *Coping* da Hospitalização (COPE-H) [Manual não publicado]. Universidade Federal do Espírito Santo.
- Garioli, D. S., Matos, J. R., Machado, W. L., Rosa, T. R., Motta, A. B., & Enumo, S. R. F. (2016). Manual da Escala de *Coping* da Hospitalização: versão digitalizada (COPE-HD) [Manual não publicado]. Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo.
- Hostert, P. C. C. P., Enumo, S. R. F., & Loss, A. B. M. (2014). Brincar e problemas de comportamento de crianças com câncer de classes hospitalares. *Psicologia: Teoria e Prática*, 16(1), 127-140. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.15348/1980-6906/psicologia.v16n1p127-140>.
- Hostert, P. C. C. P., Motta, A. B., & Enumo, S. R. F. (2015). *Coping* da hospitalização em crianças com câncer: a importância da classe hospitalar. *Estudos de Psicologia*, 32(4), 627-639. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/0103-166X2015000400006>.
- Lima, A. S. S., Barros, L., & Enumo, S. R. F. (2015). Enfrentamento em crianças portuguesas hospitalizadas por câncer: comparação de dois instrumentos de avaliação. *Temas em Psicologia*, 31(4), 559-572. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/0103-166X2014000400010>.
- Lipp, M. E. N., & Lucarelli, M. D. M. (1998). *Escala de Stress Infantil – ESI: Manual*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Marsac, M. L., Kassam-Adams, N., Hildenbrand, A. K., Nicholls, E., Winston, F. K., Leff, S. S., & Fein, J. (2016). Implementing a Trauma-Informed Approach in Pediatric Healthcare Networks. *JAMA Pediatric*, 170(1), 70-77. Retrieved from <https://doi.org/10.1038/nature13478>.
- Matos, J. R., Coutinho, A. P. M., Gonçalves, A. L. M., & Motta, A. B. (2023). Quality of life and coping in children with cancer. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 40, e200210. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202340e200210>
- Matsuda-Castro, A. C., & Linhares, M. B. M. (2014). Pain and Distress in Inpatient Children According to Child and Mother Perceptions. *Paidéia*, 24(59), 351-359. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1982-43272459201409>.
- Ministério da Saúde (2019). Morbidade hospitalar do SUS por local de internação. Recuperado de <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>.
- Motta, A. B. (2007). *Brincando no hospital: uma proposta de intervenção psicológica para crianças hospitalizadas com câncer*. Tese de doutorado não publicada, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Espírito Santo.
- Motta, A. B., Perosa, G. B., Barros, L., Silveira, K. A., Lima, A. S. S., Carnier, L. E., Hostert, P. C. da C., & Caprini, F. R. (2015). Comportamentos de *Coping* no contexto da hospitalização infantil. *Estudos de Psicologia*, 32(2), 331-342. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/0103-166X2015000200016>.
- Moura, F. M., Costa, Á. L., Júnior, Dantas, M. S. A., Araújo, G. C. B., & Collet, N. (2014).

- Intervenção lúdica a crianças com doença crônica: promovendo o enfrentamento. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 35(2), 86-92. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.02.41822>.
- Oliveira, C. G. T. de, Enumo, S. R. F., & Paula, K. M. P. de. (2017). A Psychological Intervention Proposal on *Coping* with Pain for Children with Sickle Cell Disease. *Estudos de Psicologia*, 34(3), 355-366. Retrieved from <https://doi.org/10.1590/1982-02752017000300004>.
- Oliveira, N. C. A. C., Santos, J. L. F., & Linhares, M. B. M. (2017). Audiovisual Distraction for Pain Relief in Paediatric Inpatients: A Crossover Study. *European Journal of Pain*, 21(1), 178-187. Retrieved from <https://doi.org/10.1002/ejp.915>.
- Ramos, F. P., Enumo, S. R. F., & Paula, K. M. P. de. (2017). Maternal *Coping* with Baby Hospitalization at a Neonatal Intensive Care Unit. *Paidéia*, 27(67), 10-19. Retrieved from <https://doi.org/10.1590/1982-43272767201702>.
- Ramos, F. P., Caprini, F. R., Reis, L. B., Vicente, S. R. C. R. M., Motta, A. B., Paula, K. M. P., & Enumo, S. R. F. (2016). Enfrentamento do estresse: um panorama nacional a partir dos estudos da Teoria Motivacional do *Coping*. In L. S. Borges, B. B. Coutinho, L. B. Reis & S. C. Pylro (Orgs.). *Interlocuções psicológicas: construindo significados entre a teoria e a prática* (1a ed., pp. 55-79). Curitiba: CRV.
- Sameroff, A. (2010). A Unified Theory of Development: A Dialectic Integration of Nature and Nurture. *Child Development*, 81(1), 6-22. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01378.x>.
- Shonkoff, J. P. (2012). Leveraging the Biology of Adversity to Address the Roots of Disparities in Health and Development. *Proceedings of the National Academy of Science of the United States of America*, 109(2), 17302-17307. Retrieved from <https://doi.org/10.1073/pnas.1121259109>.
- Silveira, K. A., Lima, V. L., & Paula, K. M. P. (2018). Estresse, dor e enfrentamento em crianças hospitalizadas: análise de relações com o estresse do familiar. *Revista da SBPH*, 21(2), 5-21. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582018000200002&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582018000200002&lng=pt&tlng=pt).
- Skinner, E. A. (1999). Action Regulation, *Coping*, and Development. In J. Brandtstandter & R. M. Lerner (Eds.). *Action and Self-Development: Theory and Research through the Lifespan* (pp. 465-503). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the Structure of *Coping*: A Review and Critique of Category Systems for Classifying Ways of *Coping*. *Psychological Bulletin*, 129(2), 216-269. Retrieved from <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.2.216>.
- Skinner, E. A., & Wellborn, J. G. (1994). *Coping* During Childhood and Adolescence: A Motivational Perspective. In D. Featherman, R. M. Lerner & M. Perlmutter (Eds.). *Life-Span Development and Behavior* (Vol. 12, pp. 91-133). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

- Skinner, E. A. & Zimmer-Gembeck, M. J. (2016). *The Development of Coping: Stress, Neurophysiology, Social Relationships, and Resilience During Childhood and Adolescence*. New York: Springer.
- Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). The Development of *Coping*. *Annual Review of Psychology*, 58, 119-144. Retrieved from <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085705>.
- Tilbrook, A., Dwyer, T., Reid-Searl, K., & Parson, J. A. (2017). A Review of the Literature: The Use of Interactive Puppet Simulation in Nursing Education and Children's Healthcare. *Nurse Education in Practice*, 22, 73-79. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2016.12.001>.
- Van Damme, S., Crombez, G., & Eccleston, C. (2008). *Coping* with Pain: A Motivational Perspective. *Pain*, 139(1), 1-4. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.pain.2008.07.022>.
- Vicente, S. R. C. R. M. (2017). Proposta de intervenção psicológica para melhorar as estratégias de enfrentamento da criança hospitalizada. Tese de Doutorado não publicada, Universidade Federal do Espírito Santo, ES.
- Vicente, S. R. C. R. M., Paula, K. M. P., Silva, F. F., Mancini, C. N., & Muniz, S. A. (2016). Estresse, ansiedade, depressão e *Coping* materno na anomalia congênita. *Estudos de Psicologia*, 21(2), 104-116. Recuperado de <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20160011>.
- Vicente, S. R. C. R. M., Ramos, F. P., & Paula, K. M. P. (2019). Tradução e adaptação transcultural do Questionário de Pais como Contexto Social. *Avaliação Psicológica*, 18(1), 41-49. <https://doi.org/10.1590/1982-02752018000100008>
- Zimmer-Gembeck, M. J., & Skinner, E. A. (2014). The Development of *Coping*: Implications for Psychopathology and Resilience. *Developmental Psychopathology*, IV(May), 485-545. Retrieved from <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>.

Recebido em: 22/04/2020

Aprovado em: 05/02/2021