



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - UNESP

Faculdade de Medicina - Campus de Botucatu

FLÁVIA HELENA PEREIRA PADOVANI

**CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO DO ESTRESSE E DO
COPING PARA A ÁREA DA PSICOLOGIA
PEDIÁTRICA**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para obtenção do título de Livre-Docente junto ao Departamento de Neurociências e Saúde Mental, no conjunto de Disciplinas “Psicologia do Desenvolvimento; Saúde da Criança e do Adolescente; Saúde Materno-Infantil”.

Botucatu - SP
2025

FLÁVIA HELENA PEREIRA PADOVANI

**CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO DO ESTRESSE E DO
COPING PARA A ÁREA DA PSICOLOGIA PEDIÁTRICA**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para obtenção do título de Livre-Docente junto ao Departamento de Neurociências e Saúde Mental, no conjunto de Disciplinas “Psicologia do Desenvolvimento; Saúde da Criança e do Adolescente; Saúde Materno-Infantil”.

Botucatu - SP
2025

P124c

Padovani, Flávia Helena Pereira

Contribuições do estudo do estresse e do coping para a área da Psicologia
Pediátrica / Flávia Helena Pereira Padovani. -- Botucatu, 2025
107 f.

Tese (livre-docência) - Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade
de Medicina, Botucatu

1. Crianças - Desenvolvimento. 2. Estresse psicológico. 3. Ajustamento
(Psicologia). 4. Integralidade em saúde. 5. Processo Saúde-Doença. I. Título.

Dedico este trabalho ao meu filho amado, Vicente.

Sua chegada, no ano em que esta tese era gestada, reescreveu meus planos e revelou a beleza dos ensinamentos de Bronfenbrenner. O desenvolvimento humano é, de fato, um processo contínuo, profundamente enraizado em interações e moldado pelo contexto. Pouco mais de um ano depois, finalizo esta tese sob um novo olhar: o de quem acompanha seu desenvolvimento diário, a mais viva e constante lembrança de que a vida se constrói nas relações que nos transformam.

AGRADECIMENTOS

Não seria possível redigir estes agradecimentos sem, de antemão, reconhecer a profunda relevância da teoria proposta por Bronfenbrenner. Ao chegar a este ponto da minha trajetória acadêmica, reconheço e agradeço imensamente as contribuições de diversas pessoas e instituições que compõem meu contexto, e que foram fundamentais em meu percurso.

Começo expressando minha gratidão à minha família, por todo o afeto e apoio incondicional. Agradeço especialmente aos meus pais, Carlos e Silvia, por serem simultaneamente 'ninho e empurrão', e minhas primeiras referências no ofício de professor. Ao Marcelo, meu companheiro, que compartilha comigo, há alguns anos, os sonhos de sermos docentes de uma universidade pública como a UNESP, de progredirmos na carreira por meio da Livre-Docência e, acima de tudo, de sermos pais do Vicente.

Estendo meus agradecimentos às amigadas que construí ao longo do tempo, mesmo aquelas com que hoje não compartilho meu dia a dia. Em nome de todos(as), agradeço minhas queridas Gimol e Cris, pelos doces encontros regados a café, chá, bolos e tortas.

Minha gratidão se estende a todos e todas que, de alguma forma, contribuíram com meu percurso profissional. Às minhas orientadoras, Mara Ignez (*in memoriam*) e Maria Beatriz, por todo o aprendizado transmitido e por serem contínua inspiração para mim. Às colegas do GT da ANPEPP, com quem compartilho o interesse por estudos sobre a saúde de crianças e adolescentes, que possam efetivamente contribuir para o avanço científico, para práticas profissionais ancoradas em evidências e para a formulação de diretrizes assistenciais e políticas públicas. Adicionalmente, agradeço as valiosas trocas com todos(as) os(as) alunos(as), de graduação e pós-graduação, que a mim confiaram a orientação de seus trabalhos de pesquisa.

De forma mais ampla, agradeço àqueles(as) com quem partilho as dores e as delícias da carreira docente e aos funcionários técnico administrativos que nos dão suporte. Minha gratidão aos meus colegas da área de saúde mental, com quem convivo, ou convivi: os psicólogos Ana Teresa, Cristiane, Elenice, Gimol, Sueli e Tozoni e as psiquiatras Albina, Débora, Florence, Maria Cristina e Sumaia. Aos colegas do Departamento de Neurociências e Saúde Mental e dos Programas de Pós-graduação em Saúde Coletiva e Saúde da Família, pelo apoio e por confiarem em meu trabalho, e aos respectivos secretários.

"(...) a busca de sentido envolve uma perspectiva de futuro" (Silveira)

RESUMO

Embora ainda incipiente no Brasil, a Psicologia Pediátrica é uma subárea da Psicologia da Saúde focada no acompanhamento e intervenção com crianças e adolescentes. Sua abordagem é marcadamente desenvolvimentista, tendo a Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner como um dos principais referenciais. Nessa perspectiva, o indivíduo é compreendido como um ser ativo cujo desenvolvimento ocorre por meio de interações recíprocas e progressivamente mais complexas com pessoas, objetos e símbolos presentes em seu ambiente (contexto) e ao longo do tempo. Diante da relevância do estresse e do enfrentamento (*coping*) para a compreensão do processo saúde-doença em crianças e adolescentes, e considerando a necessidade de consolidar e refletir sobre as contribuições teórico-metodológicas para a Psicologia Pediátrica, este trabalho propõe uma análise crítica da produção científica de minha autoria na área, a partir do ingresso na carreira docente, com foco especial na temática de estresse e enfrentamento. A produção bibliográfica foi selecionada na Plataforma Lattes. Dos 29 artigos elegíveis, foram excluídas as produções derivadas de Iniciação Científica (n=1) e Doutorado (n=6), restando 22 trabalhos. Destes, foram desconsiderados aqueles que não se referiam às temáticas objeto deste concurso, resultando em 17 artigos para análise. A produção analisada está explicitamente inserida na Psicologia Pediátrica, com foco no processo saúde-doença da criança, incluindo estudos com crianças como respondentes, desde a Atenção Primária até o serviço hospitalar especializado. Além disso, a pesquisa demonstra uma preocupação com a perspectiva bioecológica, buscando analisar o microssistema familiar, mais especificamente o papel das mães. Embora alguns estudos tenham abordado a interação mãe-criança, do ponto de vista metodológico, ainda se destaca o desafio de uma abordagem longitudinal e sistêmica, elementos essenciais para o avanço dos estudos desenvolvimentistas. Após essa visão panorâmica, procedeu-se à análise crítica detalhada de cinco (29,4%) artigos relacionados à temática de estresse e enfrentamento. A produção iniciou com dois artigos sobre estresse, que confirmaram a hospitalização e o adoecimento como eventos desencadeadores de reações de estresse em crianças e mães acompanhantes. Ao longo do tempo, os estudos evoluíram para a compreensão do enfrentamento, segundo a Teoria Motivacional do *Coping*, que apresenta uma perspectiva desenvolvimentista e hierárquica (comportamentos, estratégias, famílias) do enfrentamento. Em retrospectiva, a análise crítica revela uma trajetória de pesquisa consistentemente dedicada à compreensão do processo saúde-doença na infância e adolescência sob uma perspectiva desenvolvimentista. De forma prospectiva, as lacunas identificadas – como a necessidade de estudos longitudinais e a investigação aprofundada do apoio social em múltiplos sistemas ecológicos – já norteiam meu planejamento e atuação nas diferentes dimensões da docência: ensino, pesquisa e extensão.

Palavras-chave: desenvolvimento infantil; processo saúde-doença; stress; coping.

ABSTRACT

Although still incipient in Brazil, Pediatric Psychology is a sub-area of Health Psychology focused on the care and intervention with children and adolescents. Its approach is markedly developmental, with Bronfenbrenner's Bioecological Theory as one of its main theoretical frameworks. From this perspective, the individual is understood as an active being whose development occurs through reciprocal and progressively more complex interactions with people, objects, and symbols present in their environment (context) and over time. In line with this understanding, health professionals caring for ill and/or hospitalized children and adolescents must be aware that they are impacted by, and, in turn, impact this process. Given the relevance of stress and coping for understanding the health-disease process in children and adolescents, and considering the need to consolidate and reflect on the theoretical-methodological contributions to Pediatric Psychology, this work proposes a critical analysis of my own scientific production in the area, since I began my academic career, with a special focus on the theme of stress and coping. The bibliographic production was selected from the Lattes Platform. Out of 29 eligible articles, productions derived from Scientific Initiation (n=1) and Doctoral research (n=6) were excluded, leaving 22 works. From these, those not related to the themes of this contest were disregarded, resulting in 17 articles for analysis. The analyzed production is explicitly situated within Pediatric Psychology, focusing on the child's health-disease process, including studies where children themselves were respondents, ranging from Primary Care to specialized hospital services. Furthermore, the research demonstrates a concern with the bioecological perspective, seeking to analyze the family microsystem, more specifically the role of mothers. Although some studies have addressed mother-child interaction, from a methodological standpoint, the challenge of a longitudinal and systemic approach remains notable, which are essential elements for the advancement of developmental studies. Following this panoramic overview, a detailed critical analysis was conducted on five (29.4%) articles related to the theme of stress and coping. The production began with two articles on stress, which confirmed hospitalization and illness as events triggering stress reactions in both children and accompanying mothers. The studies evolved towards understanding coping, according to the Motivational Theory of Coping, which presents a developmental and hierarchical perspective (behaviors, strategies, families). In retrospect, this critical analysis reveals a research trajectory consistently dedicated to understanding the health-disease process in childhood and adolescence from a developmental perspective. Prospectively, the identified gaps – such as the need for longitudinal studies and in-depth investigation of social support across multiple ecological systems – already guide my planning and actions across the different dimensions of teaching: education, research, and outreach.

Keywords: child development; health-disease process; stress; coping.

LISTA DE TABELAS (QUADROS)

Quadro 1 - Listagem dos artigos selecionados para a análise a partir da Plataforma Lattes (n=17)	21
Quadro 2 - Listagem de artigos (n=5) sobre a temática de estresse e enfrentamento ..	30

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AEH	Instrumento de Avaliação de Estratégias de Enfrentamento da Hospitalização para Crianças
ANPEPP	Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia
APA	<i>American Psychological Association</i>
BDI	Inventário de Depressão de Beck
CFP	Conselho Federal de Psicologia
Denver II	<i>Denver Developmental Screening Test II</i>
EPPN	<i>European Pediatric Psychology Network</i>
ESI	Escala de <i>Stress</i> Infantil
FMB	Faculdade de Medicina de Botucatu
GA	Grupo Ameaça
GD	Grupo Desafio
GDA	Grupo Desafio e Ameaça
GIDEP	Grupo de Interação Social, Desenvolvimento e Psicopatologia
CFP	Conselho Federal de Psicologia
GT	Grupo de Trabalho
HCFMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HPA	Eixo hipotálamo-hipófise-adrenal
IDATE	Inventário de Ansiedade Traço-Estado
ISSL	Inventário de Sintomas de <i>Stress</i> para Adultos de Lipp
OMS	Organização Mundial da Saúde
PPCT	Pessoa - Processo - Contexto - Tempo
PUCCamp	Pontifícia Universidade Católica de Campinas
PUCPR	Pontifícia Universidade Católica do Paraná
SAG	Síndrome Geral de Adaptação
SRQ-20	<i>Self Report Questionnaire - 20</i>

TBDH	Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano
TMC	Teoria Motivacional do <i>Coping</i>
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNESP	Universidade Estadual Paulista

SUMÁRIO

RESUMO.....	6
ABSTRACT.....	7
LISTA DE TABELAS (QUADROS)	8
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	9
1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVO.....	19
3 MÉTODO	20
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	21
4.1 Análise da produção científica 2009-2024 (n=17).....	21
4.2 Análise crítica da produção científica sobre a temática estresse e enfrentamento (n=5)	29
4.3 Perspectivas atuais.....	43
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
REFERÊNCIAS.....	49
ANEXOS	57

1 INTRODUÇÃO

Se há uma área da saúde em que os conhecimentos da Psicologia do Desenvolvimento são imprescindíveis, esta área é a Psicologia Pediátrica. Desde o final do século XIX e início do século XX, houve uma aproximação da Psicologia e da Pediatria ao perceberem interesses em comum. Profissionais destas áreas começaram a articular ações conjuntamente, direcionadas ao tratamento médico não psiquiátrico de crianças e adolescentes, especialmente voltadas à avaliação de fatores psicossociais etiológicos ou agravantes de diversas enfermidades, à prevenção e ao tratamento de enfermidades associadas a fatores psicossociais e à necessidade de adesão a tratamentos (BARROS, 2003; LINHARES; DOCA; CREPALDI, 2019).

Essa aproximação culminou no surgimento da Psicologia Pediátrica. Embora pouco conhecida no Brasil, a Psicologia Pediátrica corresponde a uma subárea da Psicologia da Saúde com foco no acompanhamento e na intervenção de crianças e adolescentes (BARROS, 2003; LINHARES; DOCA; CREPALDI, 2019).

Cabe aqui uma ressalva quanto às denominações de Psicologia da Saúde e Psicologia Hospitalar, termo amplamente utilizado no Brasil. No contexto internacional, não existe a denominação Psicologia Hospitalar; emprega-se apenas a Psicologia da Saúde, que busca compreender como os fatores biológicos, comportamentais e sociais influenciam no processo saúde-doença (CASTRO, 2007; CASTRO; BORNHOLDT, 2004).

A inserção do profissional de psicologia na área da saúde, tanto internacionalmente quanto nacionalmente, ocorreu inicialmente em hospitais gerais. Nos Estados Unidos da América, o psicólogo começou a atuar em hospitais gerais após a Segunda Guerra Mundial (1939-1945). No Brasil, essa inserção se deu pouco depois, em 1954, com Mathilde Neder na clínica ortopédica e traumatológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP) (AZEVEDO; CREPALDI, 2016).

Contudo, nos Estados Unidos, na década de 1970, iniciaram-se questionamentos relacionados à possibilidade de atuação mais ampla do psicólogo em ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças. Esses questionamentos levaram à criação da Divisão 38, chamada *Health Psychology*, pela

*American Psychological Association*¹, no final da década (AZEVEDO; CREPALDI, 2016; CASTRO; BORNHOLDT, 2004), alinhada à perspectiva biopsicossocial de saúde proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (CASTRO, 2007). Posteriormente, a Psicologia da Saúde foi reconhecida também por outras associações na Europa e na América Latina e, atualmente, é uma área consolidada internacionalmente (CASTRO; BORNHOLDT, 2004).

No Brasil, o reconhecimento pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) da Psicologia Hospitalar como especialidade, por meio da Resolução nº 014 de 2000 (CFP, 2000), é anterior ao reconhecimento da Psicologia da (em) Saúde pela Resolução nº 003 de 2016 (CFP, 2016). De acordo com Castro e Bornholdt (2004), o surgimento e a consolidação da Psicologia Hospitalar no contexto nacional deve-se à hegemonia do modelo hospitalocêntrico de atenção em saúde, que visa o cuidado clínico/assistencial, em detrimento ao modelo sanitário. Azevêdo e Crepaldi (2016) pontuam que alguns acontecimentos históricos contribuíram para o desenvolvimento da Psicologia Hospitalar no Brasil, como a criação da Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia em 1994 e da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar em 1997.

Este contexto justifica, de certa forma, o desenvolvimento da Psicologia Hospitalar em detrimento à Psicologia da Saúde, mas os autores (AZEVEDO; CREPALDI, 2016; CASTRO, 2007; CASTRO; BORNHOLDT, 2004) concordam que o termo Psicologia Hospitalar se mostra inadequado. Sua limitação reside em referir-se apenas ao local ou contexto de atuação do profissional (atenção secundária ou terciária) e não às atividades desenvolvidas, que são mais abrangentes.

Assumindo, portanto, que a denominação Psicologia da Saúde é mais abrangente e coerente com a atual concepção de saúde da OMS, a Psicologia Pediátrica, assim como a Psicologia da Saúde, tem como foco o *continuum* saúde-doença, especificamente da população de crianças e adolescentes (CASTRO, 2007).

Mesmo com a crescente aproximação entre a Psicologia e a Pediatria, iniciada no século XIX e intensificada a partir da década de 1960 com a publicação do artigo de Jerome Kagan em que se discute o “casamento” entre essas áreas (AYLWARD; LEE, 2009; PERRICONE, 2021), o termo Psicologia Pediátrica foi utilizado pela primeira vez em 1967. Logan Wright, em seu artigo “*Pediatric Psychology*:

¹ <https://www.apa.org/about/division/div38>

A role model”, publicado na revista *American Psychologist*, propunha delimitar a atuação de psicólogos em serviços de saúde infantil (AYLWARD; LEE, 2009; LINHARES; DOCA; CREPALDI, 2019).

Em 1968, fundou-se a *Society of Pediatric Psychology*² e na década seguinte, em 1976, foi criado o periódico *Journal of Pediatric Psychology*, especializado na disseminação de conhecimentos científicos da área de Psicologia Pediátrica e, desde então, de suma relevância para a área (AYLWARD; LEE, 2009; LINHARES; DOCA; CREPALDI, 2019).

No início dos anos 2000, a *Society of Pediatric Psychology* se torna uma divisão independente da APA, a Divisão 54, denominada *Pediatric Psychology*³ (AYLWARD; LEE, 2009; BARROS, 2003; CASTRO, 2007; LINHARES; DOCA; CREPALDI, 2019) que mantém, atualmente, outro periódico voltado à área, intitulado *Clinical Practice in Pediatric Psychology*. Na Europa, a Psicologia Pediátrica se desenvolveu por meio da *European Pediatric Psychology Network* (EPPN) (PERRICONE, 2021).

Em paralelo ao desenvolvimento internacional, no Brasil, a inserção do psicólogo em serviços de assistência pediátrica hospitalar ocorreu na década de 1970, a partir da iniciativa isolada de alguns profissionais, tendo se expandido gradualmente ao longo das décadas de 1980 e 1990. Além do aumento de profissionais que atuavam em Psicologia Pediátrica, as pesquisas com intuito de geração de conhecimento na área começaram a se tornar mais frequentes, culminando, assim, na união de pesquisadores da área, liderados pela Profa. Célia Maria Lana da Costa Zanon no final da década de 1990 e início dos anos 2000. Em 2002, este grupo se estabelece como um Grupo de Trabalho (GT), denominado GT - Psicologia Pediátrica, vinculado à Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia (ANPEPP) (CASTRO, 2007; LINHARES; DOCA; CREPALDI, 2019).

Assim, como discutido sobre a Psicologia Hospitalar e Psicologia da Saúde, inicialmente, a Psicologia Pediátrica era definida apenas pelo contexto no qual as ações do psicólogo ocorriam. Essa definição foi se modificando, ao longo do tempo, e hoje compreende-se que a Psicologia Pediátrica atua desde a Atenção Primária, com ações de prevenção e promoção de saúde e do desenvolvimento saudável de

² <https://pedpsych.org/>

³ <https://www.apa.org/about/division/div54>

crianças e adolescentes, até serviços hospitalares altamente especializados (LINHARES; DOCA; CREPALDI, 2019).

Refletindo essa ampliação, em 2016, no mesmo ano do reconhecimento da Psicologia da (em) Saúde como uma área de especialização pelo CFP, o GT da ANPEPP passou a ser denominado GT - Psicologia da Saúde da Criança e do Adolescente, conforme informações disponíveis no Diretório de GTs Thereza Mettel da ANPEPP⁴.

Atualmente, a atuação em Psicologia Pediátrica não se restringe a serviços de saúde, sejam eles hospitalares ou não, tampouco à criança ou ao adolescente, estendendo-se à família, à equipe e à comunidade (BARROS, 2003; CASTRO, 2007; LINHARES; DOCA; CREPALDI, 2019). A ampliação e a diversidade se refletem, inclusive, nas publicações do periódico *Journal of Pediatric Psychology*. Entre os anos de 2018 e 2022, houve um aumento de publicações com populações gerais, como por exemplo, comunidades e amostras de escolares em comparação aos cinco anos anteriores (PALERMO, 2022).

De forma geral, a Psicologia Pediátrica tem por objetivos:

a) colaborar com as famílias, escolas, instituições de saúde e comunidade no que tange ao desenvolvimento de ações educativas que promovam a adoção de um estilo de vida saudável pelas crianças e adolescentes; b) intervir preventivamente em situações de risco à saúde da criança e do adolescente, impedindo a ocorrência de transtornos em seu processo de desenvolvimento; c) intervir terapeuticamente nos problemas de saúde física e mental de crianças e adolescentes, especialmente em situações de doença crônica ou tratamento prolongado, a fim de incentivar o desenvolvimento de estratégias eficientes e adesão ao tratamento, tanto em nível individual quanto familiar; d) facilitar a adaptação de crianças e adolescentes às situações de hospitalização e tratamentos de doença, prevenindo e/ou reduzindo os potenciais efeitos adversos associados a estas experiências; e) colaborar com a formação de profissionais de saúde para que possam atender às necessidades psicossociais de crianças, adolescentes e suas famílias (LINHARES; DOCA; CREPALDI, 2019, p.13-14).

Muito embora a Psicologia Pediátrica não possua um corpo teórico-conceitual próprio, possui marcadamente uma Perspectiva Desenvolvimentista, considerando as especificidades da infância e da adolescência, o que a diferencia, inclusive, da Psicologia da Saúde (BARROS, 2003; LINHARES; DOCA; CREPALDI, 2019). Por exemplo, o tema da adesão é de suma importância para quem trabalha na área da saúde. Mas, dentro de uma perspectiva desenvolvimentista, é primordial pensar

⁴ https://www.cadastro.anpepp.org.br/grupotrabalho/view?ID_GRUPO_TRABALHO=40

como características de onipotência da adolescência perpassam o entendimento da adesão nesta fase.

Sendo assim, referenciais teóricos da Psicologia do Desenvolvimento norteiam os estudos e as práticas em Psicologia Pediátrica. De acordo com Linhares, Doca e Crepaldi (2019), um dos referenciais amplamente utilizado para o estudo do desenvolvimento humano é a Teoria Bioecológica, formulada por Urie Bronfenbrenner, psicólogo nascido na Rússia em 1917 e radicado nos Estados Unidos (BENETTI et al., 2013).

Durante toda sua carreira, até seu falecimento em 2005, Bronfenbrenner reviu, reformulou e reestruturou sua teoria. Segundo Rosa e Tudge (2013), é possível identificar três fases da teoria de Bronfenbrenner. A primeira fase se inicia em 1973 e se estende até 1979, quando Bronfenbrenner publicou o livro *“Ecology of Human Development”*, traduzido e publicado no Brasil somente em 1996 (CECCONELLO; KOLLER, 2003). Essa obra se opunha à ênfase dada aos fatores individuais do desenvolvimento, passando a valorizar vários aspectos do contexto. Não se tratava, porém, de considerar apenas as influências do contexto no desenvolvimento humano, mas sim de ressaltar a interdependência indivíduo-contexto e, por isso, o uso do termo ecologia (BENETTI et al., 2013; PRATI et al., 2008; ROSA; TUDGE, 2013).

De acordo com a formulação inicial proposta por Bronfenbrenner, em analogia a uma boneca russa, o contexto era entendido em quatro níveis concêntricos: microssistema (ambientes em que a pessoa estabelece relações diretas), mesossistema (conjunto de microssistemas de uma pessoa e a relação que se estabelece entre eles), exossistema (ambientes em que a pessoa não participa diretamente mas que a influenciam de forma indireta), e macrossistema (ideologias, crenças, valores, cultura, que permeiam o cotidiano da pessoa e a forma como os demais sistemas se relacionam) (BENETTI et al., 2013; BRONFENBRENNER, 1996; CECCONELLO; KOLLER, 2003; POLETTO; KOLLER, 2008; PRATI et al., 2008; ROSA; TUDGE, 2013).

A segunda fase compreende o período de 1980 a 1993, incluindo o ano de 1992, quando Bronfenbrenner passa a denominar suas proposições como Teoria dos Sistemas Ecológicos, buscando contemplar de forma mais detalhada a pessoa em desenvolvimento (ROSA; TUDGE, 2013).

Com o passar do tempo e as atualizações realizadas, tem-se a terceira e última fase, de 1993 a 2006 (ROSA; TUDGE, 2013). Nesta fase, Bronfenbrenner definiu os processos proximais e o desenvolvimento humano passou a ser compreendido considerando quatro aspectos: o processo, a pessoa, o contexto e o tempo (Modelo PPCT). Para o entendimento do contexto, manteve-se a divisão em quatro níveis: micro, meso, exo e macrosistema (BENETTI et al., 2013; BRONFENBRENNER; EVANS, 2000; CECCONELLO; KOLLER, 2004; POLETTTO; KOLLER, 2008; PRATI et al., 2008; ROSA; TUDGE, 2013).

Nessa perspectiva, do Modelo PPCT, o indivíduo (pessoa) é um ser ativo e, por meio de interações recíprocas (processo), progressivamente mais complexas com pessoas, objetos e símbolos presentes no seu ambiente (contexto) em determinado momento (tempo), ocorre o desenvolvimento humano. Por exemplo, a compreensão de permanência do objeto, importante indicador de desenvolvimento cognitivo, pode ser estimulada por meio de brincadeiras de “cadê achou” (processo) entre o bebê (pessoa) e sua mãe (microsistema).

Essas reformulações levaram a diferentes denominações da teoria ao longo do tempo: “Modelo Bioecológico de Desenvolvimento Humano” e, mais atualmente, “Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano” (TBDH) (BENETTI et al., 2013; CECCONELLO; KOLLER, 2003; POLETTTO; KOLLER, 2008; PRATI et al., 2008). Este modelo teórico foi adaptado para a área da Psicologia Pediátrica por Kazak, Rourke e Crump, que passou a considerar a criança doente ou enferma como a pessoa em desenvolvimento, e a incluir o contexto hospitalar como parte de seu microsistema (LINHARES; DOCA; CREPALDI, 2019).

Em consonância a essa compreensão de desenvolvimento, profissionais da saúde devem identificar e prover o cuidado de uma criança ou de um adolescente enfermo e/ou hospitalizado, cientes de que impactam e são impactados neste fazer. Embora o estresse seja uma condição inerente à vida das pessoas, alguns eventos, a princípio, desencadeiam reações mais intensas de estresse, como situações de adoecimento e/ou hospitalização. O estresse, por sua vez, quando intenso e crônico, oferece riscos à saúde física e mental, com impactos diferenciados ao longo do ciclo vital (ENUMO et al., 2019).

Todavia, essa reação depende da interpretação que a pessoa tem do evento e, ainda mais, de sua percepção dos recursos pessoais e contextuais para lidar com o evento (enfrentamento) (ENUMO et al., 2019), reforçando o papel ativo da pessoa,

proposto por Bronfenbrenner e, além disso, o papel de familiares e profissionais de saúde na trajetória desenvolvimental da criança ou do adolescente. Ademais, a interpretação do evento e a percepção dos recursos estão intimamente relacionados às fases do desenvolvimento (SKINNER; ZIMMER-GEMBECK, 2007; ZIMMER-GEMBECK; SKINNER, 2011).

Diante da relevância do tema do estresse e enfrentamento para a compreensão do processo saúde-doença em crianças e adolescentes, e considerando a necessidade de consolidar e refletir sobre as contribuições teórico-metodológicas para a área da Psicologia Pediátrica, ou da Psicologia do Desenvolvimento na área da saúde, este trabalho propõe realizar uma análise crítica da produção científica de minha autoria sobre a temática.

2 OBJETIVO

Este trabalho tem por objetivo realizar a análise crítica da produção científica de minha autoria (como autora principal ou co-autora), a partir do ingresso na carreira docente, na área de Psicologia Pediátrica, especialmente quanto à temática de estresse e enfrentamento (*coping*).

3 MÉTODO

A produção bibliográfica a ser analisada criticamente foi selecionada na Plataforma Lattes⁵, em 01 de abril de 2025. Na referida data constavam 29 artigos publicados em periódicos e seis capítulos de livros. Por se tratar de artigos originais, provenientes de trabalhos de pesquisa científica, tomou-se os artigos como elegíveis (n=29).

De acordo com a Resolução UNESP nº 27/2009 (UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA, 2009), alterada pela Resolução UNESP nº 42/2016 (UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA, 2016), “o acesso ao Concurso de Livre-Docência pressupõe maturidade acadêmica a ser conquistada após a obtenção do título de Doutor (...)”. Sendo assim, o primeiro critério de seleção dos artigos excluiu as produções derivadas da pesquisa de Iniciação Científica (n=1) e de Doutorado (n=6), mesmo que sua publicação tenha ocorrido após o início da carreira docente.

Em seguida, dentre as 22 produções restantes, foram excluídas aquelas que não se referiam a temáticas objetos deste concurso: qualidade de vida em pacientes diabéticos adultos (n=1); formação pós-graduada de psicólogos (n=1); atitude de profissionais de saúde frente ao uso de álcool (n=1); avaliação de memória episódica (n=2).

Assim, restaram 17 artigos publicados ao longo de minha trajetória como docente, até o presente momento, sobre temáticas de Psicologia do Desenvolvimento, especialmente relacionados à saúde materno-infantil, à saúde da criança e do adolescente. Considerando as definições apresentadas anteriormente, pode-se concluir que se trata de produções na área de Psicologia Pediátrica.

Foi realizada uma análise crítica inicial dos 17 artigos e, em seguida, optou-se por uma análise mais detalhada de 5 deles referentes à temática de estresse e enfrentamento (*coping*), dada sua relevância para a área de Psicologia Pediátrica e o arcabouço teórico que a sustenta.

⁵ <http://lattes.cnpq.br/5871106910374554>

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Análise da produção científica 2009-2024 (n=17)

A produção científica inicialmente analisada (n=17) se inicia no ano de 2009 (n=1), que coincide com minha contratação como Professora Assistente Doutora na Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), embora a produção demonstre maior regularidade no período de 2019 a 2024 (n= 10), quando acontece minha inserção como docente colaboradora e, posteriormente, docente permanente em Programas de Pós-graduação da universidade.

No Quadro 1 encontram-se listados os 17 artigos analisados, em ordem cronológica de publicação (ordem crescente).

Quadro 1 - Listagem dos artigos selecionados para a análise a partir da Plataforma Lattes (n=17)

ANO	ARTIGO	DOI
2009	PEROSA, G.B.; CANAVEZ, I.C.; SILVEIRA, F.C.P.; PADOVANI, F.H.P.; PERAÇOLI, J.C. Sintomas depressivos e ansiosos em mães de recém-nascidos com e sem malformações. <i>Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia</i> , v. 31, n. 9, p. 433-439.	https://doi.org/10.1590/S0100-72032009000900003
2012	CARNIER, L.E.; RODRIGUES, O.M.P.R.; PADOVANI, F.H.P. Stress materno e hospitalização infantil pré-cirúrgica. <i>Estudos de Psicologia (Campinas)</i> , v. 29, n. 3, p. 315-325.	https://doi.org/10.1590/S0103-166X2012000300002
2014	(a)RIBEIRO, D.G; PEROSA, G.B; PADOVANI, F.H.P. Fatores de risco para o desenvolvimento de crianças atendidas em Unidades de Saúde da Família, ao final do primeiro ano de vida: aspectos sociodemográficos e de saúde mental materna. <i>Ciência e Saúde Coletiva</i> , v. 19, n. 01, p. 215-226.	https://doi.org/10.1590/1413-81232014191.1904
	(b)RIBEIRO, D.G.; PEROSA, G.B.; PADOVANI, F.H.P. Mental health, mother-child interaction and development at the end of the first year of life. <i>Paidéia</i> , v. 24, n. 59, p. 331-339.	https://doi.org/10.1590/1982-43272459201407

2015	CARNIER, L.E.; PADOVANI, F.H.P.; PEROSA, G.B.; RODRIGUES, O.M.P.R. Estratégias de enfrentamento em crianças em situação pré-cirúrgica: relação com idade, sexo, experiência com cirurgia e estresse. <i>Estudos de Psicologia (Campinas)</i> , v. 32, n.2, p. 319-330.	https://doi.org/10.1590/0103-166X2015000200015
2016	MARTINI, J.A.; PEROSA, G.B.; PADOVANI, F.H.P. Quality of life of preterm children: Risk and protective factors. <i>Paidéia</i> , v. 26, n. 65, p. 325-332.	https://doi.org/10.1590/1982-43272665201610
	SALIBA, F.G. ADIWARDANA, N.S.; UEHARA, E.U.; SILVESTRE, R.N.; LEITE, V.V.; FALEIROS, F.T.V.; PADOVANI, F.H.P.; DE GOBBI, J.I.F. Salivary cortisol levels: the importance of clown doctors to reduce stress. <i>Pediatric Reports</i> , v. 8, n.1, p. 6188.	https://doi.org/10.4081/pr.2016.6188
2019	DIB, E.P.; PADOVANI, F.H.P.; PEROSA, G.B. Mother-child interaction: implications of chronic maternal anxiety and depression. <i>Psicologia: Reflexão e Crítica</i> , v. 32, p. 10.	https://doi.org/10.1186/s41155-019-0123-6
	MARTINI, J.A.; PEROSA, G.B.; PADOVANI, F.H.P. Qualidade de vida de escolares nascidos prematuros, o relato do cuidador e o auto-relato infantil. <i>Ciência & Saúde Coletiva</i> , v. 24, n. 12, p. 4699-4706.	https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.18062017
	RODRIGUES, O.M.P.R.; DE CAMPOS, B.C.; MARTINS, J.M.; PADOVANI, F.H.P. Práticas e crenças maternas sobre cuidado e estimulação de bebês prematuros e a termo. <i>Mudanças</i> , v. 27, n. 2, p. 1-7.	https://pepsic.bvsalud.org/pdf/muda/v27n2/v27n2a01.pdf
2021	PADOVANI, F.H.P.; LOPES, G.C.; PEROSA, G.B. Coping behavior of children undergoing chemotherapy. <i>Estudos de Psicologia (Campinas)</i> , v. 38, p. e190121.	https://doi.org/10.1590/1982-0275202138e190121
2022	BOMBARDA, L.V.; RAMOS-CERQUEIRA, A.T.A.; PADOVANI, F.H.P.; SILVA, I. Y. M. Obesidade infantil: Estudo dos aspectos sociodemográficos de crianças. <i>Revista Ciências da FAP</i> , v. 5, p. 264-283.	https://revistas.fadap.br/ciencias/article/view/38/34
	GARCIA, N.V.; PADOVANI, F.H.P.; PEROSA, G.B. Temperamento Infantil: Associação com Sintomas Depressivos Maternos na Gestação e no Pós-Parto. <i>Paidéia</i> , v. 32, p. e3227.	https://doi.org/10.1590/1982-4327e3227

2023	PEROSA, G.B.; PADOVANI, F.H.P.; LOPES, G.C. Compreensão sobre o adoecimento e o tratamento quimioterápico de crianças com câncer. <i>Interface</i> , v. 27, p. e230028.	https://doi.org/10.1590/interfaze.230028
	PRATA, I.M.; PADOVANI, F.H.P. Estratégias de enfrentamento de mães de crianças com doenças crônicas durante internação. <i>Psicologia, Saúde & Doenças</i> , v. 24, n. 1, p. 28-40.	https://doi.org/10.15309/23psd240103
2024	PRADO, A. P.; PADOVANI, F.H.P. Sintomas somáticos funcionais em crianças atendidas na atenção primária à saúde. <i>Psicologia Argumento</i> , v. 42, n. 116, p. 233-253.	https://doi.org/10.7213/psicolargum.42.116.AO11
	SIQUEIRA, J.S.; PRADO, A.P. DO; GOES, T.N.; PADOVANI, F.H.P. Eating psychofunctional symptoms in children and indicators of maternal depressive symptoms. <i>International Journal of Health Science</i> , v. 4, p. 2-11.	https://doi.org/10.22533/at.ed.159492423019

Fonte: Elaborado pela autora, 2025.

É possível notar predomínio de publicações nas revistas Estudos de Psicologia - PUCCamp (n=3) e Paideia (n=3), seguidas pela revista Ciência & Saúde Coletiva (n=2). Os demais artigos (n=9) encontram-se publicados em revistas diversas das áreas de Psicologia e Saúde Coletiva principalmente e também de outras áreas da saúde: Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia; Pediatric Reports; Mudanças: Psicologia da Saúde; Psicologia: Reflexão e Crítica; Revista Ciências FAP; Psicologia, Saúde & Doenças; Interface (Botucatu); International Journal of Health Science; Psicologia Argumento (PUCPR).

Todos os artigos foram realizados em co-autoria com alunos de Iniciação Científica e/ou Pós-graduação, nível Mestrado e/ou Doutorado. Além disso, nota-se a existência de parceria de pesquisa consolidada com a pesquisadora Gimol Benzaquen Perosa, com dez artigos em co-autoria. Outra parceria frequente, especialmente no período 2010-2020, se deu com a pesquisadora Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues (n=3).

Minha produção como docente teve como ponto de partida o aprofundamento das questões de saúde mental materna exploradas em meu doutorado, com duas publicações iniciais focadas em saúde mental materna, cujos filhos apresentavam uma malformação ou encontravam-se hospitalizados para a realização de cirurgias

eletivas (PEROSA et al., 2009; CARNIER; RODRIGUES; PADOVANI, 2012). Estudar a saúde mental materna é de suma relevância para o planejamento e a elaboração de ações e políticas de cuidado voltadas à própria mãe e à criança (ATIF; LOVELL; RAHMAN, 2015), uma vez que, muito precocemente e ao longo de toda a vida, a família constitui um microssistema de desenvolvimento para o indivíduo. De acordo com o referencial da Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner, o microssistema é o sistema ecológico mais próximo e compreende um conjunto de relações entre a pessoa em desenvolvimento, no caso as crianças, e seu ambiente mais imediato (BENETTI et al., 2013; BRONFENBRENNER, 1996; CECCONELLO; KOLLER, 2003; POLETTO; KOLLER, 2008; PRATI et al., 2008; ROSA; TUDGE, 2013).

Ainda considerando a importância do microssistema familiar para o desenvolvimento de crianças e adolescentes, outras duas produções mais recentes mantêm o foco exclusivamente na mãe, seja quanto às suas crenças e práticas parentais sobre o cuidado de bebês prematuros (RODRIGUES et al., 2019), seja em relação às suas estratégias de enfrentamento diante da internação de um(a) filho(a) com doença crônica (PRATA; PADOVANI, 2023).

No contexto da Psicologia Pediátrica, desde os anos 90, houve um aumento significativo de estudos e publicações sobre o papel dos familiares nos cuidados à saúde de crianças e adolescentes, o que se refletiu também na produção do GT da ANPEPP (PEROSA et al., 2019). Muito embora seja possível identificar uma maior valorização paterna na vida dos filhos neste século, com maior envolvimento nas atividades diárias, além de mais responsabilidade no cuidado (CAMPEOL; BENATTI; PEREIRA, 2021), os cuidados de filhos com doenças crônicas são de responsabilidade das mães na quase totalidade das situações, refletindo desigualdades de gênero presentes ainda hoje na nossa sociedade. Ao pai caberia a função de ajudar nos cuidados sob responsabilidades das mães (MARTINS; REIS, 2022). De certa forma, permanece no imaginário social uma concepção tradicional de paternidade e maternidade, mais amplamente, de masculino e feminino, relacionada ao macrossistema (CAMPEOL; BENATTI; PEREIRA, 2021), ou seja, ao sistema de crenças e ideologias que norteiam e sustentam a vida de homens e mulheres na esfera pública e privada (BENETTI et al., 2013; BRONFENBRENNER, 1996; CECCONELLO; KOLLER, 2003; POLETTO; KOLLER, 2008; PRATI et al., 2008; ROSA; TUDGE, 2013).

Já os artigos que tiveram como foco a criança (n=8) abordaram diferentes condições de saúde: sintomas somáticos funcionais (PRADO; PADOVANI, 2024), obesidade (BOMBARDA et al., 2022), nascimento prematuro (MARTINI; PADOVANI; PEROSA, 2016; MARTINI; PEROSA; PADOVANI, 2019), hospitalização (SALIBA et al., 2016), preparação para cirurgia (CARNIER et al., 2015), tratamento quimioterápico (PADOVANI; LOPES; PEROSA, 2021; PEROSA; PADOVANI; LOPES, 2023).

Embora o foco fosse a criança, em alguns destes estudos, seja pela idade delas (PRADO; PADOVANI, 2024), seja por escolhas metodológicas (BOMBARDA et al., 2022; MARTINI; PADOVANI; PEROSA, 2016), a variável de interesse não foi coletada diretamente com a criança. De fato, segundo Campos-Ramos e Barbato (2014), tradicionalmente, as crianças são consideradas objetos de pesquisa, em consonância a uma visão adultocêntrica desta população, e ainda são raros os estudos em que são consideradas sujeitos.

Mesmo no estudo de Saliba et al. (2016), embora a coleta de dados tenha sido realizada com a criança, parte dela pressupunha medida fisiológica de estresse (cortisol) e, portanto, pode-se questionar a real participação da criança na pesquisa. Sua participação efetiva se deu ao responder uma Escala Analógica Visual sobre sua satisfação com as atividades lúdicas realizadas por alunos do Projeto de Extensão “Doutores da Alegria”.

Essa invisibilidade das crianças como atores sociais, com direito de serem ouvidas e de se expressarem livremente sobre assuntos de seu interesse, passa a ser questionada especialmente a partir da década de 90. Desde cedo a criança é capaz de examinar sua situação de adoecimento e aprender com sua própria experiência e a experiência do outro. Sendo assim, ouvi-la sobre sua vivência de adoecimento e/ou hospitalização passa a ser uma necessidade, em uma perspectiva dialógica, interativa e cuidadora (COSTA; PASSEGGI; ROCHA, 2020).

Talvez, o estudo de Martini, Perosa e Padovani (2019) seja um exemplo que se aproxima desta perspectiva ao avaliar a qualidade de vida de crianças com idades de 5 a 8 anos, que nasceram prematuras, sob o ponto de vista dos pais, mas também sob sua própria perspectiva. A partir dos resultados encontrados, considerou-se que crianças podem ser informantes precisas de sua saúde física e mental e são capazes de identificar afetos positivos e relacioná-los ao bem-estar subjetivo, diferentemente da maior parte dos estudos até aquele momento.

A consolidação da criança como participante direta, capaz de fornecer informações sobre si e suas percepções, seus afetos, se dá nos estudos sobre compreensão de saúde-doença, mais especificamente sobre o tratamento quimioterápico (PEROSA; PADOVANI; LOPES, 2023), e sobre o enfrentamento (*coping*) (CARNIER et al., 2015; PADOVANI; LOPES; PEROSA, 2021), que serão melhor explorados adiante.

Por fim, alguns estudos (n=5) buscaram avaliar a díade mãe-criança (DIB; PADOVANI; PEROSA, 2019; GARCIA; PADOVANI; PEROSA, 2022; RIBEIRO; PEROSA; PADOVANI, 2014a; RIBEIRO; PEROSA; PADOVANI, 2014b; SIQUEIRA et al., 2024), reforçando que a família é o primeiro grupo social e um importante microsistema da criança, segundo o modelo teórico de Bronfenbrenner (BENETTI et al., 2013; BRONFENBRENNER, 1996; CECCONELLO; KOLLER, 2003; POLETTO; KOLLER, 2008; PRATI et al., 2008; ROSA; TUDGE, 2013). De acordo com Assis, Moreira e Fornasier (2021), apesar de a criança interagir com pessoas e com objetos ao seu redor desde o momento de seu nascimento, nos primeiros anos de vida, ela mantém essas interações principalmente com pessoas e ambientes familiares.

Contudo, é necessário salientar que apenas dois destes estudos conseguiram avaliar a interação mãe-criança (DIB; PADOVANI; PEROSA, 2019; RIBEIRO; PEROSA; PADOVANI, 2014b), por meio da observação, considerada uma técnica útil e vantajosa nestes casos, por permitir capturar a sequência dos eventos e trocas entre os parceiros sociais (SEIDL-DE-MOURA; RIBAS, 2007). Ambos utilizaram o registro em vídeos e a posterior análise da interação pelo Protocolo de Avaliação da Interação Diádica (PICCININI; FRIZZO; MARIN, 2007), elaborado pelo Núcleo de Infância e Família do Grupo de Interação Social, Desenvolvimento e Psicopatologia (GIDEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), baseado em trabalhos de autores como Cox e Ainsworth, Blehar, Waters e Wall.

O protocolo tem por objetivo avaliar, a partir de categorias, os comportamentos das crianças de um ano e dos pais (um deles), num momento de interação. Os autores sugerem que as interações ocorram em uma sala com brinquedos e equipamentos para gravação, por um período de 7 minutos ou mais. Os pais devem ser orientados a interagirem livremente com a criança, como no cotidiano. As gravações devem ser avaliadas considerando seis categorias do comportamento do adulto familiar presente: sensibilidade, estimulação cognitiva,

afeto positivo, afeto negativo, desengajamento e intrusividade. Já os comportamentos infantis englobam quatro categorias: envolvimento, interação, afeto positivo e afeto negativo. A análise pode ser feita de modo macroanalítico, ou seja, considerando o tempo total do episódio interativo ou, em alguns casos, em um nível mesoanalítico, de minuto em minuto, o que permite analisar mudanças e alterações comportamentais ao longo do episódio (PICCININI; FRIZZO; MARIN, 2007).

O estudo de Ribeiro, Perosa e Padovani (2014b) teve como objetivo avaliar a relação entre interação mãe-filho e o desenvolvimento neuropsicomotor de crianças com um ano de vida, levando em consideração a saúde mental materna. Avaliou-se o desenvolvimento de 65 crianças, usuárias de Unidades de Saúde da Família, por meio do instrumento Denver II (*Denver Developmental Screening Test II*), e a saúde mental materna, mais especificamente Transtorno Mental Comum, por meio do SRQ-20 (*Self Report Questionnaire-20*). A interação foi registrada em vídeo e avaliada pelo Protocolo de Avaliação de Interação Diádica (PICCININI; FRIZZO; MARIN, 2007). Quase metade das crianças (43,1%) apresentaram risco desenvolvimental e 44,6% das mães pontuaram para Transtorno Mental Comum. Diferentemente do esperado, a saúde mental materna não se associou aos comportamentos interativos. Alguns comportamentos maternos e infantis associaram-se a atrasos desenvolvimentais, mas apenas a estimulação cognitiva, mostrou-se preditora de atrasos, reforçando a importância da mediação materna, intencional e recíproca, para a promoção do desenvolvimento infantil.

Já o segundo estudo, de Dib, Padovani e Perosa (2019), buscou comparar características da interação entre crianças de 14 meses e suas mães que apresentavam sintomas crônicos de ansiedade e/ou de depressão com aquelas díades, da mesma idade, cujas mães não apresentavam problemas emocionais. A amostra foi constituída por 40 díades mãe-bebê selecionadas a partir de um estudo de coorte. As mães foram avaliadas quanto a sintomas ansiosos, por meio do IDATE (Inventário de Ansiedade Traço-Estado), e depressivos, utilizando o BDI (Inventário de Depressão de Beck) em três momentos: durante a gestação, aos 6 e aos 14 meses de vida do bebê. Assim, foram formados três grupos: mães com sintomas crônicos, ou seja, nas três avaliações, de ansiedade (n=10), mães com sintomas crônicos de depressão e de ansiedade (n=8) e mães sem problemas de saúde mental. Não foram identificadas mães com sintomas exclusivamente de depressão nas três avaliações.

As mães, então, responderam a um questionário socioeconômico e, em seguida, episódio de 7 minutos de interação da díade foi gravado (filmagem) e a interação foi avaliada também por meio do Protocolo de Avaliação de Interação Diádica (PICCININI; FRIZZO; MARIN, 2007), assim como no estudo de Ribeiro, Perosa e Padovani (2014b). A comparação dos comportamentos interativos dos três grupos apontou prejuízos para as díades formadas por mães com sintomas crônicos de depressão e de ansiedade. Por um lado, essas mães foram menos sensíveis, mais desengajadas e mostraram menos afeto positivo do que as mães sem problemas de saúde mental. Além disso, elas estimularam menos e mostraram mais afeto negativo, enquanto as crianças interagiram menos, em comparação tanto com o grupo controle quanto com o grupo de mães com sintomas crônicos de ansiedade (DIB; PADOVANI; PEROSA, 2019).

Ou seja, a criança, desde muito pequena, se mostra ativa no episódio de interação com sua mãe. Diante de um comportamento de menor estimulação e mais afeto negativo, as crianças interagiram menos. O comportamento mais apático da criança em relação à mãe, por outro lado, contribuía para manifestações de afeto mais negativo e menos estimulação (DIB; PADOVANI; PEROSA, 2019). Esses resultados reforçam o conceito de interação como um processo bidirecional, de ações recíprocas (PICCININI, FRIZZO, MARIN, 2007) e são convergentes à ideia de bidirecionalidade do modelo teórico de Bronfenbrenner, posteriormente ampliada com a definição de processo proximal (BENETTI et al., 2013; BRONFENBRENNER, 1996; CECCONELLO; KOLLER, 2003; POLETO; KOLLER, 2008; PRATI et al., 2008; ROSA; TUDGE, 2013).

Em sua definição sobre processo proximal, Bronfenbrenner enfatiza a importância da presença simultânea de cinco aspectos, dentre os quais destacam-se dois relacionados à reciprocidade: reciprocidade e estimulação. Ou seja, para que os processos proximais sejam efetivos, deve haver reciprocidade nas relações interpessoais; e, para que a interação recíproca ocorra, os objetos e símbolos presentes no ambiente imediato devem estimular a atenção, exploração, manipulação e imaginação da pessoa em desenvolvimento (CECCONELLO; KOLLER, 2003; PRATI et al., 2008).

Ainda em relação ao estudo de Dib, Padovani e Perosa (2019), como era esperado, as mães que apresentavam sintomas crônicos de ansiedade eram mais

intrusivas na interação em comparação às mães do grupo controle, sem problemas de saúde mental.

Outros dois artigos realizaram avaliações da mãe (características sociodemográficas e saúde mental) e de características infantis (temperamento, desenvolvimento neuropsicomotor), pressupondo o impacto de aspectos relacionais, interativos. Contudo, tinham um delineamento transversal e realizaram análises de associação entre os indicadores, limitando, assim, conclusões sobre relação causa e efeito e sobre processo (GARCIA; PADOVANI; PEROSA, 2022; RIBEIRO; PEROSA; PADOVANI, 2014a). Já o artigo de Siqueira et al. (2024) também avaliou características sociodemográficas e da saúde mental materna (sintomas depressivos) e características infantis (sintomas psicossomáticos alimentares) de forma transversal. Mas, neste caso, optou-se pelo estudo de casos múltiplos (CARNEIRO, 2018; YIN, 2015), em uma abordagem qualitativa de investigação.

Concluindo, pode-se considerar que a produção está explicitamente inserida na área da Psicologia Pediátrica, com foco no processo saúde-doença da criança, desde a Atenção Primária até o serviço hospitalar especializado. Ademais, esboça uma preocupação com uma perspectiva bioecológica, ao buscar analisar o microsistema familiar, mais especificamente as mães. Mesmo que alguns estudos tenham se debruçado sobre a análise da interação mãe-criança, do ponto de vista metodológico, ainda se faz notório o desafio de uma abordagem longitudinal e sistêmica, essenciais para o avanço dos estudos dentro de uma perspectiva desenvolvimentista.

4.2 Análise crítica da produção científica sobre a temática estresse e enfrentamento (n=5)

Após esta visão panorâmica da minha produção, seguiu-se a análise crítica mais detalhada de cinco (29,4%) dos 17 artigos listados, referentes a temática de relevância para a área da Psicologia Pediátrica, para a qual Barros (2003) dedica um capítulo de seu livro: estresse e enfrentamento (*coping*). Trata-se de um tema frequentemente estudado e de crescente interesse também do GT da ANPEPP, incluindo estudos de intervenção para a redução do estresse e a ampliação de estratégias de enfrentamento de crianças, adolescentes e seus familiares (ENUMO et al., 2019; MOTTA et al., 2024; PEROSA et al., 2019).

Abaixo (Quadro 2) encontram-se as informações sobre os cinco artigos (autoria, título e ano de publicação), agrupados segundo temática (estresse ou enfrentamento). Estes artigos encontram-se disponíveis na seção Anexos.

Quadro 2 - Listagem de artigos (n=5) sobre a temática de estresse e enfrentamento

Autoria	Título	Ano de publicação
<i>Estresse</i>		
CARNIER, L.E.; RODRIGUES, O.M.P.R.; PADOVANI, F.H.P.	Stress materno e hospitalização infantil pré-cirúrgica.	2012
SALIBA, F.G.; ADIWARDANA, N.S.; UEHARA, E.U.; SILVESTRE, R N.; LEITE, V. V.; FALEIROS, F.T.V.; PADOVANI, F.H.P.; DE GOBBI, J I.F.	Salivary cortisol levels: the importance of clown doctors to reduce stress.	2016
<i>Enfrentamento</i>		
CARNIER, L.E.; PADOVANI, F.H.P.; PEROSA, G.B.; RODRIGUES, O.M.P.R.	Estratégias de enfrentamento em crianças em situação pré-cirúrgica: relação com idade, sexo, experiência com cirurgia e estresse.	2015
PADOVANI, F.H.P.; LOPES, G. C.; PEROSA, G. B.	Coping behavior of children undergoing chemotherapy	2021
PRATA, I.M.; PADOVANI, F.H.P.	Estratégias de enfrentamento de mães de crianças com doenças crônicas durante internação	2023

Fonte: Elaborado pela autora, 2025

De acordo com o Quadro 2, identificou-se dois artigos sobre a temática do estresse, um em que foi avaliado o estresse de crianças de 6 e 7 anos hospitalizadas por diferentes motivos na enfermaria pediátrica de um hospital geral (SALIBA et al., 2016) e outro em que se avaliou o estresse de mães acompanhantes de crianças hospitalizadas para realização de procedimentos cirúrgicos eletivos (CARNIER; RODRIGUES; PADOVANI, 2012). Os outros três estudos destacados abordaram o enfrentamento, sendo dois com crianças (CARNIER et al., 2015; PADOVANI; LOPES; PEROSA, 2021) e um com mães (PRATA; PADOVANI, 2023).

Embora seja um termo amplamente utilizado na área da saúde e, até mesmo no senso comum, não há consenso entre os especialistas e pesquisadores a respeito do conceito de estresse (BARROS, 2003). De uma forma geral, o estresse pode ser abordado de três formas: baseado nos estímulos (eventos estressores), baseado nas respostas (reações de estresse) e de acordo com a perspectiva cognitiva, que assume o estresse como uma relação particular entre o indivíduo e o meio e, por isso, também conhecida como Modelo Transacional (BARROS, 2003; FARO; PEREIRA, 2013).

A abordagem da resposta de estresse é bastante difundida na área da saúde, a partir de uma perspectiva psiconeuroimunológica, que se baseia no conceito de estresse de Hans Selye (PAGLIARONI; SFORCIN, 2009), endocrinologista húngaro-canadense (LIPP; LIPP, 2019). O termo estresse foi utilizado pela primeira vez por Selye em 1936, em um artigo publicado na revista *Nature* para se referir a uma resposta não específica do organismo diante de agentes nocivos ou estressores, que perturbam sua homeostase. Portanto, trata-se de uma resposta adaptativa, visando a sobrevivência do organismo (LIPP; LIPP, 2019; PAGLIARONI; SFORCIN, 2009).

Nesta perspectiva, o cortisol tem sido amplamente apontado na literatura como uma medida objetiva de estresse, um biomarcador (FUNG et al., 2022; REZAI et al., 2022; SÁNCHEZ et al., 2024), utilizado em diversos estudos, inclusive em alguns com crianças com quadros agudos de adoecimento. Por exemplo, com o objetivo de responder se os níveis endógenos de cortisol variam entre crianças e adolescentes saudáveis e crianças com diferentes doenças agudas, Rezai et al. (2022) conduziram uma revisão sistemática com 15 estudos e 864 crianças e adolescentes. De acordo com os resultados, os níveis de cortisol foram maiores entre as crianças com doenças agudas, embora houvesse diferenças entre elas, em comparação às crianças saudáveis.

O estudo destacado no Quadro 2 de Saliba et al. (2016) utilizou o cortisol salivar como medida de estresse de crianças de 6 e 7 anos, internadas em uma enfermaria pediátrica por quadros agudos, antes e após a realização de atividades lúdicas (palhaçoterapia) por alunos de graduação no Projeto de Extensão “Médicos da Alegria”. Considerando que as atividades do Projeto de Extensão ocorriam em dois horários diferentes e que o cortisol sofre influências do ciclo circadiano, as crianças foram divididas em dois grupos: “almoço” e “jantar”. A comparação

intragrupo dos níveis de cortisol nas amostras salivares, considerando os momentos pré e pós-intervenção, apontou para uma diminuição em ambos os grupos após a intervenção.

Os achados do estudo, embora importantes, têm limitações e reforçam a necessidade de complementar medidas objetivas com autorrelatos subjetivos para uma compreensão mais ampla e abrangente do estresse. Conforme discutido por Fung et al. (2022), a avaliação subjetiva de um estressor por um indivíduo não prevê diretamente o grau subsequente de ativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA).

Essa necessidade de ampliação de medidas de estresse se relaciona ao próprio modelo teórico proposto por Selye ao longo dos anos, denominado Síndrome Geral de Adaptação (SAG), com três fases distintas. A primeira fase, descrita ainda em 1936, refere-se à reação de alarme, na qual o organismo percebe o estímulo estressante, real ou imaginário. A segunda fase, nomeada de fase de resistência, consiste na tentativa de adaptação do organismo frente ao estímulo identificado. E, finalmente, a última fase, a fase de exaustão, acontece quando o organismo perde sua capacidade de adaptação ao estímulo (LIPP; LIPP, 2019; PAGLIARONI; SFORCIN, 2009).

A partir de estudos nacionais, Lipp e outros pesquisadores perceberam que a fase de resistência era muito longa e poderia ser dividida em duas fases menores, considerando se o organismo é bem sucedido, ou não, para manter a homeostase, mesmo que às custas de grandes esforços. Assim, foi proposto o Modelos de Quatro Fases do Estresse, ampliando-se a proposta de Selye com a inclusão a fase de quase-exaustão, intermediária entre as fases de resistência e exaustão, em que o organismo não consegue resistir totalmente ao desequilíbrio e está à beira da ruptura (LIPP; LIPP, 2019).

Em consonância a esta proposta de quatro fases (LIPP; LIPP, 2019), foram desenvolvidos instrumentos de autorrelato para crianças, adolescentes e adultos: a Escala de *Stress* Infantil (ESI) e o Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos (ISSL). A Escala de *Stress* Infantil (ESI), elaborada por Lipp e Lucarelli (2005), é um instrumento rápido, de autoaplicação, que tem como objetivo avaliar a presença de estresse em indivíduos de 6 a 14 anos de idade, em quatro dimensões: física, psicológica, psicológica com componentes depressivos e psicofisiológica. Trata-se de um instrumento muito utilizado com crianças em anos anteriores, especialmente

em contexto hospitalar e educacional (SANTOS et al., 2021). Atualmente, entretanto, só pode ser utilizado com finalidade de pesquisa, uma vez que não obteve parecer favorável do Conselho Federal de Psicologia⁶.

Seguindo a proposta de um instrumento rápido, de autoaplicação, com o objetivo de fornecer uma medida objetiva da sintomatologia do estresse, Lipp (2000) desenvolveu o Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL), para adolescentes acima de 15 anos e adultos (CAZASSA et al., 2023; SANTOS et al., 2021). Estudo recente sobre as qualidades psicométricas do ISSL, realizado com 4.500 participantes de todo o Brasil, de ambos os sexos, diferentes faixas etárias e níveis acadêmicos, demonstrou alta consistência interna do instrumento, segundo a Teoria de Resposta ao Item (ANUNCIAÇÃO et al., 2022).

O ISSL foi utilizado no segundo estudo destacado para a análise, de Carnier, Rodrigues e Padovani (2012), com 54 mães que acompanhavam seus filhos durante a internação para realização de cirurgia eletiva. O autorrelato de sinais e sintomas de estresse tem sido amplamente utilizado em estudos com pais de crianças hospitalizadas (DOUPNIK et al., 2017), corroborando a adequação da forma de coleta de dados.

No estudo de Carnier, Rodrigues e Padovani (2012), as mães foram avaliadas na véspera da data marcada para a cirurgia. Os resultados apontaram que 82% das mães apresentavam estresse, prevalecendo os sintomas psicológicos e a fase de resistência. De acordo com o referencial teórico de Selye, ampliado por Lipp e colaboradores, sobre o qual se baseia o instrumento utilizado (ISSL), após a reação inicial de alarme, se o agente ou evento nocivo continua presente, o organismo se adapta ou resiste, mobilizando reservas de energia adaptativa (LIPP; LIPP, 2019). Ademais, observou-se relação estatisticamente significativa entre a presença de estresse materno e o fato de o filho não ter experiência anterior com cirurgia (CARNIER; RODRIGUES; PADOVANI, 2012).

Buscando aproximação com o referencial teórico de Bronfenbrenner, os dois estudos (CARNIER; RODRIGUES; PADOVANI, 2012; SALIBA et al., 2016) se propuseram a avaliar o impacto da hospitalização infantil (contexto), seja por doença aguda, seja para a realização de cirurgia eletiva, para a criança (pessoa) e para sua

⁶ <https://satepsi.cfp.org.br/testesdesfavoraveis.cfm#:~:text=Testes%20Psicol%C3%B3gicos%20Desfavor%C3%A1veis%3A%20s%C3%A3o%20aqueles,Resolu%C3%A7%C3%A3o%20CFP%20n%C2%BA%2031%2F2022%20>

mãe (pessoa). De forma específica, o estudo de Saliba et al. (2016) amplia o olhar para contexto, considerando as interações lúdicas (processo) que acontecem em decorrência do Projeto de Extensão “Médicos da Alegria”, considerado mais um microssistema da criança. Por outro lado, mesmo que de forma implícita, o estudo de Carnier, Rodrigues e Padovani (2012) parte da premissa de que a mãe é um microssistema importante para a criança (contexto) e que, por meio de relações bidirecionais e recíprocas (processo), pode impactar no desenvolvimento da criança (pessoa). Assim, há uma preocupação com os indicadores de estresse materno e possíveis repercussões para a criança.

Concluindo, nossos estudos (CARNIER; RODRIGUES; PADOVANI, 2012; SALIBA et al., 2016) demonstram que a hospitalização e o adoecimento são, de fato, eventos desencadeadores de reações de estresse, tanto em crianças quanto em mães acompanhantes. Contudo, ao abordarem primariamente o estresse sob a ótica do estímulo e da resposta fisiológica ou sintomática, esses trabalhos evidenciam as limitações de uma compreensão linear do fenômeno. A ausência de indicadores de estresse em parte das crianças e mães, mesmo em contextos tidos como altamente estressores, ressalta a importância de integrar a perspectiva transacional (ENUMO et al., 2019), que considera a avaliação cognitiva do evento e dos recursos de enfrentamento, como explorado em trabalhos subsequentes de minha autoria.

A abordagem do estresse pelo Modelo Transacional enfatiza que o estresse não é simplesmente um processo automático de estímulo-resposta (DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2019; FARO; PEREIRA, 2013). Este referencial teórico pressupõe uma interação entre o indivíduo e o ambiente, em duas etapas: avaliação primária (do evento, de seus riscos, desafios e demandas) e secundária (dos recursos para responder aos eventos). Assim, situações estressoras seriam demandas, internas ou externas, percebidas pelo indivíduo como sobrecarregando ou excedendo seus recursos sociais e pessoais (DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2019; LAZARUS; FOLKMAN, 1984; MOTTA et al., 2024; VASCONCELOS; NASCIMENTO, 2016), ou seja, quando há um desequilíbrio entre as avaliações primárias e secundárias (BARROS, 2003). Portanto, trata-se de um referencial teórico mais aderente ao referencial teórico de Bronfenbrenner, ao presumir um papel mais ativo do indivíduo na avaliação do evento e de recursos, incluindo aspectos de si.

Ainda, mesmo que um evento seja percebido como estressante, nem sempre acarreta danos para a saúde física e mental dos indivíduos. Os danos estariam, ao

menos em parte, relacionados a processos de *coping* ou enfrentamento (RAMOS; ENUMO; PAULA, 2015) insuficientes ou insatisfatórios diante do evento estressor. E, assim como no estudo do estresse, há diferentes abordagens para a compreensão do *coping*.

Antes mesmo da popularização do termo *coping*, destacava-se a concepção de mecanismo de defesa, com motivações inconscientes. Já os psicanalistas vinculados à psicologia do ego buscaram diferenciar *coping* e mecanismo de defesa, defendendo a ideia de que os comportamentos de *coping* seriam mais flexíveis e propositais, adequados à realidade e orientados para o futuro, com derivações conscientes (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998; DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2019; MOTTA et al., 2024; RAMOS; ENUMO; PAULA, 2015). Essa perspectiva psicodinâmica do *coping* sofreu inúmeras críticas, especialmente por subestimar a influência de fatores situacionais e culturais (LAZARUS; FOLKMAN, 1984; RAMOS; ENUMO; PAULA, 2015).

Em oposição à compreensão do *coping* como um processo inconsciente, a partir da década de 60, passou-se a considerá-lo fundamentalmente como resposta consciente ou reação a um acontecimento externo negativo (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998; DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2019). O modelo cognitivo do *coping* é ainda hoje o mais conhecido e estudado (RAMOS; ENUMO; PAULA, 2015; VASCONCELOS; NASCIMENTO, 2016), enfatizando seus determinantes cognitivos e situacionais (DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2019; LAZARUS; FOLKMAN, 1984). Nessa abordagem, as estratégias de enfrentamento são entendidas como um conjunto de ações (recursos cognitivos, emocionais e comportamentais) utilizadas para adaptação a situações estressoras (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998), que depende de um processo de avaliação individual sobre o evento e seus recursos (DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2019; RAMOS; ENUMO; PAULA, 2015).

Nessa perspectiva, originalmente, Lazarus e Folkman (1984) propuseram um modelo que divide o *coping* em duas categorias a partir de sua função: *coping* focalizado no problema e *coping* focalizado na emoção. A primeira categoria envolve ações que buscam atuar na situação origem do problema, tentando modificá-la. Já o *coping* focalizado na emoção envolve uma série de ações que procuram regular o estado emocional gerado pelo problema (DIAS; PAIS-RIBEIRO, 2019; ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998; MOTTA et al., 2024). Embora seja possível a distinção conceitual dessas duas categorias, diante de uma situação considerada

estressora, a resposta do indivíduo pode contemplar tanto ações e comportamentos de busca de resolução de problemas, quanto de regulação emocional, concomitantemente (VASCONCELOS; NASCIMENTO, 2016).

Segundo Antoniazzi, Dell'Aglio e Bandeira (1998), posteriormente, há menção a uma terceira estratégia de *coping*, focalizada nas relações interpessoais, na qual o sujeito busca apoio nas pessoas do seu círculo social para a resolução da situação estressante. Em publicação mais recente, Dias e Pais-Ribeiro (2019) afirmam que um terceiro tipo de estratégia de enfrentamento, denominado *coping* focado, tem sido mencionado na literatura. Trata-se de estratégias ancoradas em crenças e valores mais profundos, possibilitando, inclusive, a revisão dos objetivos existenciais e a reordenação de prioridades. Embora haja discordâncias na literatura quanto ao terceiro tipo de *coping*, mantém-se a divisão clássica em duas categorias, amplamente discutidas.

Mais recentemente surge uma terceira abordagem de *coping*, na qual se destaca a Teoria Motivacional do *Coping* (TMC) (SKINNER, 1999), sem romper, entretanto, com a proposta anterior de compreensão do fenômeno de Folkman e Lazarus (1984). Em comum, as duas abordagens entendem que fatores situacionais (eventos) não são capazes de explicar toda a variação das estratégias de *coping* utilizadas pelos indivíduos (respostas), ressaltando a importância da avaliação cognitiva da situação para a interpretação do evento como um estressor. Como salientado anteriormente, essa avaliação é construída pelas demandas do evento e pelos recursos pessoais e sociais que cada indivíduo traz (RAMOS; ENUMO; PAULA, 2015).

Porém, a TMC avança ao entender o *coping* como ação regulatória, que envolve a capacidade de monitorar o próprio comportamento em resposta a diferentes demandas situacionais, a partir do conhecimento de si mesmo e do contexto (RAMOS; ENUMO; PAULA, 2015). Assim, em condições de estresse, o indivíduo regula seus comportamentos, sua motivação, a atenção e a emoção como forma de lidar com as ameaças e desafios percebidos (MOTTA et al., 2024). Portanto, ao considerar a autorregulação, a TMC traz também uma perspectiva desenvolvimentista para a compreensão do enfrentamento (SKINNER, E. A.; ZIMMER-GEMBECK, 2007; MOTTA et al., 2024; ZIMMER-GEMBECK; SKINNER, 2011).

Outro avanço da TMC é a proposta de um modelo hierárquico, em três diferentes níveis, para compreender as respostas de enfrentamento. O primeiro nível corresponde às respostas ou comportamentos de *coping*, que incluem respostas comportamentais, cognitivas e emocionais diante do estressor. O segundo nível corresponde às estratégias de *coping* e pressupõe uma categorização dos comportamentos de *coping* a partir de seu objetivo e de sua função. No nível mais elevado do modelo hierárquico, encontram-se as famílias de *coping*, as quais organizam e classificam as estratégias de enfrentamento de acordo a avaliação do estressor (ameaça ou desafio), a necessidade básica relacionada (relacionamento, competência ou autonomia) e o processo adaptativo utilizado (MOTTA et al., 2024; RAMOS; ENUMO; PAULA, 2015; SKINNER et al., 2003; VASCONCELOS; NASCIMENTO, 2016).

Os três estudos destacados no Quadro 2 sobre enfrentamento utilizaram o referencial teórico-metodológico da TMC (CARNIER et al., 2015; PADOVANI; LOPES; PEROSA, 2021; PRATA; PADOVANI, 2023), especialmente por apresentar uma perspectiva desenvolvimentista, alinhada à Psicologia Pediátrica e aos demais estudos por mim realizados e/ou orientados.

O estudo de Padovani, Lopes e Perosa (2021) objetivou descrever os comportamentos de *coping* utilizados por crianças e adolescentes com câncer frente ao tratamento quimioterápico, diferenciadas quanto ao sexo, à idade e ao tipo de câncer. Para sua realização, 15 crianças, de 6 a 12 anos de idade, de ambos os sexos, responderam ao instrumento de Avaliação das Estratégias de Enfrentamento da Hospitalização para Crianças (AEH) sobre os comportamentos de enfrentamento. O instrumento AEH, desenvolvido por Motta e Enumo (2004), é composto por 20 figuras com cenas que representam diferentes comportamentos de enfrentamento: brincar, cantar e dançar, assistir TV, conversar, ouvir música, estudar, ler histórias em quadrinhos, buscar informações, tomar remédios, chorar, sentir raiva, se esconder, sentir tristeza, sentir-se impotente, fazer chantagem, pensar em fugir, sentir culpa, sentir medo, pensar em milagres e rezar. Diante dessas figuras, a criança declara com que frequência apresenta cada um dos comportamentos no período da hospitalização, com base em uma escala do tipo *Likert*, que varia de nunca (0) a sempre (4) (CAPRINI; MOTTA, 2017; MOTTA et al., 2024). No caso específico deste estudo, foi solicitado que as crianças identificassem os

comportamentos de enfrentamento que utilizavam ao irem ao hospital para sessões de quimioterapia (PADOVANI; LOPES; PEROSA, 2021).

De acordo com os resultados, os participantes referiram recorrer a comportamentos com maiores chances de um desfecho adaptativo: assistir televisão, conversar e tomar remédio. Por outro lado, os menos citados foram: pensar em fugir, se esconder e estudar. Foram encontradas diferenças quanto ao sexo, à idade e aos tipos de câncer enfrentado, que sinalizam a necessidade de intervenções personalizadas que contemplem características específicas para facilitar a adaptação da criança ao tratamento (PADOVANI; LOPES; PEROSA, 2021).

Considerando a idade como um indicador de desenvolvimento, embora as estratégias de distração tenham sido as mais frequentes, em consonância à literatura (BARROS, 2003; NABORS et al., 2018), as crianças mais novas citaram assistir TV e brincar, enquanto as mais velhas relataram mais frequentemente conversar e ouvir música (BIRNIE et al., 2015).

Ainda em uma perspectiva desenvolvimentista, realizar pesquisas com crianças implica no desafio quanto à adequação metodológica de coleta de dados, com instrumentos e estratégias adaptados à sua fase do desenvolvimento (CAMPOS-RAMOS; BARBATO, 2014; COSTA; PASSEGGI; ROCHA, 2020). Conforme discutido anteriormente, ao se considerar a criança como um sujeito de pesquisa, com direito a ser escutada em sua experiência, é necessário compreender que ela realiza um triplo esforço: o de dar sentido ao que lhe acontece, o de se fazer compreender e o de se compreender (COSTA; PASSEGGI; ROCHA, 2020).

No estudo de Padovani, Lopes e Perosa (2021), o instrumento de coleta de dados mostrou-se adequado, uma vez que os participantes se identificaram com os personagens das figuras e classificaram o instrumento como “divertido”. Por outro lado, destaca-se que as crianças menores apresentaram dificuldades em justificar as escolhas de comportamentos, o que dificultou a identificação de estratégias e famílias de *coping* (PADOVANI; LOPES; PEROSA, 2021).

É importante salientar, entretanto, que, originalmente, o instrumento AEH foi desenvolvido com base na abordagem cognitiva de *coping* (LAZARUS; FOLKMAN, 1984), sendo posteriormente adaptado para a TMC em sua versão informatizada e também em sua versão impressa, permitindo a análise do *coping* a partir de um sistema estrutural e hierárquico (ENUMO et al., 2019; MOTTA et al., 2024). A partir

das justificativas dadas pela criança para o uso de determinado comportamento segundo seu objetivo e função, sua resposta é categorizada quanto à estratégia de enfrentamento, segundo nível do modelo hierárquico de *coping* da TMC (RAMOS; ENUMO; PAULA, 2015; SKINNER et al., 2003; VASCONCELOS; NASCIMENTO, 2016).

Embora publicado anteriormente ao estudo de Padovani, Lopes e Perosa (2021), do ponto de vista do modelo hierárquico de *coping* da TMC, o artigo de Carnier et al. (2015) possibilitou avançar a análise ao identificar as estratégias de enfrentamentos, a partir dos comportamentos. Este estudo teve por objetivo verificar as estratégias de enfrentamento de crianças em situação pré-cirúrgica e sua relação com variáveis sociodemográficas, presença de estresse na criança, no acompanhante e experiência prévia com cirurgia. Cinquenta e oito crianças, de ambos os sexos, com idade entre 7 e 12 anos, internadas para realização de cirurgias eletivas responderam ao mesmo instrumento utilizado por Padovani, Lopes e Perosa (2021), o AEH (MOTTA; ENUMO, 2004). Para a aplicação do AEH, pede-se à criança que aponte se emitiu determinado comportamento demonstrado na prancha (desenho), em que ocasiões e com que frequência. A seguir, pede-se que a criança justifique porque utiliza, ou não, cada comportamento (CARNIER et al., 2015).

Os comportamentos (1º nível) de enfrentamento que as crianças disseram emitir mais frequentemente foram tomar remédio, assistir TV, conversar, rezar e brincar, enquanto esconder-se, pensar em fugir, sentir culpa, fazer chantagem e desanimar foram os menos frequentes (CARNIER et al., 2015). Já as estratégias (2º nível) mais utilizadas pelas crianças foram distração e solução do problema e as menos utilizadas, afastamento social e oposição. Observou-se, ainda, maior uso de reestruturação cognitiva, considerada uma estratégia mais complexa, em crianças com experiência cirúrgica prévia e mais velhas (CARNIER et al., 2015), reforçando o que a literatura aponta como o curso desenvolvimentista do enfrentamento (SKINNER; ZIMMER-GEMBECK, 2007; ZIMMER-GEMBECK; SKINNER, 2011), bem como os resultados do estudo de Padovani, Lopes e Perosa (2021).

Além disso, meninas e filhos de pais com estresse usaram significativamente mais estratégias de regulação da emoção. Em relação à associação com o estresse dos pais, é salientado que os pais representam o principal modelo condicionador do comportamento da criança. Pais e acompanhantes, com comportamentos

caracterizados pela baixa tolerância e concorrentes com o tratamento, podem configurar uma condição de ansiedade que se generaliza para a criança (CARNIER et al., 2015). Em um estudo com 399 crianças de 4 a 15 anos, hospitalizadas por doença física ou lesão, indicou que o fator de risco mais forte para Sintomas de Estresse Pós-Traumático nas crianças foi o estresse parental, indicando a necessidade de que a equipe de saúde esteja atenta aos níveis de estresse apresentados pelos pais (MEENTKEN et al., 2021).

Sob a perspectiva do referencial PPCT de Bronfenbrenner, nossos estudos permitem identificar que a adaptação ao tratamento quimioterápico ou à cirurgia eletiva (desenvolvimento) é resultante da presumível interação (processo) entre a criança (pessoa), com suas características individuais (sexo, idade) e seu contexto, incluindo contexto do adoecimento (tipo de câncer) e familiar (estresse materno), ao longo do tempo (experiência prévia de cirurgia) (CARNIER et al., 2015; PADOVANI; PEROSA; LOPES, 2021).

Ao mesmo tempo, os estudos ainda falham na análise do processo. A teoria bioecológica (modelo PPCT) requer que um delineamento de pesquisa inclua os seus quatro componentes (o processo, a pessoa, o contexto e o tempo), demonstrando a interdependência deles. Deste modo, o pesquisador deve estar atento à dinâmica interação destes quatro elementos e que preferencialmente, sua direção e forma sejam especificadas em formato de hipóteses (BRONFENBRENNER; EVANS, 2000; CECCONELLO; KOLLER, 2003), o que se mostra um desafio a ser superado.

Considerando o cenário potencialmente estressor da internação de crianças com doenças crônicas e o fato de que a mãe é a principal cuidadora nesse contexto, o estudo de Prata e Padovani (2023) teve o objetivo de identificar as estratégias de enfrentamento utilizadas por mães de crianças com doença crônica que se encontram hospitalizadas e classificá-las segundo as doze famílias de *coping* (3º nível) propostas na TMC: autoconfiança, busca de suporte, resolução de problemas, busca de informações, acomodação, negociação, delegação, isolamento social, desamparo, fuga, submissão e oposição (MOTTA et al., 2024; RAMOS; ENUMO; PAULA, 2015; SKINNER et al., 2003; VASCONCELOS; NASCIMENTO, 2016).

Participaram 37 mães de crianças com doenças crônicas, internadas em enfermaria de pediatria de um hospital universitário, de alta complexidade. As mães tinham 18 anos ou mais e foram entrevistadas segundo um roteiro de entrevista

semiestruturado, elaborado para o estudo. Também foram consultados os prontuários das crianças para complementar dados clínicos (PRATA; PADOVANI, 2023).

As entrevistas foram transcritas na íntegra e para a classificação das estratégias de enfrentamento, utilizaram-se as respostas maternas às perguntas sobre a temática (estressores e enfrentamento). Os conteúdos verbalizados foram categorizados de acordo com as famílias de *coping* propostas pela TMC, podendo ter sido identificadas mais de uma família de *coping* por entrevista. Posteriormente, foi realizado cálculo de concordância entre juízes. Foram sorteadas 12 (doze) entrevistas, correspondendo a 30% do total, para serem classificadas por juiz independente, treinado quanto ao referencial teórico. Realizou-se, então, cálculo em que se obteve porcentagem de concordância simples e coeficiente *kappa* (PRATA; PADOVANI, 2023).

De acordo com os resultados apresentados, as famílias de *coping* mais frequentemente identificadas nos relatos maternos foram: busca de suporte (48,64%), acomodação (43,24%) e autoconfiança (40,54%), respectivamente. Todas essas famílias de *coping* são consideradas adaptativas, relacionadas à avaliação da situação de adoecimento e hospitalização da criança como um desafio às suas necessidades psicológicas básicas, ou seja, as mães se sentiam ou se percebiam confiantes para lidar com a situação estressora (MOTTA et al., 2024; RAMOS; ENUMO; PAULA, 2015; SKINNER et al., 2003; VASCONCELOS; NASCIMENTO, 2016).

De acordo com a TMC, a acomodação está relacionada com avaliação de desafio à necessidade básica autonomia, ou seja, à capacidade de escolhas, e envolve reestruturação e distração cognitiva, flexibilidade para ajustar preferências e opções, caracterizada por cooperação, empenho e aceitação (RAMOS; ENUMO; PAULA, 2015; SKINNER et al., 2003; VASCONCELOS; NASCIMENTO, 2016). Em um estudo com o objetivo de avaliar a resiliência e o *coping* de familiares de crianças com doenças crônicas hospitalizadas, estratégias cognitivas foram usadas para ver a internação como positiva para a criança ou para aceitar a situação tendo como possibilidade a melhoria da vida da criança (NABORS et al., 2018), assemelhando-se aos nossos resultados.

No caso do estudo de Prata e Padovani (2023), discute-se que a história clínica das crianças do presente estudo, de diagnósticos principalmente de

malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas, doenças do sistema nervoso e neoplasias, realizados há mais de quatro meses, pode ter contribuído para a frequente utilização de estratégias de acomodação. Diante de quadros irreversíveis, diagnosticados há algum tempo, as mães se ajustaram à nova realidade, demonstrando aceitação do quadro e expectativas mais realistas.

A busca de suporte ou apoio, por sua vez, se caracteriza por procura de contato, conforto, ajuda e referenciamento social, enquanto a autoconfiança envolve proteger recursos sociais disponíveis por meio de regulação e expressão emocional e comportamental, geralmente manifestada pelos comportamentos de assumir/arcar responsabilidades, acalmar-se e auto fala positiva. Ambas acontecem quando uma experiência estressora é percebida como um desafio à necessidade psicológica de relacionamento, ou seja, de ter relacionamentos próximos com outras pessoas e sentir-se conectado a outros de forma segura, e à necessidade de se experimentar como valoroso e capaz de amar (autoestima) (RAMOS; ENUMO; PAULA, 2015; SKINNER et al., 2003; VASCONCELOS; NASCIMENTO, 2016). Pode-se supor que a necessidade básica de relacionamento está intimamente relacionada à disponibilidade de apoio social (PRATA; PADOVANI, 2023), mas a única informação disponível no estudo é a de que a maioria das mães tinha um companheiro/marido.

Portanto, assim como os estudos anteriores (CARNIER et al., 2015; PADOVANI; PEROSA; LOPES, 2021), o estudo de Prata e Padovani (2023) aponta que a internação da criança por doenças crônicas graves (contexto), diagnosticadas há mais de 4 meses (tempo) impactam a avaliação que a mãe (pessoa) faz do evento como desafio às suas necessidades básicas de autonomia e relacionamento e, conseqüentemente, no uso de estratégias de *coping*. Porém, não explora outros aspectos contextuais que poderiam impactar nesta avaliação, especialmente quanto ao apoio social, uma vez que as mães avaliaram que situação desafia principalmente sua necessidade de relacionamento.

Desta forma, faz-se necessário estudar o apoio social recebido por crianças e cuidadores, buscando ampliar a compreensão de outros contextos desenvolvimentais dos micro, meso e exossistema. No microssistema, por exemplo, pode-se investigar o apoio fornecido pela família estendida e pela equipe de saúde, enquanto o mesossistema pressupõe a relação entre eles. Ainda, é preciso considerar eventuais apoios recebidos ou fornecidos pelo exossistema como, por exemplo, o contexto de trabalho da mãe ou do cuidador principal.

4.3 Perspectivas atuais

Diante da constatação sobre a necessidade de ampliar o entendimento do contexto, cabe citar um artigo submetido para apreciação da revista Estudos de Psicologia (PUCCamp), intitulado “*Maternal perception of childish sickness and hospitalization and coping strategies*”. Este artigo buscou diferenciar mães de crianças com doenças crônicas hospitalizadas quanto ao uso de estratégias de enfrentamento relacionadas à percepção do evento estressor como desafio ou ameaça às suas necessidades básicas (PRATA; PEROSA; PADOVANI; submetido).

A avaliação de um evento estressor como ameaça às necessidades básicas refere-se à antecipação de um dano iminente, ou seja, quando o indivíduo antevê um prejuízo. Por outro lado, a percepção de desafio implica em uma sensação de confiança do indivíduo para lidar com a situação estressora (RAMOS; ENUMO; PAULA, 2015; VASCONCELOS; NASCIMENTO, 2016).

Foi, então, constituída uma amostra de conveniência com 37 mães, com 18 anos ou mais, acompanhantes de crianças com doenças crônicas que estavam internadas em uma enfermaria pediátrica. Foram excluídas da pesquisa mães que estavam acompanhando a criança por período menor do que 48 horas. As mães responderam a um roteiro de entrevista semiestruturado, que incluía perguntas sobre as formas de enfrentamento do adoecimento e da hospitalização da criança (PRATA; PEROSA; PADOVANI; submetido).

A partir da categorização de cada estratégia de enfrentamento, identificadas nas entrevistas, nas doze famílias de *coping* da TMC, foi possível identificar a percepção materna do estressor, no caso a hospitalização do(a) filho(a) com doença crônica, enquanto um desafio ou ameaça. As mães, então, foram divididas em três grupos: GD (Grupo Desafio) composto por vinte e sete mães que relataram utilizar apenas estratégias de enfrentamento relacionadas à percepção do evento como um desafio às suas necessidades psicológicas básicas; GA (Grupo Ameaça) composto por seis mães que relataram utilizar apenas estratégias de enfrentamento relacionadas à percepção do evento como uma ameaça; GDA (Grupo Desafio e Ameaça) composto por quatro mães que relataram utilizar tanto estratégias de enfrentamento relacionadas à percepção do evento como um desafio, quanto de ameaça. Então, procedeu-se à comparação entre os grupos (GD *versus* GA *versus* GDA) fatores pessoais e sociais (PRATA; PEROSA; PADOVANI; submetido).

Os grupos GD e GDA se diferenciam quanto a algumas características sociodemográficas: escolaridade materna, idade da criança e idade materna, e quanto à percepção de dificuldades físicas para o cuidado da criança. Algumas destas diferenças favoreciam o GDA (alta escolaridade e ausência de dificuldade física para o cuidado) em relação ao GD, mas outras características (mães e crianças mais novas) parecem ter prejudicado, fazendo com que essas mães também apresentassem estratégias de enfrentamento relacionado à percepção do estressor como uma ameaça (PRATA; PEROSA; PADOVANI; submetido).

Já em relação aos grupos GD e GA, as diferenças encontradas referem-se exatamente ao apoio social, especificamente quanto às fontes de apoio: religiosidade/espiritualidade e “outros”. Se por um lado, nenhuma mãe do GA referiu o apoio da religiosidade/espiritualidade ou poder contar com outras fontes de apoio social, como amigos(as), mães do hospital e equipe do hospital (“outros”), por outro, 33,3% das mães do GD o fizeram (PRATA; PEROSA; PADOVANI; submetido). Em um estudo com familiares acompanhantes de crianças hospitalizadas de 5 a 12 anos, durante o período de internação, observou-se que, embora os familiares sejam a rede social mais atuante, através de apoio emocional, ajuda material e de serviços, as relações com a equipe de saúde do hospital e com o contexto hospitalar foram citadas como capazes de fornecer apoio (MENEZES; MORÉ; BARROS, 2016).

Os resultados do estudo reforçam o que é postulado tanto pelo referencial teórico cognitivista de *coping* quanto da TMC: a avaliação de um evento como ameaça ou desafio depende, a princípio, da intensidade e da gravidade do evento, no caso, a hospitalização da criança por doença crônica. Mas, depende também dos recursos individuais e sociais de cada indivíduo em um determinado momento.

De forma ampliada, também sustentam o Modelo PPCT de Bronfenbrenner, uma vez que contar diferentes fontes de apoio, como amigos e equipe de saúde, além da religiosidade/espiritualidade (contexto), impactam na forma de avaliação da hospitalização do filho, como um desafio às necessidades básicas maternas. Ainda, se por um lado, algumas características contextuais - maior escolarização, não encontrar dificuldades físicas para o cuidado do(a) filho(a) - podem ter contribuído para que algumas mães avaliassem o evento como desafio, por outro, outras características - ser jovem e mãe de crianças menores - levaram à avaliação de ameaça, fazendo com que essas mães oscilassem a avaliação, em um processo dinâmico.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em retrospectiva, a análise crítica revela uma trajetória de pesquisa consistentemente dedicada à compreensão do processo saúde-doença na infância e adolescência sob uma perspectiva desenvolvimentista. Iniciando pelos estudos sobre a crucial saúde mental materna, considerando a figura materna como microsistema primário da criança, a pesquisa evoluiu para a centralidade da criança como sujeito de pesquisa, culminando em estudos aprofundados sobre estresse e enfrentamento, temas que representam um pilar fundamental na Psicologia Pediátrica.

Neste percurso, o Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner (ou Modelo PPCT), embora de forma implícita e sutil, foi uma perspectiva indispensável para o planejamento e a análise das pesquisas. Meus estudos, particularmente aqueles que investigaram a díade mãe-criança e as estratégias de enfrentamento, evidenciam a intrínseca relação entre a Pessoa (criança/mãe com suas características), o Processo (interações bidirecionais, lúdicas), o Contexto (hospitalização, doença crônica, apoio social) e o Tempo (experiência prévia, cronicidade da doença). A progressiva busca pela compreensão da dinâmica desses elementos, embora desafiadora metodologicamente, tem sido um motor constante da minha produção.

Entre os diferentes temas pesquisados, o estresse e o enfrentamento se destacaram como pilares de relevância para a Psicologia Pediátrica. A progressão de estudos focados nas respostas de estresse para aprofundamentos no enfrentamento reflete uma evolução da minha abordagem, buscando compreender eventos e fenômenos de forma cada vez mais multifacetada e complexa.

A escolha da Teoria Motivacional do *Coping* (TMC) como referencial para o estudo do enfrentamento representou um avanço crucial na minha linha de pesquisa, ao permitir uma análise mais sofisticada das respostas de enfrentamento e sua relação com a avaliação cognitiva do evento como desafio ou ameaça às necessidades psicológicas básicas. Sua aplicação, contudo, trouxe desafios metodológicos inerentes à pesquisa com crianças, os quais foram progressivamente superados. Se inicialmente a análise dos níveis hierárquicos de enfrentamento se restringia aos comportamentos (primeiro nível hierárquico), a perseverança e a

valorização das justificativas pela criança permitiram a identificação de estratégias e a compreensão de suas finalidades.

Um maior aprofundamento também foi notado nos estudos com as mães, que iniciaram com a identificação das estratégias de enfrentamento, por meio de entrevistas semiestruturadas e não de instrumentos fechados, e passaram a perseguir a percepção do evento. A distinção entre a percepção de um evento como desafio ou ameaça, explorada em trabalhos mais recentes, não apenas valida a complexidade do fenômeno, mas também oferece subsídios para intervenções mais assertivas e personalizadas, considerando a ativa participação do indivíduo em seu processo de adaptação.

A densidade e a coerência da minha produção científica, explicitadas nesta tese, refletem a consolidação de uma linha de pesquisa em Psicologia Pediátrica, que se iniciou no âmbito hospitalar, expandiu-se para diferentes níveis de atenção à saúde e, até mesmo, para a comunidade, em consonância à própria expansão e diversidade da área e também à minha trajetória na Pós-graduação na área da Saúde Coletiva. Há estudos, por exemplo, finalizados e publicados que foram desenvolvidos na Atenção Primária à Saúde, em uma perspectiva de prevenção e promoção da saúde. Há, ainda, estudos em andamento no âmbito escolar, considerando o impacto de uma emergência em saúde, a pandemia de covid, e a consequente suspensão de atividades escolares presenciais no comportamento e no desempenho escolar de crianças.

A produção analisada representa uma significativa contribuição para a formação de novos pesquisadores, com a orientação de alunos de Iniciação Científica, Mestrado e Doutorado, cujas coautorias atestam a pertinência do trabalho em equipe. Tais trabalhos foram igualmente enriquecidos pelas parcerias de pesquisa consolidadas com outros(as) pesquisadores(as) em Psicologia Pediátrica, fortalecendo a rede de conhecimento na área.

De forma prospectiva, as lacunas identificadas – como a necessidade de estudos longitudinais e a investigação aprofundada do apoio social em múltiplos sistemas ecológicos – já norteiam meu planejamento e minha atuação em pesquisa. Atualmente, por exemplo, oriento um trabalho de Mestrado que busca compreender a percepção de mulheres mães sobre suas múltiplas tarefas e os aspectos contextuais, incluindo construções histórico-culturais sobre o feminino e a maternidade (macrossistema), que impactam essa percepção.

A análise crítica de minhas próprias publicações, com o reconhecimento de avanços e limitações, torna-se um exercício didático valioso, estimulando o pensamento crítico e a reflexão sobre o rigor metodológico na pesquisa. Isso se reflete, por exemplo, nos estudos sobre enfrentamento em que, após a experiência positiva com o uso de entrevistas para a identificação de estratégias de enfrentamento, resolvi, junto a uma aluna de Doutorado, propor seu uso com crianças com doenças gastrointestinais funcionais. A intenção é identificar como essas crianças entendem (percepção) e como lidam (enfrentamento) com seu diagnóstico.

No campo do ensino, a minha produção científica serve como um substrato contínuo para as disciplinas que ministro, desde a graduação até a pós-graduação. Aprofundar-me nos referenciais teóricos da PPCT e da TMC me permite apresentar aos alunos de graduação em medicina e enfermagem não apenas conceitos, mas a sua aplicação prática em cenários de saúde. O olhar para o desenvolvimento humano como dinâmico, bidirecional e moldado pelo contexto, proposto pela PPCT, traz à tona a importância da clínica ampliada em saúde. Quem é aquele sujeito que adoece? Qual sua história de vida? Qual seu contexto de desenvolvimento? A TMC, por sua vez, complementa essa perspectiva da singularidade do sujeito ao propor que o adoecimento não é vivenciado da mesma forma por todos.

Esse conhecimento e essas reflexões perpassam também as atividades com alunos de pós-graduação *stricto sensu* e, principalmente, *lato sensu* - residentes, especializando -, uma vez que são eles que estão diariamente responsáveis por conhecer seus pacientes, sejam eles crianças e adolescentes, ou não, e pelo planejamento do seu cuidado.

A relevância dos temas investigados transcende o ambiente acadêmico, reverberando diretamente na Extensão Universitária e na Assistência em Saúde. O estudo que avaliou o impacto da palhaçoterapia, por exemplo, demonstra a materialização da pesquisa em ações que visam ao bem-estar e à qualidade de vida de crianças hospitalizadas. Minha produção subsidia a elaboração e participação em projetos de extensão e de planejamento de ações que buscam traduzir o conhecimento científico em intervenções práticas, aproximando a universidade da comunidade e contribuindo para a qualificação do cuidado em saúde da criança e do adolescente.

Enfim, espera-se que nossos estudos, finalizados e em andamento, reverberem em novas e promissoras perguntas de pesquisa, no ensino comprometido com a ética e a evidência científica e, principalmente, no cuidado e na atenção dispensados a crianças e adolescentes.

REFERÊNCIAS

- ANTONIAZZI, A.; DELL'AGLIO, D.; BANDEIRA, D. O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia (Natal)*, v. 3, n. 2, p. 273-294. 1998. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X1998000200006>
- ANUNCIAÇÃO, L.; MARQUES, L.; ANDRADE, L. de; SOARES, A. C. C.; CRUZ, R. M.; LIPP, M. E. N. Psychometric Evidence for the Lipp' Adult Stress Symptoms Inventory. *Paidéia*, v. 32, p. e3235. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-4327e3235>
- ASSIS, D. C. M. de; MOREIRA, L. V. de C.; FORNASIER, R. C. Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner: A influência dos processos proximais no desenvolvimento social das crianças. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 10, p. e582101019263. 2021. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i10.19263>
- ATIF, N.; LOVELL, K.; RAHMAN, A. Maternal mental health: The missing “m” in the global maternal and child health agenda. *Seminars in Perinatology*, v. 39, n. 5, p. 345-352. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2015.06.007>
- AYLWARD, B. S.; LEE, J. S. Historical developments and trends in pediatric psychology. In: ROBERTS, M. C.; STEELE, R. G. (Eds.). *Handbook of Pediatric Psychology*, 5th ed. New York: Guilford Press. 2010; pp. 3–13.
- AZEVEDO, A. V. dos S.; CREPALDI, M. A. A psicologia no hospital geral: Aspectos históricos, conceituais e práticos. *Estudo de Psicologia (Campinas)*, v. 33, n. 4, p. 573-585. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-02752016000400002>
- BARROS, L. *Psicologia Pediátrica: Perspectiva Desenvolvimentista*. 2a ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2003.
- BENETTI, I. C.; VIEIRA, M. L.; CREPALDI, M. A.; SCHNEIDER, D. R. Fundamentos da Teoria Bioecológica de Urie Bronfenbrenner. *Pensando Psicología*, v. 9, n. 16, p. 89-99. 2013.
- BIRNIE, K. A.; CHAMBERS, C. T.; TADDIO, A.; MCMURTRY, C. M.; NOEL, M.; RIDDELL, R. P.; SHAH, V. Psychological interventions for vaccine injections in children and adolescents. *The Clinical Journal of Pain*, v. 31, n. Suppl 10, p. s72-s89. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000265>
- BOMBARDA, L. V.; RAMOS-CERQUEIRA, A. T. A.; PADOVANI, F. H. P.; SILVA, I. Y. M. Obesidade infantil: Estudo dos aspectos sociodemográficos de crianças. *Revista Ciências da FAP*, v. 5, p. 264-283.

BRONFENBRENNER, U. *A ecologia do desenvolvimento humano: Experimentos naturais e planejados*. Trad. Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Artes Médicas. 1996.

BRONFENBRENNER, U.; EVANS, G. Developmental science in the 21st century: Emerging questions, theoretical models, research designs and empirical findings. *Social Development*, v. 9, p. 115-125. 2000. DOI: <https://doi.org/10.1111/1467-9507.00114>

CAMPEOL, A. R.; BENATTI, A. P.; PEREIRA, C. R. R. A paternidade monoparental na inter-relação com os contextos ecológicos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 41, p. e224041. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003224041>

CAMPOS-RAMOS, P. C.; BARBATO, S. Participação de crianças em pesquisas: Uma proposta considerando os avanços teórico-metodológicos. *Estudos de Psicologia (Natal)*, v. 19, n. 3, p. 157-22014. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2014000300004>

CAPRINI, F. R.; MOTTA, A. B. Childhood cancer: diagnosis impact analysis. *Psicologia: Teoria e Prática*, v. 19, n. 2, p. 177-189. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v19n2p174-186>

CARNEIRO, C. O estudo de casos múltiplos: Estratégia de pesquisa em psicanálise e educação. *Psicologia USP*, v. 29, n. 2, p. 314-321. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-656420170151>

CARNIER, L. E.; PADOVANI, F. H. P.; PEROSA, G. B.; RODRIGUES, O. M. P. R. Estratégias de enfrentamento em crianças em situação pré-cirúrgica: relação com idade, sexo, experiência com cirurgia e estresse. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, v. 32, n. 2, p. 319-330. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-166X2015000200015>

CARNIER, L. E.; RODRIGUES, O.M.P.R. ; PADOVANI, F. H. P. Stress materno e hospitalização infantil pré-cirúrgica. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, v. 29, n. 3, p. 315-325. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2012000300002>

CASTRO, E. K. Psicologia pediátrica: A atenção à criança e ao adolescente com problemas de saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 27, n. 3, p. 396-405. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932007000300003>

CASTRO, E. K.; BORNHOLDT, E. Psicologia da saúde X psicologia hospitalar: Definições e possibilidades de inserção profissional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 24, n. 3, p. 48-57. 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932004000300007>

CAZASSA, M. J.; SLAVICH, G. M.; SILVA, V. H. P. e; SOUZA, L. H. de; DAMASCENO, E. S.; CORDEIRO, R. T. A.; OLIVEIRA, M. D. S. Instrumentos de avaliação do estresse na população brasileira: uma revisão integrativa. *Revista*

Brasileira de Terapias Cognitivas, v. 19, n. spec, p. 122-132. 2023. DOI: <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20230041>

CECCONELLO, A. M.; KOLLER, S. H. Inserção ecológica na comunidade: Uma proposta metodológica para o estudo de famílias em situação de risco. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 16, n. 3, p. 515-524. 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722003000300010>

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Resolução nº 014/2000, de 20 de dezembro de 2000

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Resolução nº 003/2016, de 05 de fevereiro de 2016

COSTA, C. L. da; PASSEGGI, M. da C.; ROCHA, S. M. da. Por uma escuta sensível de crianças com doenças crônicas. *Educação. Santa Maria*, v. 45, p. e40240. 2020 .DOI: <https://doi.org/10.5902/1984644440240>

DIAS, E. N.; PAIS-RIBEIRO, J. L. O Modelo de Coping de Folkman e Lazarus: Aspectos Históricos e Conceituais. *Revista Psicologia e Saúde*, v. 11, n. 2, p. 55-66. 2019. DOI: <http://doi.org/10.20435/pssa.v11i2.642>

DIB, E. P.; PADOVANI, F. H. P.; PEROSA, G. B. Mother-child interaction: implications of chronic maternal anxiety and depression. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 32, n. 1, p. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1186/s41155-019-0123-6>

DOUPNIK, S. K.; HILL, D.; PALAKSHAPPA, D.; WORSLEY, D.; BAE, H.; SHAIK, A.; QIU, M. K.; MARSAC, M.; FEUDTNER, C. Parent coping support interventions during acute pediatric hospitalizations: A Meta-analysis. *Pediatrics*, v. 140, n. 3, p. e20164171. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2016-4171>

ENUMO, S. R. F.; OLIVEIRA, A. W. de; BELLODI, A. C.; MOTTA, A. B. Estresse-coping em situação de adoecimento. In: CREPALDI, M. A.; ENUMO, S. R. F.; LINHARES, M. B. M. (org.). *Psicologia da Saúde e Desenvolvimento na infância e Adolescência: Pesquisas e reflexões*. Curitiba: Editora CRV, 2019. p. 99-136.

FARO, A.; PEREIRA, M. E. Estresse: Revisão narrativa da evolução conceitual, perspectivas teóricas e metodológicas. *Psicologia, Saúde e Doenças*, v. 14, n. 1, p. 78-100. 2013.

LAZARUS, R.; FOLKMAN, S. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer. 1984. 456 p.

FUNG, M. H.; TAYLOR, B. K.; EMBURY, C. M.; SPOONER, R. K.; JOHNSON, H. J.; WILLETT, M. P.; FRENZEL, M. R.; BADURA-BRACK, A. R.; WHITE, S. F.; WILSON, T. W. Cortisol changes in healthy children and adolescents during the COVID-19

pandemic. *Stress*, v. 25, n. 1, p. 323–330. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1080/10253890.2022.2125798>

GARCIA, N. V.; PADOVANI, F. H. P.; PEROSA, G. B. Temperamento infantil: Associação com sintomas depressivos maternos na gestação e no pós-parto. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, v. 32, p. e3227. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-4327e3227>

LIPP, M. E. N. *Inventário de Sintomas para Adultos de Lipp*. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2000.

LIPP, M. N.; LIPP, L. M. N. Proposal for a FourPhase Stress Model. *Psychology*, v. 10, p. 1435- 1443. 2019. DOI: <https://doi.org/10.4236/psych.2019.1011094>

LIPP, E. M. N.; LUCARELLI, M. D. M. *Escala de Stress Infantil (ESI)*. 2a. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2005.

LINHARES, M. B. M.; DOCA, F. N. P.; CREPALDI, M. A. Psicologia Pediátrica: Definição, aspectos históricos e conceituais e campos de atuação. In: CREPALDI, M. A.; ENUMO, S. R. F.; LINHARES, M. B. M. (org.). *Psicologia da Saúde e Desenvolvimento na infância e Adolescência: Pesquisas e reflexões*. Curitiba: Editora CRV, 2019. p. 13-30.

MARTINI, J. A.; PEROSA, G. B.; PADOVANI, F. H. P. Quality of life of preterm children: Risk and protective factors. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, v. 26, n. 65, p. 325-332. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-43272665201610>

MARTINI, J. A.; PEROSA, G. B.; PADOVANI, F. H. P. Qualidade de vida de escolares nascidos prematuros: O relato do cuidador e o auto-relato infantil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 24, n. 12, p. 4699-4706. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.18062017>

MARTINS, R. M.; REIS, L. B. Ser mãe de um filho com doença crônica: vivências do cuidar. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, v. 17, n. 1, e-4302. 2022.

MEENTKEN, M. G.; VAN DER ENDE, J.; CANHO, R. del; VAN BEYNUM, I. M.; AENDEKERK, E. W. C.; LEGERSTEE, J. S.; LINDAUER, R. J. L.; HILLEGERS, M. H. J.; HELBING, W. A.; MOLL, H. A.; UTENS, E. M. W. J. Psychological outcomes after pediatric hospitalization: the role of trauma type. *Children's Health Care*, v. 50, n. 3, 278–292. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1080/02739615.2021.1890077>

MENEZES, M.; MOREÍ, C. L. O. O.; BARROS, L. Social networking family of caregivers during hospitalization of children. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 50, n. spe, p. 107-113. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000300016>

MOTTA, A. B.; ENUMO, S. R. F. Câncer infantil: uma proposta de avaliação das estratégias de enfrentamento da hospitalização. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, v. 21, n. 3, p. 193-202. 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2004000300004>

MOTTA, A. B.; FERRÃO, E. da S; GARIOLI, D.; MATOS, J. R. ENUMO, S. R. F. Avaliação das estratégias de enfrentamento da hospitalização em crianças com câncer. In: CREPALDI, M. A.; LINHARES, M. B. M.; PEROSA, G. B.; GASPARD, C. M.; CUNHA, A. C. B. da; CARVALHO, A. E. V.; MENEZES, M. (org.). *Temas em Psicologia Pediátrica*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Maternarte, 2024. p. 210-250.

NABORS, L., CUNNINGHAM, J.F., LANG, M.; WOOD, K.; SOUTHWICK, S.; STOUGH, C. O. Family coping during hospitalization of children with chronic illnesses. *Journal of Child and Family Studies*, v. 27, p. 1482–1491. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0986-z>

PADOVANI, F. H. P.; LOPES, G. C.; PEROSA, G. B. Coping behavior of children undergoing chemotherapy. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, v. 38, e190121. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0275202138e190121>

PAGLIARONE, A. C.; SFORCIN, J. M. Estresse: revisão sobre seus efeitos no sistema imunológico. *Biosaúde*, v. 11, n. 1, p. 57–90. 2016.

PALERMO, T. M. Editor's Vale Dictum: The *Journal of Pediatric Psychology*, 2018–2022. *Journal of Pediatric Psychology*, v. 47, n. 10, p. 1091-1095. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsac072>

PEROSA, G. B.; CANAVEZ, I. C.; SILVEIRA, F. C. P.; PADOVANI, F. H. P.; PERAÇOLI, J. C. Sintomas depressivos e ansiosos em mães de recém-nascidos com e sem malformações. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 31, n. 9, p. 433-439. 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032009000900003>

PEROSA, G. B.; GASPARD, C. M.; CONSONNI, E. B.; CORREIA, L. L.; DIAS, T. L. Quinze anos de produção científica em Psicologia Pediátrica no Brasil - O grupo de trabalho da ANPEPP. In: CREPALDI, M. A.; ENUMO, S. R. F.; LINHARES, M. B. M. (org.). *Psicologia da Saúde e Desenvolvimento na infância e Adolescência: Pesquisas e reflexões*. Curitiba: Editora CRV, 2019. p. 137-186.

PEROSA, G. B.; PADOVANI, F. H. P.; LOPES, G. C. Compreensão sobre o adoecimento e o tratamento quimioterápico de crianças com câncer. *Interface*, v. 27, p. e230028. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.230028>

PERRICONE, G. Pediatric Psychology. *Pediatric Reports*, v. 13, n. 1, p. 135-141. 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/pediatric13010020>

PICCININI, C. A.; FRIZZO, G. B.; MARIN, A. H. Interações diádicas e triádicas em famílias com crianças de um ano de idade. In: PICCININI, C. A.; SEIDL-DE-MOURA, M. L. (Orgs.), *Observando as interações pais-bebê-criança: Diferentes abordagens teóricas e metodológicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p. 177-211.

POLETTTO, M.; KOLLER, S. H. Contextos ecológicos: Promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, v. 25, n. 3, p. 405-416. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2008000300009>

PRADO, A. P. do; PADOVANI, F. H. P. Sintomas somáticos funcionais em crianças atendidas na atenção primária à saúde. *Psicologia Argumento*, v. 42, n. 116, p. 233-253. 2024. DOI: <https://doi.org/10.7213/psicolargum.42.116.AO11>

PRATA, I. M.; PADOVANI, F. H. P. Estratégias de enfrentamento de mães de crianças com doenças crônicas durante internação. *Psicologia, Saúde & Doenças*, v. 24, n.1, p. 28-40. 2023. DOI: <https://doi.org/10.15309/23psd240103>

PRATA, I. M.; PEROSA, G. B.; PADOVANI, F. H. P. Maternal perception of childish sickness and hospitalization and coping strategies. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, [submetido].

PRATI, L. E.; COUTO, M. C. P. de P.; MOURA, A.; POLETTTO, M.; KOLLER, S. H. Revisando a inserção ecológica: Uma proposta de sistematização. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 21, n. 1, p. 160-169. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722008000100020>

RAMOS, F. P.; ENUMO, S. R. F.; PAULA, K. M. P. de. Teoria Motivacional do Coping: uma proposta de análise do enfrentamento do estresse. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, v. 32, n. 2, p. 269-279. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-166X2015000200011>

REZAI, M.; FULLWOOD, C.; HIRD, B.; CHAWLA, M.; TETLOW, L.; BANERJEE, I.; PATEL, L. Cortisol Levels During Acute Illnesses in Children and Adolescents: A Systematic Review. *JAMA Network Open*, v. 5, n. 6, p. e2217812. 2022. DOI: [10.1001/jamanetworkopen.2022.17812](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.17812)

RIBEIRO, F. G.; PEROSA, G. B.; PADOVANI, F. H. P. Fatores de risco para o desenvolvimento de crianças atendidas em Unidades de Saúde da Família, ao final do primeiro ano de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 01, p. 215-226. 2014a. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014191.1904>

RIBEIRO, F. G.; PEROSA, G. B.; PADOVANI, F. H. P. Mental health, mother-child interaction and development at the end of the first year of life. *Paidéia*, v. 24, n. 59, p. 331-339. 2014b. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-43272459201407>

RODRIGUES, O.M.P.R. ; CAMPOS, B. C. de; MARTINS, J. M.; PADOVANI, F. H. P. Práticas e crenças maternas sobre cuidado e estimulação de bebês prematuros e a termo. *Mudanças*, v. 27, n. 2, p. 01-07, 2019.

ROSA, E. M.; TUDGE, J. Urie Bronfenbrenner's theory of human development: Its evolution from ecology to bioecology. *Journal of Family Theory & Review*, v. 5, n. 4, p. 243–258. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1111/jftr.12022>

SALIBA, F. G.; ADIWARDANA, N. S.; UEHARA, E. U. ; SILVESTRE, R. N.; LEITE, V. V.; FALEIROS, F. T. V.; PADOVANI, F. H. P.; DE GOBBI, J. I. F. Salivary cortisol levels: the importance of clown doctors to reduce stress. *Pediatric Reports*, v. 8, n.1, p. 12-14. 2016. DOI: <https://doi.org/10.4081/pr.2016.6188>

SÁNCHEZ, J. C.; PORRAS, G. L.; TORRES, M. A.; OLAYA, J. C.; GARCÍA, A. M.; MUÑOZ, L. V.; MESA, H. Y.; RAMÍREZ, A. F. Effects of clowning on anxiety, stress, pain, and hormonal markers in paediatric patients. *BMC Pediatrics*, v. 24, p. 728. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12887-024-05211-1>

SANTOS, L da S. dos; HESPER, Y. R., SILVA, J. P. da; SACHETTI, V. A. R. Utilização de instrumentos para avaliação de estresse em crianças e adolescentes brasileiros: Revisão integrativa. *Psicologia e Saúde em Debate*, v. 7, n. 1, p. 293–314. 2021. DOI: <https://doi.org/10.22289/2446-922X.V7N1A21>

SEIDL-DE-MOURA, M. L.; RIBAS, A. F. P. A Pesquisa observacional e o estudo da interação mãe-bebê. In: PICCININI, C. A.; SEIDL- DE- MOURA, M. L. (Orgs.), *Observando as interações pais-bebê-criança: Diferentes abordagens teóricas e metodológicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p. 103-130.

SIQUEIRA, J. S.; PRADO, A. P. do; GOES, T. N.; PADOVANI, F. H. P. Eating psychofunctional symptoms in children and indicators of maternal depressive symptoms. *International Journal of Health Science*, v. 4, p. 2-11. 2024. DOI: <https://doi.org/10.22533/AT.ED.159492423019>

SKINNER, E. A.; EDGE, K.; ALTMAN, J.; SHERWOOD, H. Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, v. 129, n. 2, p. 216–269. 2003. DOI: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.2.216>

SKINNER, E. A. Action regulation, coping, and development. In: BRANDTSTÄDTER, J.; LERNER, R. M. *Action and self-development: Theory and research through the lifespan*. SAGE Publications. 1999. pp. 465-503. DOI: <https://doi.org/10.4135/9781452204802.n16>

SKINNER, E. A.; ZIMMER-GEMBECK, M. The Development of Coping. *Annual Review of Psychology*, v. 58, p. 119-144. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085705>

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA. Resolução UNESP Nº 27, de 15 de abril de 2009. Estabelece Normas para Concurso Visando à Obtenção do Título de Livre-Docente na UNESP.

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA. Resolução UNESP Nº 42, de 02 de junho de 2016. Altera a Resolução UNESP Nº 27/2009.

VASCONCELOS, A. G.; NASCIMENTO, E. do. Teoria Motivacional do Coping: um modelo hierárquico e desenvolvimental. *Avaliação Psicológica*, v. 15, n. spe, p. 77-87. 2016. DOI: <https://doi.org/10.15689/ap.2016.15ee.08>

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 5a. ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.

ZIMMER-GEMBECK, M. J.; SKINNER, E. A. The development of coping across childhood and adolescence: An integrative review and critique of research. *International Journal of Behavioral Development*, v. 35, n. 1, p. 1-17. 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0165025410384923>

ANEXOS

ANEXO A - CARNIER, L. E.; RODRIGUES, O.M.P.R. ; PADOVANI, F. H. P. Stress materno e hospitalização infantil pré-cirúrgica. Estudos de Psicologia (Campinas), v. 29, n. 3, p. 315-325. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2012000300002>

*Stress materno e hospitalização infantil pré-cirúrgica*¹

Maternal stress and presurgical infant hospitalization

Luciana Esgalha **CARNIER**²

Olga Maria Piazzentin Rolim **RODRIGUES**²

Flávia Helena Pereira **PADOVANI**³

Resumo

O objetivo deste estudo foi avaliar o nível de *stress* de mães acompanhantes de crianças hospitalizadas para realização de procedimentos cirúrgicos eletivos, relacionando-o com variáveis demográficas da criança e experiência prévia no contexto. Participaram 54 mães acompanhantes de crianças hospitalizadas para realização de cirurgia eletiva. Utilizaram-se como instrumentos o Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp e, para levantamento das variáveis da criança, um questionário elaborado para o estudo. Os resultados apontaram que 82% da amostra apresentavam *stress*, prevalecendo a fase de resistência e sintomas psicológicos. Observou-se relação estatisticamente significativa entre a presença de *stress* materno e o fato de o filho não ter experiência anterior com cirurgia ($p=0,052$). Por outro lado, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre a presença de *stress* materno e a idade e gênero da criança. Conclui-se que o impacto dos procedimentos cirúrgicos acomete a criança e a família, o que deve ser levado em consideração a fim de que sejam propostas intervenções para a preparação pré-operatória.

Unitermos: Crianças hospitalizadas. Mães. *Stress*.

Abstract

The aim of this study was to evaluate the level of stress in mothers accompanying children hospitalized to have elective surgical procedures performed, relating it to demographic variables of the child and previous experience in this context. Fifty-four mothers accompanying children hospitalized to have elective surgery performed participated in the study. The instruments used were the Lipp Stress Symptoms Inventory for adults, and a questionnaire drawn up for the study to survey the children's variables. The results pointed out that 82% of the sample presented stress, with the stage of resistance and psychological symptoms prevailing. A statistically significant relationship was observed between the presence of maternal stress and the fact that the child had no previous experience of surgery ($p=0.052$). On the other hand, no statistically significant differences were observed between the presence of maternal stress and the child's age and gender. It was concluded that the impact of surgical procedures affects the child and family, which must be taken into consideration so that interventions can be proposed for pre-operative preparation.

Uniterms: Child, hospitalized. Stress. Mothers.

♦♦♦♦♦

¹ Artigo elaborado a partir da dissertação de L. E. CARNIER, intitulada "Stress e coping em crianças hospitalizadas em situação pré-cirúrgica e stress do acompanhante estabelecendo relações". Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, 2010.

² Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Ciências. Av. Eng. Edmundo C. Coube, 14-01, 17033-360, Bauru, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: O.M.P.R. E-mail: <olgarolim@uol.com.br>.

³ Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina de Botucatu, Departamento de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria. Botucatu, SP, Brasil.

O conceito de *stress* foi formulado por Hans Selye, que, em seus trabalhos com animais de laboratório, percebeu que eles excediam sua capacidade de defesa, apresentando uma série de alterações fisiológicas quando submetidos a situações hostis (Carvalho, 2004). Em 1936, Selye definiu *stress* como resultado inespecífico de qualquer demanda sobre o corpo, podendo ter efeitos mentais ou somáticos; e conceituou estressor como todo agente ou demanda que evoca reação de *stress*, seja de natureza física, mental ou emocional (Camelo & Angerami, 2004; Goulart Jr. & Lipp, 2008).

Em 1956, Selye descreveu a Síndrome Geral de Adaptação (SGA), pressupondo que o processo de *stress* compreende três fases ou estágios (Camelo & Angerami, 2004; Goulart Jr. & Lipp, 2008). A primeira, denominada fase de alarme, inicia-se quando a pessoa se defronta com um estressor, havendo um desequilíbrio homeostático e, então, o organismo se prepara para “luta ou fuga”. Portanto, tal reação pode ser considerada saudável e benéfica ao organismo, na medida em que o prepara para atuar em situações de urgência. De acordo com Goulart Jr. e Lipp (2008), o problema surge quando a prontidão fisiológica não é necessária ou quando é excessiva.

A fase seguinte, denominada resistência, ocorre quando a fase de alerta persiste, devido à longa duração ou à grande intensidade do estressor, e o organismo se utiliza das reservas de energia adaptativa, na tentativa de se reequilibrar. Caso a reserva de energia adaptativa seja suficiente, a pessoa se recupera e sai do processo de *stress*. Porém, se o estressor exigir mais esforço de adaptação do que é possível para aquele indivíduo, o organismo enfraquece e torna-se vulnerável a doenças (Camelo & Angerami, 2004; Goulart Jr. & Lipp, 2008).

Por fim, tem-se a fase da exaustão, ou seja, o organismo encontra-se esgotado pelo excesso de atividades e pelo alto consumo de energia gasto na tentativa de buscar o restabelecimento do equilíbrio homeostático. Tal fase ocorre quando a resistência da pessoa não foi suficiente para lidar com a fonte de *stress* ou se houver, concomitantemente, a ocorrência de outros estressores (Camelo & Angerami, 2004; Goulart Jr. & Lipp, 2008).

Lipp propôs uma fase intermediária entre as de resistência e de exaustão, que denominou fase de quase-exaustão. Ela se caracteriza por um enfraquecimento

da pessoa que não está conseguindo adaptar-se ou resistir ao estressor, mas que ainda não tenha atingido a exaustão completa (Camelo & Angerami, 2004; Goulart Jr. & Lipp, 2008; Lipp, 2004).

Independentemente da fase, o *stress* pode ter fontes internas ou externas. Internas são as cognições e experiências anteriores do indivíduo, que dependem de sua personalidade e do modo como ele reage às situações do dia a dia, às experiências anteriores e a seus pensamentos. Já as fontes externas estão ligadas aos estressores provenientes do ambiente e das relações que a pessoa estabelece com eles (Lipp, 2004; Lipp, Pereira & Sadi, 2005).

O *stress* pode ser considerado, portanto, um processo complexo, que envolve aspectos bioquímicos, físicos e psicológicos. Caracteriza-se por um conjunto de reações que o organismo emite quando é exposto a situações/estímulos que levam a uma quebra de sua homeostase. Cabe ressaltar a importância da interpretação que o indivíduo dá aos estímulos externos e internos, tomando-os como eventos estressores, para que seja desencadeada uma resposta de adaptação do organismo, a fim de preservar sua integridade e sua própria vida (Goulart Jr. & Lipp, 2008; Lipp, 2004).

A identificação da presença de *stress* e da fase em que o indivíduo se encontra possibilita o encaminhamento da pessoa para serviços especializados, com o objetivo de eliminar os desconfortos decorrentes de sua presença, principalmente nas fases mais críticas (Lipp, 2004). Para avaliar o *stress*, Lipp (2002) propôs o Inventário de Sintomas de *Stress* para adultos de Lipp (ISSL), que permite um diagnóstico preciso da presença ou não do quadro de *stress*, da fase em que a pessoa se encontra e de quais os sintomas tipicamente manifestados por ela (físicos ou psicológicos). Esse instrumento tem sido utilizado para identificar o *stress* associado à profissão, como o de professores (Goulart Jr. & Lipp, 2008; Martins, 2007), policiais (Costa, Accioly Jr., Oliveira & Maia, 2007) e cuidadores (Horiguchi & Lipp, 2010). Também tem sido utilizado para avaliar a eficácia de procedimentos para o combate ao *stress*, como o efeito da ginástica laboral, em estudo realizado por Tanaka, Deutsch e Valim (2007), além de verificar o efeito da técnica de relaxamento progressivo em portadores de disfunções temporomandibulares (Esgalha, 2009). Outros estudos para avaliação de *stress* em adultos com queixas médicas

de lesão dermatológica e cefaleia, pelo ISSL, mostraram uma prevalência das fases de resistência e quase exaustão e da sintomatologia psicológica (Galego, Moraes, Cordeiro & Tognola, 2007; Ludwig, Oliveira, Müller & Gonçalves, 2008).

Dentre os fatores que podem desencadear o *stress*, estão as questões relacionadas a doenças, agudas e principalmente crônicas, assim como os tratamentos médicos consequentes que podem ser considerados importantes eventos estressores, não só para adultos, mas também para crianças e familiares (Chomey & Kain, 2010; Coyne, 2006; Del Bianco Faria & Cardoso, 2010). Doenças e tratamentos podem causar, além do *stress* para o paciente, o *stress* familiar, que acomete diferentemente os membros de uma família. Não há um conceito único de *stress* familiar, mas, como defende Urbano (2004), ele pode estar relacionado a aspectos do próprio ambiente, ou ser decorrente de outra fonte de *stress* que traga repercussões para a família. O autor enfatiza que, entre os estressores familiares (relacionamentos conflituosos, filhos com problemas, sejam eles de aprendizagem ou emocionais, pressões e exigências excessivas) está a doença de um filho. Por exemplo, Fávero e Santos (2005) e Gomes e Bosa (2004) estudaram a presença de crianças autistas e o *stress* familiar, levando em consideração a qualidade das interações familiares.

De outro lado, Castro e Piccinini (2002) destacam que, ao mesmo tempo em que a família é afetada pela situação de doença da criança necessitada de cuidados, tal situação pode funcionar como moderadora dos efeitos negativos da doença para a criança. Os autores salientam que o suporte familiar e as competências de cada membro da família são importantes fontes de informação para a criança e podem influenciar o modo como ela lida com a doença.

O *stress* de cuidadores vem sendo estudado em diferentes contextos. Iwamoto, Santos, Skare e Spelling (2008) avaliaram o *stress* psicológico de 40 cuidadores primários de pacientes pediátricos com Artrite Idiopática Juvenil (AIJ), uma doença sistêmica inflamatória crônica, em acompanhamento ambulatorial. Para a avaliação do impacto subjetivo dos cuidados de pacientes com doenças crônicas, os autores utilizaram o questionário *Caregiver Burden Scale*, em sua versão validada para o português, concluindo que não só as crianças, mas também os cuidadores, necessitam de atenção e cuidados médicos.

Ao avaliar o nível de *stress* de vinte cuidadores de crianças (zero a 12 anos) com leucemia, por meio do ISSL, após um ano de tratamento, Del Bianco Faria e Cardoso (2010) concluíram que metade dos cuidadores apresentava indicadores de *stress*, com predomínio da fase de resistência (60%) e sintomatologia majoritariamente psicológica (90%).

O próprio tratamento, com procedimentos invasivos e dolorosos, pode se constituir um evento estressor. Em um estudo com crianças em tratamento dentário, Cardoso, Loureiro e Nelson-Filho (2004) observaram que os indicadores de *stress* psicológico e medo odontológico apresentados pelas mães de crianças com altos níveis de ansiedade e necessidades de contenção física frente ao tratamento, foram maiores do que os índices apresentados pelas mães de crianças colaborativas com o atendimento. Os indicadores de *stress* materno, avaliados por meio do Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL), foram principalmente de natureza psicológica: ansiedade, irritação, hipersensibilidade emocional, falta de autoconfiança e capacidade reduzida para lidar com as dificuldades da criança.

No contexto hospitalar, as crianças estão expostas à probabilidade de serem submetidas a procedimentos invasivos e traumáticos e, por isso, a situação de internação é considerada um fator estressor para o desenvolvimento infantil. Além disso, pelo menos dois outros eventos podem também ser considerados estressores: o tempo de permanência no hospital e a hospitalização recorrente (Carvalho, Silva, Santos & Camargo, 2006; Moro & Módolo, 2004).

O período pré-cirúrgico envolve uma sobrecarga emocional para toda a família, podendo desencadear ou agravar sintomas de *stress* e ansiedade. A ansiedade pré-operatória dos pais parece ser muito comum e causada pela separação do filho, ao observarem o *stress* deste quando submetido a procedimentos invasivos e dolorosos, como anestesia e cirurgia. Entre os fatores que podem estar associados à ansiedade estão: a pouca idade da criança, o primeiro contato desta com uma cirurgia, ser filha(o) única(o), os pais trabalharem na área da saúde (Moro & Módolo, 2004). Os autores ressaltam tais variáveis, além das preocupações resultantes da própria cirurgia, como ser ela exitosa, garantindo não só a sobrevivência da criança, mas a melhora dos sintomas.

Ao avaliar 134 pais de crianças com idade entre 2 e 10 anos, no momento pré-operatório e após uma semana da operação, Bevan et al. (1990) evidenciaram que a ansiedade dos pais no dia da cirurgia do filho está altamente relacionada à ansiedade da criança. Dado semelhante foi encontrado por Kain, Mayes, O'Connor e Cicchetti (1996), que entrevistaram 163 pais de crianças com idade semelhante, em situação pré-cirúrgica.

Mesmo cirurgias eletivas, que não necessariamente envolvem incômodos imediatamente anteriores ou risco iminente de morte para a criança, por serem previamente agendadas, também podem resultar em ansiedade dos pais (Broering & Crepaldi, 2008). Entre elas estão: postectomia, adenoidectomia, amigdalectomia, cirurgias para retirada de hérnia, entre outras. Uma característica dessas cirurgias é que, quando realizadas, a criança esteja gozando de boa saúde, ainda que tenha alguma doença crônica, como câncer. Shirley, Thompson, Kenward e Johnston (1998) avaliaram o nível de ansiedade de 100 pais de crianças agendadas para cirurgias eletivas, por meio de uma escala de autoavaliação (*The Leeds scale for self-assessment of anxiety*), e verificaram que 42% deles apresentavam níveis de ansiedade acima do esperado. O mesmo estudo verificou ainda que as mães apresentavam níveis mais elevados de ansiedade que os pais. Todavia, independentemente do nível de ansiedade demonstrado pelos pais, vários deles apontaram que acompanhar a criança no tratamento (68%), estar presente durante a indução da anestesia (54%) e receber mais informações da equipe no período pré-operatório (40%) contribuem para a redução do *stress*.

Na tentativa de comparar a ansiedade de mães de crianças que realizariam cirurgia com a de mulheres que sofreriam cirurgia, MacLaren e Kain (2008) realizaram um estudo nos Estados Unidos, no qual utilizaram o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE). Os resultados revelaram que as mães eram tão ansiosas quanto as mulheres submetidas à cirurgia de grande porte, e mais ansiosas que estas nas cirurgias de pequeno porte. Além disso, observou-se que a ansiedade materna estava relacionada principalmente com a pouca idade, tanto da mãe quanto da criança, e com o modo como a mãe lidava com a situação. Não houve relação entre ansiedade materna e sexo da criança, experiência anterior com hospitalização ou cirurgia, bem como com o temperamento da criança.

Considerando o impacto dos procedimentos cirúrgicos, não só para a criança, mas para a família, alguns estudos têm focalizado a preparação para cirurgias também aos familiares, por meio de intervenções educativas e/ou psicológicas. Esses estudos verificaram benefícios advindos da inserção dos familiares na preparação para a cirurgia das crianças, como níveis mais baixos de ansiedade (Felder-Puig et al., 2003; Gorayeb et al., 2009), maior participação nos cuidados da criança, além dos benefícios para a própria criança (Felder-Puig et al., 2003).

Dessa forma observa-se que, na literatura analisada acerca do impacto da situação pré-cirúrgica sobre os cuidadores, prevalecem avaliações dos níveis de ansiedade, em detrimento da presença e sintomas de *stress*. Tal lacuna está também associada à avaliação dos efeitos da hospitalização, envolvendo procedimentos cirúrgicos de um filho como evento estressor, acrescido às variáveis da criança submetida a cirurgia eletiva. Tais resultados podem indicar temáticas que possibilitem subsidiar o planejamento de ações interventivas com a população infantil e seus cuidadores.

Esta pesquisa teve como objetivo avaliar o nível de *stress* de mães acompanhantes de crianças hospitalizadas para realização de procedimentos cirúrgicos eletivos, ou seja, cirurgias que não têm caráter de urgência ou emergência e que são agendadas previamente, relacionando-o com variáveis demográficas da criança e sua experiência prévia nesse contexto.

Método

Participantes

A amostra foi composta por 54 mães, acompanhantes de crianças hospitalizadas para realização de procedimentos cirúrgicos eletivos. Destas, 54% eram mães de meninos e 46% mães de meninas. Dentre as mães, 43% acompanhavam crianças com idade de 7 anos a 8 anos e 11 meses; 19% eram mães de crianças de 9 anos a 10 anos e 11 meses, e 39% das mães acompanhavam crianças com idade de 11 anos a 12 anos e 11 meses, que eram, ou não, portadoras de doenças crônicas como, por exemplo, câncer. No geral as cirurgias eram de postectomia, adenoidectomia, amigdalectomia, retirada de hérnia, entre outras. A amostra

caracterizou-se como uma amostragem de conveniência, já que as mães predominaram entre os acompanhantes presentes nas enfermarias onde a pesquisa foi realizada.

Os critérios estabelecidos para a composição de amostra dos acompanhantes foram: 1) a criança ter idade entre 7 anos e 12 anos e 11 meses; 2) a criança ter conhecimento da internação para realização de cirurgia; 3) o procedimento cirúrgico não ter caráter diagnóstico (biopsia), por ser considerado, principalmente pelos acompanhantes, como processo exploratório de diagnóstico, e não como procedimento cirúrgico, apesar de ser realizado em centro cirúrgico e com uso de anestesia; 4) a criança viver a primeira experiência cirúrgica por ocasião desta pesquisa, pois existem crianças que necessitam de internação para procedimento cirúrgico de forma recorrente. Cada internação pode ter características, impactos e sentimentos associados diferentes, porém, para garantir maior variabilidade de participantes, optou-se por entrevistar a acompanhante apenas uma vez, ainda que houvesse durante o estudo outros episódios de internação.

A pesquisa foi realizada nas enfermarias do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), onde as crianças se encontravam hospitalizadas para realização de cirurgias eletivas; ressalta-se que, dependendo da necessidade cirúrgica, as crianças não eram internadas, como nas especialidades de urologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, entre outras. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Paulista (Unesp) (Processo nº 1596/46/01/08), preservando os direitos dos participantes envolvidos e cumprindo todas as etapas previstas na Resolução 196 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (1996).

Instrumentos

O instrumento foi elaborado pela pesquisadora especialmente para este estudo, tendo como finalidade coletar dados demográficos dos participantes. O questionário era composto por 15 questões, que incluíam: dados da criança, sua experiência anterior com hospitalização acompanhada de cirurgia, e dados da acompanhante.

Elaborado por Lipp (2002), esse instrumento tem como objetivo avaliar, em adultos, a presença de *stress*,

a fase em que a pessoa se encontra e qual a sintomatologia mais apresentada (física ou psicológica), levando em consideração as fases de *stress* propostas por Selye (alerta, resistência e exaustão). Nos estudos para padronização do ISSL, Lipp percebeu que deveria haver maior reflexão acerca da fase de resistência proposta pelo modelo trifásico de Selye, uma vez que as pessoas não entrariam na fase de exaustão subitamente. Na validação do instrumento, ao se realizar a análise qualitativa, a autora observa a existência de uma diferença substancial entre as pessoas que possuíam alguns sintomas e outras com elevado número deles na fase de resistência. Dessa forma, por meio da análise de agrupamento dos itens, foram encontradas duas classes para essa fase, de modo que Lipp propôs uma fase intermediária entre a de resistência e a de exaustão, à qual denominou fase de quase exaustão. Esta se caracteriza por um enfraquecimento da pessoa, que não está conseguindo adaptar-se ou resistir ao estressor, mas que ainda não atingiu a exaustão completa (Camelo & Angerami, 2004; Goulart Jr. & Lipp, 2008; Lipp, 2002, 2004).

O Inventário foi validado por meio de análise de consistência interna e análise fatorial, numa amostra de 1 843 pessoas com faixa etária entre 15 e 75 anos, sendo encontrado um alfa de Cronbach de 0,91 para a escala geral. Na análise fatorial, separaram-se dois eixos: um incluindo itens de natureza psicológica, e outro, de natureza física (Lipp, 2002).

O instrumento contém: um caderno de respostas para o participante, no qual constam 53 afirmações, divididas em três quadros: 15 no quadro 1 (sintomas experimentados nas últimas 24 horas), 15 no quadro 2 (sintomas apresentados na última semana) e 23 no quadro 3 (sintomas apresentados no último mês); um manual para avaliação; e um crivo para correção das respostas. O participante deve referir presença ou ausência de sintomas de acordo com a instrução apresentada pelo Inventário.

Procedimento

Considerando que são mães de crianças hospitalizadas para cirurgias eletivas, de qualquer especialidade médica, elas foram abordadas antes dos procedimentos, porém, pelo menos quatro horas após a hospitalização, tempo aqui considerado suficiente para que a família vivenciasse o ambiente hospitalar.

O projeto foi apresentado às acompanhantes, discriminando seu objetivo e as tarefas inerentes a ele, de acordo com os princípios éticos recomendados pelo Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (1996). No caso de aceite da participação, foi solicitado que a acompanhante assinasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Separadamente da criança, em local com garantia de privacidade, a acompanhante respondeu ao Questionário de Levantamento de Informações, que foi lido pela pesquisadora e respondido pela acompanhante. As respostas foram computadas pela pesquisadora no próprio questionário. O Inventário de Sinto-

mas de *Stress* para adultos de Lipp (ISSL) foi aplicado como prevê o manual.

Os dados do Questionário de Levantamento de Informações foram transferidos para uma planilha, somados e computados para posteriores comparações com os resultados obtidos no ISSL, de acordo com suas proposições técnicas. Foram realizadas descrições comparativas entre os resultados encontrados no ISSL e o gênero, a idade e a experiência prévia da criança em cirurgia. As análises estatísticas apropriadas foram conduzidas, comparando os resultados obtidos no teste e

Tabela 1. Resultados do ISSL para acompanhantes de crianças do sexo masculino e feminino. Botucatu (SP), 2008.

Variáveis	Meninos (n=29)		Meninas (n=25)		Total=54	
	%	n	%	n	%	n
<i>Presença do stress</i>						
Sem stress	13	7	5,5	3	18	10
Com stress	41	22	41	22	82	44
	Meninos (n=22)		Meninas (n=22)		Total=44	
<i>Fases do stress</i>						
Alerta	2	1	0	0	2	1
Resistência	34	15	32	14	66	29
Quase-exaustão	14	6	14	6	28	12
Exaustão	0	0	4	2	4	2
<i>Sintomas do stress</i>						
Físico	2	1	9	4	11	5
Psicológico	45	20	39	17	85	37
Ambos	2	1	2	1	4	2

ISSL: Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp.

Tabela 2. Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) - resultados dos participantes de acordo com a variável idade da criança. Botucatu (SP), 2008.

Variáveis	7 - 8 anos (n=23)		9 - 10 anos (n=10)		11 - 12 anos (n=21)		p - valor
	%	n	%	n	%	n	
<i>Presença do stress</i>							
Sem stress	17,4	4	10	1	23,8	5	0,641
Com stress	82,6	19	90	9	76,2	16	
<i>Fases do stress</i>							
Alerta	4,3	1	0	0	0,0	0	0,849
Resistência	52,2	12	60	6	52,4	11	
Quase-exaustão	21,8	5	20	2	23,8	5	
Exaustão	4,3	1	10	1	0,0	0	
<i>Sintomas do stress</i>							
Físico	13,0	3	0	0	9,5	2	0,383
Psicológico	65,3	15	90	9	61,9	13	
Ambos	4,3	1	0	0	4,8	1	0,372

no questionário e as variáveis fornecidas pelos acompanhantes, considerando o nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$).

Resultados

Primeiramente serão apresentados os dados referentes às respostas apontadas pelos acompanhantes das crianças, obtidas por meio do ISSL. Considerando o resultado total, observou-se que 82% da amostra apresentaram *stress*, tendo como prevalência a fase de resistência (66%) e sintomas psicológicos (85%), como pode ser observado na Tabela 1. Tomando como base o sexo das crianças, não houve diferença significativa, uma vez que o número de acompanhantes de meninos que apresentaram *stress* foi igual ao de meninas (22), ambos majoritariamente na fase de resistência.

Tomando como base três faixas etárias das crianças da amostra, não foram observadas diferenças significativas quanto à presença, à fase e aos sintomas de *stress*, comparando-se as mães dos três grupos (Tabela 2). Todavia, o número de participantes de uma das faixas etárias era inferior aos demais grupos, o que pode ter prejudicado a análise.

Para a variável “experiência prévia da criança em procedimentos cirúrgicos”, é possível notar, na Tabela 3, uma relação estatisticamente significativa entre a presença de *stress* materno e o fato de o filho não ter experiência anterior com cirurgia ($p=0,052$). Todavia, consi-

derando as fases de *stress* e sintomas prevalentes, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos com e sem experiência cirúrgica prévia (Tabela 3).

Discussão

Os resultados obtidos no presente estudo apontaram um alto índice de *stress* em mães acompanhantes de crianças hospitalizadas para realização de procedimentos cirúrgicos, quando comparados aos encontrados na amostra de padronização do ISSL, na qual 64% das mulheres apresentaram *stress* (Lipp, 2002). Tal índice foi maior do que os encontrados em estudos que utilizaram o mesmo instrumento de avaliação do *stress*, com mulheres em outras condições, como professoras do Ensino Fundamental de escolas públicas (Goulart Jr. & Lipp, 2008; Martins, 2007), estudantes de medicina (Aguiar, A.P.G.F. Vieira, K.M.F. Vieira & Nóbrega, 2009), policiais (Costa et al., 2007; Rossetti et al., 2008) e cuidadoras (Horiguchi & Lipp, 2010). Todavia, estudos têm mostrado que as mulheres parecem mais suscetíveis ao *stress* do que os homens (Iwamoto et al., 2008; Aguiar et al., 2009; Allegretti, 2006).

Ainda assim, os resultados das participantes das amostras deste estudo também estão acima do observado com estudos realizados com mães de crianças em diferentes condições, cujos filhos possuem necessidades especiais (Matsukura, Marturano, Oishi &

Tabela 3. Resultados do ISSL para acompanhantes de crianças sem e com experiência cirúrgica prévia. Botucatu (SP), 2008.

Variáveis	Sem experiência prévia (n=31)		Com experiência prévia (n=23)		p-valor
	%	n	%	n	
<i>Presença do stress</i>					
Sem <i>stress</i>	9,7	3	30,4	7	0,052
Com <i>stress</i> *	90,3	28	69,6	16	
<i>Fases do stress</i>					
Alerta	3,2	1	0,0	0	0,338
Resistência	58,1	18	47,8	11	
Quase-exaustão	25,8	8	17,4	4	
Exaustão	3,2	1	4,3	1	
<i>Sintomas do stress</i>					
Físicos	12,9	4	4,3	1	0,988
Psicológicos	77,4	24	56,5	13	0,322
Ambos	0,0	0	8,7	2	

* $p \leq 0,05$.

Borasche, 2007), mães de crianças autistas (Schmidt & Bosa, 2007), cuidadores de crianças com leucemia (Del Bianco Faria & Cardoso, 2010) e de crianças com câncer (Patiño-Fernandez et al., 2008). Resultados semelhantes foram encontrados entre as mães de crianças com altos níveis de ansiedade frente ao tratamento odontológico que necessitam de contenção física (Cardoso et al., 2004).

A hospitalização de um familiar está entre os principais estressores de adultos (Urbano, 2004). Os resultados obtidos são corroborados pelos de Broering e Crepaldi (2008), Moro e Módolo (2004), Crepaldi, Rabuske e Gabarra (2006), que colocam a hospitalização como ameaçadora e causadora de ansiedade, com impacto sobre o comportamento, inclusive dos cuidadores. A situação pode provocar reações adversas como *stress*, ansiedade e medo, seja pela possibilidade de se evitarem procedimentos invasivos no filho, seja pela dor e pela ânsia de êxito cirúrgico, seja ainda pela separação das crianças.

Outros achados da literatura corroboram os resultados obtidos, ainda que avaliem a ansiedade. Andrade e Gorenstein (2000) e Kaplan, Sadock e Grebb (1997) ressaltam que a ansiedade é um constructo associado ao *stress*, o que aponta a possibilidade de comparação dos resultados de *stress* com os de ansiedade. Lui e Wu (1999) concluíram que mais da metade (56%) dos pais de crianças chinesas que passaram por alguma cirurgia apresentavam sintomas elevados de ansiedade. Shirley, et al. (1998) verificaram que 42% dos pais de crianças agendadas para cirurgias eletivas apresentavam níveis de ansiedade superiores ao esperado. MacLaren e Kain (2008) observaram que mães de crianças que seriam submetidas à cirurgia apresentavam pontuação média no instrumento que avaliava ansiedade IDATE semelhante e, até maior, do que mulheres que seriam elas próprias, submetidas a procedimentos cirúrgicos. Segundo os autores, ser acompanhante de criança que passará por uma situação de cirurgia parece ser um evento tão ansiogênico quanto passar o próprio adulto pelo procedimento cirúrgico.

Entre as mães do presente estudo que apresentaram *stress*, predominou a fase de resistência, bem como a sintomatologia psicológica do *stress*, corroborando estudos anteriores (Aguiar et al., 2009; Camelo & Angerami, 2004; Cardoso et al., 2004; Del Bianco Faria &

Cardoso, 2010; Galego, et al., 2007; Goulart Jr. & Lipp, 2008; Ludwig et al., 2008; Matsukura et al., 2007) que avaliaram, a partir do mesmo instrumento ISSL, diferentes populações.

Considerando as variáveis das crianças que estavam sendo acompanhadas, não foi possível observar relação estatisticamente significativa entre o *stress* materno e o gênero ou idade das crianças. Com relação ao gênero, os dados encontrados corroboram a literatura, apontando não haver ligação entre ansiedade parental e/ou materna e sexo da criança (MacLaren & Kain, 2008; Moro & Módolo, 2004; Shirley et al., 1998). Considerando a idade das crianças, os dados são contrários aos da literatura, que aponta relação entre a ansiedade materna e a pouca idade da criança (MacLaren & Kain, 2008; Moro & Módolo, 2004). Todavia, nos referidos estudos, participaram mães de crianças a partir de 2 anos de idade, o que pode ter interferido nos resultados obtidos. Outro fato foi a divisão em grupos etários com número diferente de crianças, o que pode ter prejudicado a análise.

Quanto ao fato de a criança ter ou não ter experiência anterior com cirurgia, os dados obtidos apontaram a presença significativa ($p=0,052$) de *stress* nas mães em primeira experiência. Ainda que com populações diferentes, resultados semelhantes foram encontrados em estudo com 100 pacientes adultos, de ambos os sexos, divididos em dois grupos, com e sem experiência prévia em cirurgia, realizado por Daian, Petroianu e Alberti (2009). Na avaliação por meio do ISSL, observou-se que o fato de ter sido operado previamente reduziu a tensão pré-operatória. Segundo os autores, os pacientes que se submeteram ao ato cirúrgico pela primeira vez demonstraram maior labilidade emocional, provavelmente provocada pela iminência de vivenciar um evento até então desconhecido. Por outro lado, os pacientes com experiência prévia, embora tenham-se mostrado emocionalmente sensibilizados com a cirurgia, apresentaram menor *stress* pré-operatório.

Os pais têm papel fundamental tanto na prevenção como no tratamento das doenças dos filhos, o que é caracterizado pelo auxílio dado a ele para que consiga dar sentido à doença e a seu tratamento. Isso é relevante na medida em que a maioria das perturbações infantis relaciona-se com processos adaptativos a situações

adversas (Barros, 2003). Ao acompanharem as crianças durante uma internação para procedimentos dolorosos e invasivos, como é o caso das cirurgias, os pais têm uma participação ainda mais importante, afirma a autora. Esta pode ser uma explicação para o elevado nível de *stress* materno quando da primeira experiência do filho com procedimento cirúrgico, pois a mãe pode não se sentir segura/capaz de exercer tal papel de maneira eficiente.

Todo esse processo descrito por Barros (2003) depende do que a autora chama de "significações individuais" dos pais a respeito do processo de doença e tratamento. É a partir dessas significações que os pais elaboram modelos ou teorias sobre a importância dos determinantes de saúde infantil, sobre a possibilidade de controlar e influenciar as atitudes promotoras ou inibidoras de saúde, determinando seu comportamento diante das prescrições médicas. Pode-se inferir que uma das possibilidades de *stress* no momento pré-cirúrgico esteja relacionada às significações individuais das mães com relação ao procedimento a que seus filhos serão submetidos, seja por falta de informações esclarecedoras, seja por fantasias e/ou crenças.

Considerações Finais

Este estudo propôs-se avaliar a presença de *stress*, fases e sintomas predominantes em mães acompanhantes de crianças hospitalizadas para procedimentos cirúrgicos, relacionados a variáveis da criança como sexo, idade e experiência anterior com cirurgia. Os dados obtidos apontaram presença de *stress* entre as mães acompanhantes, relacionadas especificamente com a primeira experiência de cirurgia da criança. Nessa situação, tais dados são indicativos da necessidade de atendimento diferenciado às mães acompanhantes, considerando tanto o preparo da criança quanto o apoio às mães.

Com relação às variáveis da criança, como sexo e idade, para a determinação do *stress* materno, os dados referentes ao sexo corroboram os achados da literatura, diferentemente dos dados relacionados à idade. Para futuros estudos, sugere-se que sejam incluídos acompanhantes de crianças de pouca idade e que se observe número igual de participantes em cada faixa etária.

Os dados obtidos, associados à experiência anterior com cirurgia, remetem à necessidade, não só do preparo da criança, mas da implementação de ações que ofereçam informações e acolhimento. Elaborar instrumentos específicos para coletar dados sobre a cirurgia, crenças e sentimentos sobre o processo pode auxiliar na tomada de decisões.

Outro dado importante é associar o tipo de cirurgia à idade da criança e ao sexo. No presente estudo não foi possível analisar essa variável, devido à diversidade de procedimentos. Todavia, são informações importantes que podem requerer ações pontuais, tendo em vista a especificidade de cada processo cirúrgico.

É possível concluir que o processo cirúrgico dos filhos gera alto nível de *stress* nas mães acompanhantes, que devem ser alvo de intervenções com o objetivo de evitar desdobramentos para ela ou efeitos indesejáveis sobre os cuidados dispensados ao filho. Isso é ainda mais importante se for a primeira cirurgia, e mais fácil se ela for previamente planejada, como as cirurgias eletivas.

Referências

- Aguiar, S. M., Vieira, A. P. G. F., Vieira, K. M. F., & Nóbrega, J. O. (2009). Prevalência de sintomas de estresse nos estudantes de medicina. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58 (1), 34-38.
- Allegretti, J. (2006). Nível de stress, fontes estressoras e estratégias de enfrentamento em mulheres. 2006. Dissertação de mestrado não-publicada, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- Andrade, L., & Gorenstein, C. (2000). Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. In C. Gorenstein, L. H. S. G. Andrade & A. W. Zuardi (Orgs.), *Escala de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia* (pp.139-144). São Paulo: Lemos-Editorial.
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: perspectiva desenvolvimentista* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Bevan, J. C., Johnston, C., Haig, M. J., Tousignant, G., Lucy, S., Kimon, V., et al. (1990). Preoperative parental anxiety predicts behavioural and emotional responses to induction of anaesthesia in children. *Canadian Journal Anaesthesia*, 37 (2), 177-182.
- Broering, C. V., & Crepaldi, M. A. (2008). Preparação psicológica para a cirurgia em pediatria: importância, técnicas e limitações. *Paidéia*, 18 (39), 61-72.
- Camelo, S. H. H., & Angerami, E. L. S. (2004). Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos da saúde da família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12 (1), 14-21.

- Cardoso, C. L., Loureiro, S. R., & Nelson-Filho, P. (2004). Pediatric dental treatment: manifestations of stress in patients, mothers and dental school students. *Brazilian Oral Research*, 18 (2), 150-155.
- Carvalho, V. A. (2004). A questão do câncer. In F. C. Ferraz & R. M. Volich (Orgs.), *Psicossoma I: psicanálise e psicossomática* (pp.177-195). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Carvalho, L. S., Silva, C. A., Santos, A. C. O., & Camargo, C. L. (2006). The child facing the stress before surgery. An exploratory study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 5 (3). Retrieved April 14, 2010, from <<http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/rt/printFriendly/508/117>>.
- Castro, E. K., & Piccinini, C. A. (2002). Implicações da doença orgânica crônica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15 (3), 625-635.
- Chorney, J. M., & Kain, Z. N. (2010). Family-centered pediatric perioperative care. *Anesthesiology*, 112 (3), 751-755.
- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. (1996). *Resolução 196/1996*. Recuperado em fevereiro 20, 2008, disponível em <<http://www.conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>>.
- Costa, M., Accioly Jr., H., Oliveira, J., & Maia, E. (2007). Estresse: diagnóstico dos policiais militares em uma cidade brasileira. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 21 (4), 217-222.
- Coyne, I. (2006). Children's experiences of hospitalization. *Journal of Child Health Care*, 10 (4), 326-336.
- Crepaldi, M. A., Rabuske, M. M., & Gabarra, L. M. (2006). Modalidades de atuação do psicólogo em psicologia pediátrica. In M. A. Crepaldi, B. M. Linhares & G. B. Perosa (Orgs.), *Temas em psicologia pediátrica* (pp.13-55). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Daian, M. R.; Petroianu, A.; Alberti, L. R. (2009). Avaliação do estresse psiquiátrico em pacientes submetidos a operações de grande porte sob anestesia geral. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58 (4), 245-251.
- Del Bianco Faria, A. M., & Cardoso, C. L. (2010). Aspectos psicossociais de acompanhantes cuidadores de crianças com câncer: stress e enfrentamento. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 27 (1), 13-20. doi: 10.1590/S0103-166X2010000100002.
- Esgalha, L. R. (2009). *Disfunção Temporomandibular (DTM): impacto do relaxamento sobre ansiedade e estresse*. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Bauru.
- Fávero, M. A. B., & Santos, M. A. (2005). Presença de uma criança autista e o stress familiar. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18 (3), 358-369.
- Felder-Puig, R., Maksys, A., Noestlinger, C., Gadner, H., Stark, H., Pflueger, A., et al. (2003). Using a children's book to prepare children and parents for elective ENT surgery: results of a randomized clinical trial. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 67 (1), 35-41.
- Galego, J. C. B., Moraes, A. M., Cordeiro, J. A., & Tognola, W. A. (2007). Cefaleia crônica diária: estresse e impacto sobre a qualidade de vida. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 65 (4), 1126-1129.
- Gomes, V. F., & Bosa, C. (2004). Estresse e relações familiares na perspectiva de irmãos de indivíduos com transtornos globais de desenvolvimento. *Estudos de Psicologia*, 9 (3), 553-561.
- Gorayeb, R. P., Petean, E. B. L., Pileggi, F. O., Tazima, M. F. G. S., Vicente, Y. A. M. V., & Gorayeb, R. (2009). Importance psychological intervention for the recovery of children submitted to elective surgery. *Journal of Pediatric Surgery*, 44 (7), 1390-1395.
- Goulart Jr., E., & Lipp, M. E. N. (2008). Estresse entre professoras do ensino fundamental de escolas públicas estaduais. *Psicologia em Estudo*, 13 (4), 847-857.
- Horiguchi, A. S., & Lipp, M. E. N. (2010). Alzheimer: stress e qualidade de vida de cuidadores informais. *Psychiatry on line Brasil*, 15 (3), Recuperado em maio 29, 2010, disponível em <<http://www.polbr.med.br/ano10/art0310.php>>.
- Iwamoto, V., Santos, S. H. P., Skare, T. L., & Spelling, P. F. (2008). Evaluation of psychological stress in primary caregivers of patients with juvenile idiopathic arthritis. *Jornal de Pediatria*, 84 (1), 91-94.
- Kain, Z. N., Mayes, L. C., O'Connor, T. Z., & Cicchetti, D. V. (1996). Preoperative anxiety in children: predictors and outcomes. *Archives of Pediatrics Adolescent Medicine*, 150 (12), 1238-1245.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (1997). *Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lipp, M. E. N. (2002). *Inventário de sintomas de stress para adultos (ISSL)* (2ª ed. revisada). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. E. N. (2004). Stress emocional: esboço da teoria de "temas de vida". In M. E. N. Lipp. *Ostress no Brasil: pesquisas avançadas* (pp.17-31). Campinas: Papirus.
- Lipp, M. E. N., Pereira, M. B., & Sadir, M. A. (2005). Crenças irracionais como fontes internas de stress emocional. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 1 (1), 29-34.
- Ludwig, M. W. B., Oliveira M. S., Müller, M. C., & Gonçalves, A. M. B. F. (2008). Localização da lesão e níveis de stress em pacientes dermatológicos. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 25 (3), 343-52. doi: 10.1590/S0103-166X2008000300003.
- Lui, J. C. Z., & Wu, K. K. (1999). Parental anxiety associated with participation in anaesthetic induction in children: questionnaire survey. *Hong Kong Medical Journal*, 5, 21-26.
- Maclaren, J., & Kain, Z. N. (2008). A Comparison of preoperative anxiety in female patients with mothers of children undergoing surgery. *Anesthesia Analgesia*, 106 (3), 810-813.
- Martins, M. G. T. (2007). Sintomas de stress em professores brasileiros. *Revista Lusófona de Educação*, 10, 109-128. Recuperado em setembro 7, 2011, disponível em <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0336.pdf>>.
- Matsukura, T. S., Marturano, E. M., Oishi, J., & Borasche, G. (2007). Estresse e suporte social em mães de crianças com necessidades especiais. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 13 (3), 415-428.

- Moro, E. T., & Módolo, N. S. P. (2004). Ansiedade, a criança e os pais. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 54 (5), 728-738.
- Patiño-Fernandez, A. M., Pai, A. L. H., Alderfer, M., Hwang, W.-T., Reilly, A., & Kazak, A. E. (2008). Acute stress in parents of children newly diagnosed with cancer. *Pediatric Blood & Cancer*, 50 (2), 289-292.
- Rossetti, M. O., Ehlers, D. M., Guntert, I. B., Leme, I. F. A. S., Rabelo, I. S., Tosi, S. M. V. D., et al. (2008). O inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL) em servidores da polícia federal de São Paulo. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 4 (2), 108-120.
- Schmidt, C., & Bosa, C. (2007). Estresse e autoeficácia em mães de pessoas com autismo. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 59 (2), 179-191.
- Shirley, P. J., Thompson, N., Kenward, M., & Johnston, G. (1998). Parental anxiety before elective surgery in children. *Anaesthesia*, 53 (10), 956-959.
- Tanaka, K., Deutsch, S., & Valim, P. C. (2007). Efeito da ginástica laboral no stress. *Revista Digital* (Buenos Aires), 12 (108). Recuperado em maio 31, 2010, disponível em <<http://www.efdeportes.com/efd108/efeito-da-ginastica-laboral-no-estresse.htm>>.
- Urbano, M. F. G. (2004). Stress e qualidade de vida dos pais de crianças com leucemia e o stress da criança. In M. E. N. Lipp (Org.), *O stress no Brasil: pesquisas avançadas* (pp.105-112). Campinas: Papirus.
- Recebido em: 10/8/2010
Versão final reapresentada em: 11/11/2011
Aprovado em: 2/12/2011

ANEXO B - SALIBA, F. G.; ADIWARDANA, N. S.; UEHARA, E. U. ; SILVESTRE, R. N.; LEITE, V. V.; FALEIROS, F. T. V.; PADOVANI, F. H. P.; DE GOBBI, J. I. F.
 Salivary cortisol levels: the importance of clown doctors to reduce stress. *Pediatric Reports*, v. 8, n.1, p. 12-14. 2016. DOI: <https://doi.org/10.4081/pr.2016.6188>

Pediatric Reports 2016; volume 8:6188



Salivary cortisol levels: the importance of clown doctors to reduce stress

Flávia G. Saliba,¹
 Natanael S. Adiwardana,¹
 Eliane U. Uehara,¹ Renata N. Silvestre,¹
 Victor V. Leite,¹ Francisca T.V. Faleiros,¹
 Flávia H.P. Padovani,²
 Juliana I.F. De Gobbi³

¹Department of Pediatrics and

²Department of Neurology, Psychology and Psychiatry, Medical School of Botucatu, São Paulo State University;

³Department of Physiology, Institute of Bioscience, São Paulo State University, Botucatu, SP, Brazil

Abstract

This study was designed to correlate entertainment of clown-doctors (CD) activities on hospitalized children and physiological biomarker. For this purpose we collected saliva samples and verified children satisfaction with these activities by using a visual analog scale (VAS). Children from 6 to 7 years-old, with diagnosis of any acute pathology, interned in the Pediatric Ward of the Botucatu Medical School Hospital (São Paulo, Brazil) were interviewed. Two groups were taken into consideration: lunchCD and dinnerCD. The following protocol was applied in each group (lunch and dinner): collection of the first saliva sample and presentation of VAS prior to CD activities, followed by collection of a second saliva sample and another VAS assessment after CD activities. The salivary cortisol was reduced in both groups comparing the first saliva sample. The satisfaction of the intervention was evident for lunchCD. The CD intervention is effective in decreasing an important physiological biomarker of stress factor, cortisol, in hospitalized children, been effective for the healing process.

Introduction

The activities developed by clowns doctors (CD) are very well accepted and praised in hospital wards, especially in pediatric ones.¹⁻³ Despite this recognition there is a lack of studies on the mechanisms involved in such activities. Factors such as hospitalization, distance from the family, hostile environment and apprehension caused by the unknown clinical procedure generates stress.^{4,5} One of the main hormones involved in stressful situations is cortisol.^{6,9}

In order to validate the performance of CD and stimulates even more those activities, we measured salivary cortisol levels in children from the pediatric ward of a public hospital. We also evaluated the possible correlation between cortisol levels and satisfaction with these activities by using a visual analog scale (VAS).

Materials and Methods

Participants

Children aged 6 to 7 years from the Pediatric Ward of the Botucatu Medical School Hospital (Brazil) were recruited. Inclusion criteria were: a diagnosis of any acute pathology and a hospitalization period not exceeding 30 days. The parents or legal guardians agreed to the participation of their children in the study by signing the informed consent form. The procedures were approved by the Institutional Ethics Committee of the Botucatu Medical School (OF.116/2012-CEP). Thirty-six children accepted to participate in the whole study design.

The study was divided into two groups: lunchCD and dinnerCD. Each child in the study served as its own control. The following protocol was applied in each group (lunch and dinner): collection of the first saliva sample and presentation of the VAS prior to CD activities, followed by collection of a second saliva sample and another VAS assessment after CD activities. Forty-four children were excluded for one of the following reasons: use of corticosteroids, insufficient saliva sample in one of the collections, refusal to chew on the Salivette® (Sarstedt, Hermer, Germany) at the after time point, or presence of a chronic disease as stated in the medical records.

The CD perform activities in the library of the main ward and at bedside. The CD are composed of students that dedicate one hour (lunch and dinner) once a week to play with the kids. The visits take about one and a half hour and it was mainly about what the children would like most to do, some are involved with little stories, some with balloon designer, some sing songs and play instruments. Every visit is count on about 20 students that volunteer to play with the children, and depending on the day and the number of children at the ward, there are 2 CD per children to play some activity. In case a child is under recovering from some small surgery the CD gives a balloon and leaves the room.

Visual analog scale

The age of 6 to 7 years, called preoperational development period, facilitates the use of a VAS to estimate satisfaction. We used a VAS of faces ranging from sadness to happiness in combination with a scale of descriptive adjectives.

Correspondence: Juliana Irani Fratucci De Gobbi, Department of Physiology, Institute of Bioscience, São Paulo State University, UNESP, Distrito de Rubião Junior s/n, 18618-970, Botucatu, SP, Brazil.
 Tel.: +55.14.3880.0319 - Fax: +55.14.3815.3744.
 E-mail: jdegobbi@ibb.unesp.br

Key words: Salivary cortisol; clowns doctors; biomarker of stress; visual analog scale.

Acknowledgments: we especially thank Prof Dr Carlos Roberto Padovani for expert and helpful statistical analyses. We also thank Hélio Kushima for technical assistance with cortisol analyses.

Contributions: the authors contributed equally.

Conflict of interest: the authors declare no potential conflict of interest.

Funding: this research was supported by São Paulo Research Foundation - FAPESP (#12/14480-1) and Fundação para o Desenvolvimento da UNESP (FUNDUNESP) 229/2011.

Received for publication: 9 September 2015.

Revision received: 22 January 2016.

Accepted for publication: 25 January 2016.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).

©Copyright F.G. Saliba et al., 2016
 Licensee PAGEPress, Italy
Pediatric Reports 2016; 8:6188
 doi:10.4081/pr.2016.6188

The scale consisted of the following seven levels: 1 = very sad; 2 = sad; 3 = a little bit sad; 4 = unconcerned; 5 = slightly happy; 6 = glad; 7 = really happy. The scales were shown and read to the children, offering them an opportunity to give their opinion about the intervention.

Saliva collection and analyses

Saliva was collected with the Salivette® (Sarstedt) device and processed according to manufacturer instructions. We provide the parents or legal guardians with some instructions, for instance, allowing the children without eating (including any kind of candy or gums) or drinking (except water) for 20 minutes previous the saliva collection, not brush or floss the teeth following the meals (only gargle with water), and ask children to brush the teeth only after the second saliva collection. In the lunch group, saliva was collected between 11:00-11:40 am before the intervention (before lunchCD) and between 1:45-2:15 pm after the

Table 1. Age, interment reason and medication used for the participant children.

Groups	Age (mean)*	Interment reason	Medication used
CDlunch (n=18)	6.5 (6.02-7.05)	Appendicitis (n=3); femur fracture (n=3); adenoid hypertrophy (n=10); trachea trauma (n=2)	Cefazolin (n=2), ceftriaxone (n=2), ketoprofeno (n=3), dipyron (n=15), metronidazole (n=4)
CDdinner (n=18)	6.04 (6-7.02)	Appendicitis (n=3); bronchopneumonia (n=3); fimosis/parafimosis (n=4); adenoid hypertrophy (n=8)	Amoxicillin (n=6); ceftriaxone (n=2), dipyron (n=12); tramadol (n=1)

*The age is presented as median and 25th-75th percentiles.

intervention (after lunchCD). The schedule for the dinner group was 5:15-5:40 pm (before dinnerCD) and 7:45-8:15 pm (after dinnerCD).

Salivary cortisol was analyzed by competitive enzyme immunoassay (ELISA, DiaMetra®, Perugia, Italy) that provides the following limits of cortisol: 3-10 g/mL, for collections before lunch and g 0.6-2.5 g/mL for collections after lunch (according to specifications provided by the manufacturer, DiaMetra®). This kit provides sensitivity in the determination of cortisol in a range of 0.5 g/mL to 100 g/mL. The tests were conducted in triplicate for each sample. An intra-assay coefficient variation of 9.8% and an inter-assay coefficient variation of 15% were calculated according Jaedicke *et al.*¹⁰ The free diffusion of plasma cortisol to saliva ensures that salivary cortisol levels are as representative as the assessed directly in plasma.⁶⁻⁹

Statistical analysis

The results are expressed as median and percentiles (25-75th). Nonparametric repeated measures analysis of variance for independent samples was used to compare the same group, lunch or dinner, before and after the CD intervention. Spearman correlations between cortisol and VAS scores were analyzed.

Results

Table 1 shows the age, similar in the two groups, the interment reason and the medication in use by the interviewed children. The cortisol concentrations and VAS scores before and after lunchCD or dinnerCD are shown in Table 2. Salivary cortisol was reduced after the CD intervention in the lunch and dinner groups. Satisfaction with the CD intervention was significant in the lunchCD group, but not in the dinnerCD group. There was no association between cortisol and VAS scores after lunch (0.065, $P>0.05$), Figure 1A. However, Spearman's correlation test revealed an inverse association after dinner between cortisol and VAS (-0.047, $P<0.05$), Figure 1B.

Table 2. Salivary cortisol and visual analogy scale in inpatient children previous and after clown-doctors activities.

Variables, groups	Previous	After	P value
Salivary cortisol			
lunchCD	2.88 (1.06; 11.25)	2.16 (0.97; 3.25)	<0.01
dinnerCD	1.75 (1.00; 7.91)	1.32 (0.40; 2.42)	<0.01
VAS			
lunchCD	6 (1:7)	7 (5:7)	<0.01
dinnerCD	6 (3:7)	6 (1:7)	>0.05

Results are expressed as median and 25th-75th percentiles. VAS, visual analogy scale; CD, clown-doctors. Cortisol levels were measured as ng/mL. N=18, either lunchCD or dinnerCD. In the lunchCD group there were 8 males and 10 females, and in the dinnerCD group there were 11 males and 8 females.

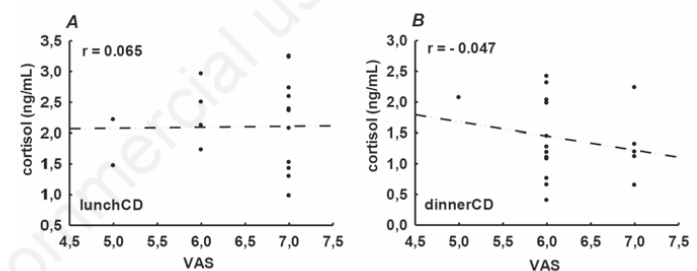


Figure 1. Spearman correlation between salivary cortisol and Visual Analogue Scale (VAS) after (A) lunchCD and after (B) dinnerCD; n=18 in each group. The r values for the linear correlation are in the top of the figure.

Discussion

The present results validate CD activities to be effective in decreasing cortisol levels, a biomarker of stress, in the studied groups. Satisfaction with the CD intervention rated on VAS was evident in the lunchCD group, but not in the dinnerCD group. However, there was a negative correlation between cortisol levels and VAS scores in the dinnerCD group; the lower the cortisol levels, the higher the VAS score. The well-being associated with CD activities, seen by the VAS, might be related to a reduction in cortisol levels. Cortisol secretion is higher in the morning than throughout the day.¹¹ The significant decrease in cortisol lev-

els in the lunchCD group occurred within only 2 hours what may reflect a true effect of CD activities and not only a random effect of circadian variation. Furthermore, in the dinnerCD group the intervention decreased cortisol levels, even when its levels were already low. Although, there is a popular believes that CD is amusement for the patients and reduces stress even for parents and hospital staff,¹⁻³ this study proved that CD is beneficial for reducing cortisol. Thus, decreased levels of cortisol attenuate the effects of hospitalization stress, contributing to the healing process.

In agreement with the present results a decrease in salivary cortisol levels has also been observed in hospitalized children after playful activities,¹² reinforcing that CD activi-

ties are effective in reducing stress. Our results support CD activities as an important and valid tool to reduce a recognized physiological biomarker of stress. We emphasize that VAS did not change for the *after dinner*CD time point since during the afternoon the children had the opportunity to play in a variety of activities provided by volunteers of different non-profit organizations or even religious organizations. Those volunteers read stories, play instruments and sing songs together with children and parents helping to minimize the sorrows of being waiting for diagnoses and the healing process. These interventions may also help reduce cortisol levels. When they were asked about their satisfaction with one more activity, the last in the day the dinnerCD in the ward, they seemed not to be as satisfied as after lunchCD. Furthermore, at night the children were supposed to go back home to sleep with their family and their belongings, a fact that might explain why the children interviewed at night were not as satisfied as the children interviewed in the afternoon. Usually during the morning there are cleaning and nurse staff taking care of details and there is not much time for playing than it is in the afternoon. Children in the present study were mostly happy by the VAS, what might suggest that they were not in a psychophysiological reaction of the stress as named by Seyle in his studies.¹³ Though in the present study the psychological assessment of the children was not our focus and deserves further investigations.

Conclusions

The present results provided physiological evidence of the beneficial effects of playful CD activities in a public pediatric ward. Therefore the CD activities should be more valued and encourage inside a hospital atmosphere, once it reduces an important physiological stress factor in hospitalized children.

References

1. Bennett MP, Lengacher CA. Humor and laughter may influence health: III. Laughter and health outcomes. *Evid Based Complement Alternat Med* 2008;5:37-40.
2. Vagnoli L, Caprilli S, Robiglio A, Messeri A. Clown doctors as a treatment for preoperative anxiety in children: a randomized, prospective study. *Pediatrics* 2005;116: e563-7.
3. Barkmann C, Siem AK, Wessolowski N, Schulte-Markwort M. Clowning as a supportive measure in paediatrics - a survey of clowns, parents and nursing staff. *BMC Pediatr* 2013;13:166.
4. Dionigi A, Sangiorgi D, Flangini R. Clown intervention to reduce preoperative anxiety in children and parents: a randomized controlled trial. *J Health Psychol* 2014;19: 369-80.
5. Fry WF. The physiologic effects of humor, mirth, and laughter. *JAMA* 1992;267:1857-8.
6. Kirschbaum C, Hellhammer DH. Salivary cortisol in psychoneuroendocrine research: recent developments and applications. *Psychoneuroendocrinology* 1994;19:313-33.
7. Hellhammer DH, Wüst S, Kudielka BM. Salivary cortisol as a biomarker in stress research. *Psychoneuroendocrinology* 2009;34:163-71.
8. Umeda T, Hiramatsu R, Iwaoka T, et al. Use of saliva for monitoring unbound free cortisol levels in serum. *Clin Chim Acta* 1981;110: 245-53.
9. Kudielka BM, Buske-Kirschbaum A, Hellhammer DH, Kirschbaum C. HPA axis responses to laboratory psychosocial stress in healthy elderly adults, younger adults, and children: impact of age and gender. *Psychoneuroendocrinology* 2004;29:83-98.
10. Jaedick KM, Taylor JJ, Preshaw PM. Validation and quality control of ELISAs for the use with human saliva samples. *J Immunol Methods* 2012;377:62-5.
11. Chung S, Son GH, Kim K. Circadian rhythm of adrenal glucocorticoid: its regulation and clinical implications. *Biochim Biophys Acta* 2007;1812:581-91.
12. Yount G, Rachlin K, Siegel J. Expressive arts therapy for hospitalized children: a pilot study measuring cortisol levels. *Pediatr Rep* 2013;5:e7.
13. Seyle H. Forty years of stress research: principal remaining problems and misconceptions. *Can Med Assoc J* 1976;115:53-6.

ANEXO C - CARNIER, L. E.; PADOVANI, F. H. P.; PEROSA, G. B.; RODRIGUES, O. M. P. R. Estratégias de enfrentamento em crianças em situação pré-cirúrgica: relação com idade, sexo, experiência com cirurgia e estresse. *Estudos de Psicologia* (Campinas), v. 32, n. 2, p. 319-330. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-166X2015000200015>

<http://dx.doi.org/10.1590/0103-166X2015000200015>

Estratégias de enfrentamento em crianças em
situação pré-cirúrgica: relação com idade,
sexo, experiência com cirurgia e estresse

*Coping strategies among children in a pre-surgical
situation: Relationship with age, gender,
experience with surgery and stress*

Luciana Esgalha **CARNIER**¹
Flávia Helena Pereira **PADOVANI**²
Gimol Benzaquen **PEROSA**²
Olga Maria Piazzentin Rolim **RODRIGUES**³

Resumo

O estudo objetivou verificar as estratégias de enfrentamento de crianças, com idade entre 7 e 12 anos, em situação pré-cirúrgica, e sua relação com variáveis sociodemográficas, presença de estresse na criança, no acompanhante e experiência prévia com cirurgia. Para tanto, 58 crianças internadas para realização de cirurgias eletivas responderam ao instrumento de avaliação das estratégias de enfrentamento da hospitalização e a um questionário de avaliação do estresse. O acompanhante respondeu a um levantamento sociodemográfico e ao inventário de sintomas de estresse de Lipp. As estratégias mais utilizadas foram distração e solução do problema e as menos utilizadas, afastamento social e oposição. Meninas e filhos de pais com estresse usaram significativamente mais estratégias de regulação da emoção. Observou-se maior uso de reestruturação cognitiva em crianças mais velhas e com experiência prévia em cirurgia. Os resultados sinalizam a necessidade de considerar as variáveis estudadas quando da elaboração de programas de preparação cirúrgica.

Palavras-chave: *Coping*; Criança hospitalizada; Estresse.

Abstract

This study's aim was to verify coping strategies among children aged between 7 and 12 years old who will be experiencing surgery and the potential relationship of coping strategies with sociodemographic variables, stress in children and in companions, and the child's prior experience with surgery. A total of 58 children hospitalized and waiting for elective

▼ ▼ ▼ ▼ ▼

¹ Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina, Hospital das Clínicas. Botucatu, SP, Brasil.

² Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina de Botucatu, Departamento de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria. Caixa-Postal 540, Distrito de Rubião Jr., s/n., 18618-970, Botucatu, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: F.H.P. PADOVANI. E-mail: <fpadovani@fmb.unesp.br>.

³ Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Ciências, Departamento de Psicologia, Bauru, SP, Brasil.

surgeries responded to the Assessment Instrument of Coping to Hospitalization and an instrument to assess stress. The companion received a sociodemographic questionnaire and the Lipp Stress Symptom Inventory. Problem-solving strategies and distraction were the most frequent strategies used, while social withdrawal and opposition were the least frequent. Girls and children of stressful parents used emotion regulation strategies with significantly more frequency. Likewise, greater cognitive restructuring was observed in older children and those with prior experience with surgeries. The results show the need to consider the studied variables when developing pre-operative preparation programs.

Keywords: Coping; Child hospitalized; Stress.

A internação hospitalar de crianças é considerada um fator estressor para o desenvolvimento na medida em que há uma alta probabilidade delas serem submetidas a procedimentos invasivos e traumáticos. Dentre os procedimentos invasivos, as experiências cirúrgicas são consideradas fatores de impacto por estarem atreladas ao imprevisível e ao incontrolável, circundadas por fantasias, medos e reações negativas, o que pode provocar elevados níveis de estresse (Carvalho, Silva, Santos, & Camargo, 2006; Moro & Módolo, 2004).

Especificamente no período pré-cirúrgico, apesar das reações de medo e ansiedade serem consideradas normais, quando exacerbadas, podem interferir direta ou indiretamente no curso da patologia e da própria cirurgia (Sebastiani & Maia, 2005). O período que circunda a cirurgia, principalmente aquele que antecede à anestesia, envolve o medo da criança de se separar dos pais, as incertezas quanto aos procedimentos cirúrgicos e seus resultados, provocando ansiedade e temores que podem ser verbalizados pela criança ou que podem levar à alteração de seu comportamento.

Estudos brasileiros focaram os sentimentos e medos de crianças em situação pré-cirúrgica. Em geral, os resultados encontrados confirmam que a cirurgia desperta sentimentos negativos (medo, culpa, tristeza, desconfiança) e intenção de fuga (Crepaldi & Hackbarth, 2002), decorrentes de temores da anestesia, do ato cirúrgico e da possibilidade de, posteriormente, não poder desempenhar determinadas atividades (Broering & Crepaldi, 2011).

Para fazer face ao estresse da internação, a criança recorre a esforços adaptativos denominados estratégias de enfrentamento ou *coping*, determinados tanto pela sua maturação biológica quanto psicológica. A partir de uma visão desenvolvimentista, as características básicas do desenvolvimento

cognitivo e social interferem na capacidade da criança para compreender e significar a doença e em sua capacidade de lançar mão de estratégias de enfrentamento, determinando sua reação adaptativa (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen, & Wadsworth, 2001).

Segundo Folkman e Lazarus (1985), o enfrentamento pode ser definido como um conjunto de esforços - comportamentais e cognitivos -, utilizado pelo indivíduo para lidar com situações de estresse que sobrecarregam seus recursos pessoais. Os autores identificaram duas funções do *coping*, uma em que se tentaria controlar ou alterar a situação estressora (*coping* baseado no problema), e outra que regularia a resposta emocional associada ao estresse ou ao resultado de eventos estressantes (*coping* baseado na emoção).

Compas et al. (2001), identificaram três dimensões funcionais nas estratégias de enfrentamento. A primeira envolve esforços ativos para alcançar algum controle pessoal sobre os aspectos estressantes do ambiente e sobre sua emoção; a segunda inclui esforços cognitivos para se adaptar à situação como reestruturação, aceitação ou distração, pensamentos e atividades positivas; e, finalmente, a terceira contém respostas de evitação ou de desligamento do fator estressor ou de sua emoção.

Zimmer-Gembeck e Skinner (2011), por sua vez, a partir de análises teóricas e de vários estudos empíricos, chegaram a 12 famílias de *coping*, em que cada família representa um conjunto de formas funcionalmente homogêneas de estratégias de enfrentamento. Todas as estratégias de determinada família servem para as mesmas funções adaptativas, mas a forma como uma particular função é expressa está intimamente associada às capacidades desenvolvimentais do indivíduo.

As estratégias de enfrentamento das crianças são mais específicas que do adulto, de acordo com o desenvolvimento de suas habilidades cognitivas, sociais e de regulação da emoção. Pesquisas com crianças mostram que tanto os sentimentos como o uso de diferentes estratégias de enfrentamento estão associados a variáveis como idade e sexo, este último por haver formas de socialização diferentes para meninos e meninas (Allegretti, 2006). Com relação à idade, Wills (1986) verificou que a variabilidade e diversidade dos tipos de enfrentamento aumentavam com a idade.

Para Barros (2003) e Costa Junior (2005), o enfrentamento em que a criança tende a controlar a emoção para reduzir a tensão é mais frequente em crianças mais velhas, bem como o uso de estratégias mais complexas de enfrentamento. As habilidades para enfrentamento focalizado no problema parecem ser adquiridas mais cedo, desenvolvendo-se até aproximadamente 8 a 10 anos de idade. Crianças pequenas, presas a um pensamento concreto, se beneficiam de enfrentamentos comportamentais e busca por apoio emocional, ao passo que crianças mais velhas e jovens, com capacidade para controlar emoções e usar recursos imaginários, podem utilizar o relaxamento ou transformar o significado subjetivo da situação estressante. Barros (2003) conclui que as competências cognitivas envolvidas no enfrentamento emocional tendem a ser mais sofisticadas e só emergem no fim da idade escolar, quando a criança passa a utilizar regras mais abstratas e generalizáveis para controlar a ação.

Apesar da importância do fator idade para prever quais situações a criança considera estressantes e por qual tipo de estratégia vai optar, ele não é um fator suficiente para explicar toda a variabilidade de desempenho das crianças frente ao estresse (Barros, 2003). Outros fatores como temperamento, a possibilidade de controle do estressor, a experiência prévia com dor, cirurgias e procedimentos invasivos, modelos de enfrentamento familiar e o modo como os pais reagem à situação têm um peso determinante na escolha do enfrentamento a que a criança recorre, assim como na sua eficácia (Costa Junior, 2005; Kain, Mayes, Weisman, & Hofstadter, 2000).

Moro e Módolo (2004) relatam que no momento pré-cirúrgico, filhos de pais ansiosos mostravam-se mais irritados que crianças cujos pais eram mais tranquilos e não apresentavam sinais de ansiedade. Kain et al. (2000) avaliaram o temperamento infantil, as habilidades cognitivas, o comportamento adaptativo e o estilo de enfrentamento de 60 crianças, com idades variando entre 3 e 10 anos, uma semana antes da realização de cirurgia eletiva, assim como ansiedade e o estilo de enfrentamento dos pais e a ansiedade da criança no momento pré-cirúrgico. Os resultados indicaram que a ansiedade dos pais, as habilidades sociais adaptativas e o temperamento da criança (sociabilidade), foram preditores independentes de elevada ansiedade.

Considerando a escassa literatura sobre possíveis variáveis associadas às estratégias de enfrentamento no período pré-cirúrgico, esta pesquisa teve por objetivo verificar as estratégias de enfrentamento de crianças hospitalizadas em situação pré-cirúrgica e sua relação com variáveis sociodemográficas, como idade e sexo, presença de estresse na criança, nos acompanhantes e experiência prévia com cirurgia.

Método

Participantes

A amostra foi composta por 58 crianças e um de seus acompanhantes, que: estavam internadas para realização de cirurgias eletivas/agendadas; tinham idade entre 7 anos e 12 anos e 11 meses; e conhecimento da internação para realizar cirurgia. Foram excluídas crianças: internadas para biópsia; portadores de síndromes que comprometiam a capacidade cognitiva e que estavam sob efeito de sedativos ou referiam dor muito acentuada.

A pesquisa foi realizada nas enfermarias do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HC-FMB), onde as crianças estavam internadas. Elas eram admitidas na véspera da cirurgia, no período da tarde e os médicos responsáveis pela

cirurgia e anestesia visitavam a criança no leito para realização de exames, dar informações e esclarecer dúvidas.

Instrumentos

a) Questionário de levantamento de características sociodemográficas e das condições atuais das crianças quanto à hospitalização. Solicitava-se ao acompanhante, informações sobre a criança (data de nascimento, sexo e experiência anterior da criança com hospitalizações e cirurgias) e sobre ele próprio (idade, sexo, grau de parentesco);

b) Escala de *Stress* Infantil (ESI), elaborado por Lipp e Lucarelli (2011) com o objetivo de verificar em crianças a presença de estresse, a fase de estresse em que se encontram (alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão) e a sintomatologia prevalente. É composto por 35 afirmações em que a criança avalia cada afirmação, a partir de uma escala *Likert* de quatro pontos. Quanto às qualidades psicométricas, a escala total apresentou um índice de consistência interna (*Alpha* de Cronbach) de 0,89;

c) Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos (ISSL), elaborado por Lipp (2002), tem como finalidade avaliar a presença de estresse em jovens e adultos, a fase de estresse em que se encontram (alerta, resistência, quase exaustão e exaustão) e a sintomatologia prevalente. Contém 53 afirmações, frente às quais o participante deve assinalar os sintomas experimentados em três momentos diversos, seguindo uma ordem hierárquica de intensidade e gravidade de sintomas. As qualidades psicométricas da escala mostraram-se satisfatórias, com índice de consistência interna (*Alpha* de Cronbach) de 0,91.

d) Instrumento de Avaliação das Estratégias de Enfrentamento da Hospitalização (AEH). Instrumento elaborado para identificar as estratégias a que recorriam crianças hospitalizadas para tratamento de câncer. Em sua última versão o AEHcomp é composto por um roteiro de entrevista e um caderno (um para meninos e outro para meninas), com 20 cenas coloridas que retratam possíveis comportamentos de enfrentamento frente à hospitalização:

brincar, assistir TV, cantar, ouvir música, rezar, estudar, conversar, ler gibi, tomar remédio, buscar informações, chorar, sentir raiva, sentir-se triste, desanimar, sentir medo, pensar em fugir, chantagem, esconder, sentir culpa, pensar em milagre (Motta & Enumo, 2010). Pedese à criança que aponte se emitiu o comportamento, em que ocasiões e com que frequência. Para facilitar a resposta, são oferecidos à criança retângulos de tamanhos diferentes (em escala crescente). A seguir, pede-se que a criança justifique porque utiliza, ou não, cada comportamento.

Procedimentos

As crianças hospitalizadas para cirurgias eletivas e seus responsáveis foram abordados, pelo menos quatro horas após a internação, tempo considerado suficiente para que a criança já tivesse vivenciado o ambiente hospitalar. Se aceitassem participar, solicitava-se que o acompanhante assinasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Crianças com 11 anos ou mais, também assinavam o termo.

O acompanhante respondia ao questionário de levantamento de características sociodemográficas e ao ISSL, sem a presença da criança e em local com garantia de privacidade. A seguir, aplicavam-se os instrumentos com a criança, sem a presença do acompanhante e, se possível, não à beira do leito. Quando permitido, as respostas eram gravadas. O estudo teve aprovação do Comitê de Ética da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, *Campus* Bauru (Processo nº 1596/46/01/08) e do HC-FMB (Of. 350/08-CEP).

Inicialmente, as escalas para avaliação de estresse foram corrigidas e pontuadas conforme as respectivas normas. Para a análise das respostas ao AEH, em uma primeira etapa foram computadas as frequências de cada comportamento que a criança informou utilizar. A seguir, foram selecionados os cinco comportamentos mais utilizados e os cinco menos utilizados e, as justificativas das respostas a cada comportamento foram categorizadas segundo as estratégias de enfrentamento adaptadas para o contexto da hospitalização por Motta (2007), a par-

tir das formulações de Skinner, Edge, Altman e Sherwood (2003), conforme descrito na Tabela 1. Como muitas crianças tiveram dificuldade em justificar o porquê de alguns comportamentos, criou-se uma categoria denominada “nenhuma justificativa”.

Apesar das cenas do AEH estarem direta ou indiretamente relacionadas à determinada estratégia de enfrentamento, era a justificativa da criança que levava à categorização da resposta. Por exemplo: se a criança, ao ser indagada porque assistia TV, justificasse “porque é gostoso”, ou, “porque o tempo passa mais rápido”, se computava como estratégia de distração. No entanto, se a resposta fosse que assistia TV para se “sentir mais calma”, era computada como regulação da emoção; ou

ainda, se justificasse que fazia isto “para não pensar na cirurgia”, era considerada uma estratégia de esquiva.

Dependendo do número de justificativas dadas, cada comportamento emitido, podia ser categorizado em mais de uma estratégia. A seguir, calculou-se a frequência média das estratégias utilizadas pelas crianças, primeiramente no grupo como um todo, e, posteriormente, nos grupos de crianças divididos segundo idade, gênero, presença de estresse, experiência prévia com cirurgia e presença de estresse no acompanhante. Finalmente, passou-se à análise estatística inferencial. Para a comparação das médias dos grupos foram utilizados os testes não paramétricos para dois grupos independentes de Mann Whitney e, para mais de dois grupos, o teste de Kruskal-Wallis para grupos

Tabela 1
Descrição das categorias de estratégias de enfrentamento

Estratégia	Descrição
Solução de Problemas	Ações dirigidas para a resolução do problema, comportamentos de adesão ao tratamento (ingestão dos remédios prescritos, submissão a exames e procedimentos médicos); indicação de foco no tratamento e na cura da doença.
Busca por Suporte	Ação em direção ao alvo de suporte (familiar, profissional da equipe hospitalar, voluntário, outra criança, pesquisador e Deus), assim como a aceitação do suporte social disponível.
Esquiva	Tentativas de não envolvimento com a situação estressante, mantendo-se distante dela. Inclui “fuga cognitiva”, como não pensar no problema, negação e ações diretas de evitação.
Distração	Engajamento em atividades alternativas prazerosas e possíveis no ambiente hospitalar, como forma de tentar lidar com a situação estressante.
Reestruturação Cognitiva	Tentativas ativas para mudar sua percepção sobre a situação estressante, no sentido de vê-la de uma maneira mais positiva; esforços para minimizar o próprio sofrimento ou as consequências negativas da hospitalização/cirurgia.
Ruminação	Foco passivo e repetitivo nos aspectos negativos da situação, com ênfase nos danos e perdas da situação estressante, podendo também ser presente catastrofização, autculpa e medo.
Desamparo	Passividade, resignação, confusão, interferência ou exaustão cognitiva, desânimo e pessimismo.
Afastamento Social	Ações dirigidas a manter-se distante das outras pessoas ou impedi-las de saber sobre a situação estressante ou seus efeitos emocionais.
Regulação da Emoção	Esforços para influenciar o sofrimento emocional e expressar as emoções construtivamente no momento e lugar apropriados, fazendo com que se sintam melhor, utilizando, por exemplo, autoencorajamento, controle emocional, e expressão emocional.
Busca por Informação	Tentativas de aprender mais sobre a situação estressante, por meio de perguntas diretas ou da observação dos acontecimentos.
Negociação	Tentativas ativas de fazer um acordo entre suas necessidades, o fato de ser submetida a uma cirurgia e as restrições impostas pelo contexto da hospitalização.
Oposição	Comportamentos de objeção, agressão, reação de raiva, descarga e atribuição de culpa às outras pessoas.
Delegação	Comportamentos de dependência, busca por ajuda mal adaptativa, reclamações, queixas e autopiedade.

Nota: Adaptado de Motta (2007).

independentes. Os resultados foram considerados significativos a um nível de 5%. Para os cálculos e testes, empregou-se o *Software Statistica* da StatSoft (Siegel, 1981).

Resultados

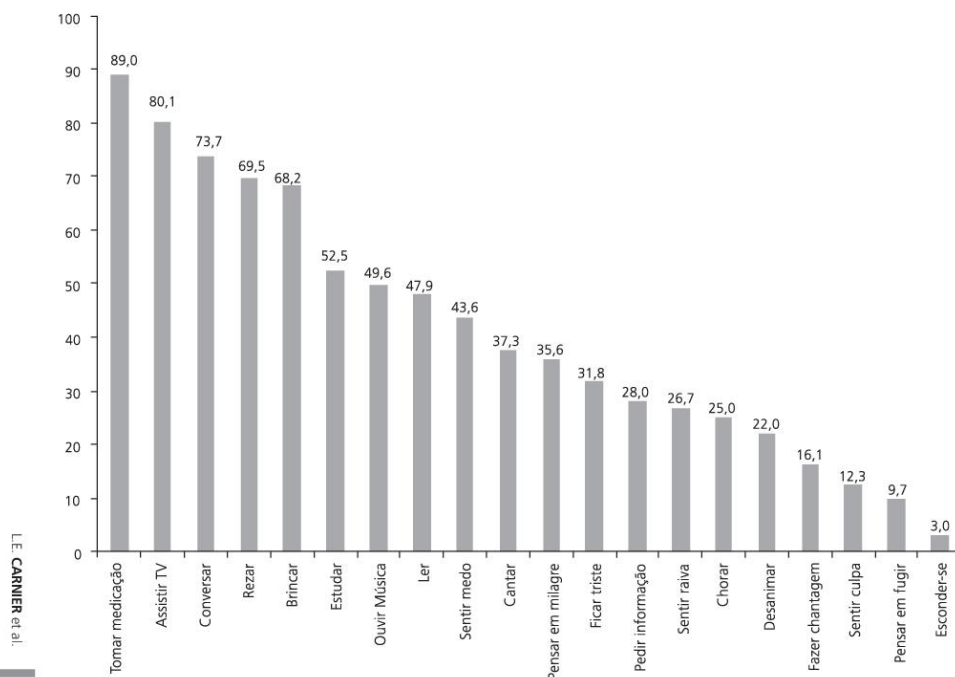
Das crianças avaliadas, 22 (37,9%) tinham idade entre 7 e 8 anos e 11 meses, 12 (20,7%) de 9 a 10 anos e 11 meses, e 24 (41,4%) de 11 a 12 anos e 11 meses. A maioria era meninos (53,4%), metade apresentou estresse e 58,6% não tinham experiência prévia com cirurgia.

Os acompanhantes, em sua grande maioria, eram os cuidadores primários (97,0%), do sexo feminino (90,0%), sendo que 77,6% pontuaram para estresse, a maioria na fase de resistência (73,3%) e a sintomatologia prevalente foi psicológica (93,3%).

Na Figura 1, pode-se observar que os comportamentos que as crianças disseram emitir mais frequentemente foram tomar remédio, assistir TV, conversar, rezar e brincar e os cinco menos frequentes foram esconder-se, pensar em fugir, sentir culpa, fazer chantagem e desanimar.

A Figura 2 mostra que as estratégias de enfrentamento com maiores médias foram Distração (DIS) e Solução de Problemas (SPR). Em contrapartida, as estratégias com médias mais baixas foram Afastamento Social (ASO) e Oposição (OPO). Entretanto, a média de "nenhuma justificativa" foi a mais alta ($M = 2,28$).

A média de estratégias de Regulação da Emoção (REM) ($p = 0,02$) e Ruminação (RUM) ($p = 0,002$) das meninas foi, significativamente, mais alta que dos meninos. As crianças mais novas, com idade entre 7 e 8 anos, apresentaram maior dificuldade para justificar seus comportamentos que



324 Figura 1. Porcentagem de utilização dos comportamentos de enfrentamento da hospitalização de crianças em situação pré-cirúrgica (N = 58).

as mais velhas ($p \leq 0,001$), além de relatarem menos estratégias de Reestruturação Cognitiva (RCO) ($p = 0,001$). O grupo de crianças com experiência anterior com procedimentos cirúrgicos teve, de forma significativa, média mais alta da estratégia de

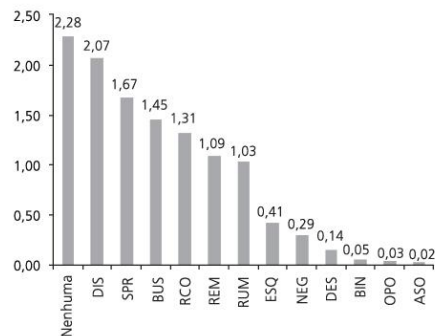


Figura 2. Média das estratégias de enfrentamento utilizadas pelas crianças em situação pré-cirúrgica (N = 58).

Nota: DIS: Distração; SPR: Solução de Problemas; BUS: Busca por Suporte; RCO: Reestruturação Cognitiva; REM: Regulação da Emoção; RUM: Ruminação; ESQ: Esquiva; NEG: Negação; DES: Desamparo; BIN: Busca por Informação; OPO: Oposição; ASO: Afastamento Social.

reestruturação cognitiva ($p = 0,002$), que crianças sem experiência cirúrgica (Tabela 2).

Não houve diferenças estatisticamente significativas nas estratégias de enfrentamento das crianças com e sem estresse. Por outro lado, as crianças cujos acompanhantes pontuaram para estresse apresentaram médias significativamente maiores de estratégias de REM ($p = 0,004$) e RUM ($p = 0,015$) que crianças de cuidadores sem estresse (Tabela 3).

Discussão

Confirmando a literatura (Amitay et al., 2006; Broering & Crepaldi, 2011; Moro & Módolo, 2004; Sebastiani & Maia, 2005), a internação para realizar uma cirurgia eletiva caracterizou-se como uma situação estressante para metade das crianças e para 77% dos pais.

A prevalência de estresse no acompanhante foi maior do que a encontrada com cuidadores de crianças portadoras de quadros crônicos, como câncer (Del Bianco Faria & Cardoso, 2010; Patiño-Fernandez et al., 2008), possivelmente porque os pais das crianças crônicas estão, há algum tempo,

Tabela 2

Comparações entre as médias das estratégias de enfrentamento de crianças pré-cirúrgicas divididas quanto a sexo, idade e experiência prévia com cirurgia (N = 58)

Estratégias de enfrentamento	Sexo ^a			Idade ^b				Experiência prévia com cirurgia ^a		
	Meninas (N = 27)	Meninos (N = 31)	Valor p	7-8 anos (N = 22)	9-10 anos (N = 12)	11-12 anos (N = 24)	Valor p	Sem experiência (N = 34)	Com experiência (N = 24)	Valor p
DIS	2,1	2,1	0,977	2,0	2,0	2,2	0,888	2,1	2,1	0,943
REM	1,4	0,8	0,020*	1,1	1,3	1,0	0,559	1,0	1,2	0,427
BUS	1,3	1,5	0,463	1,3	1,6	1,5	0,640	1,4	1,5	0,591
RUM	1,4	0,7	0,002*	0,8	1,3	1,1	0,312	1,1	1,0	0,819
DES	0,1	0,1	0,844	0,1	0,1	0,2	0,474	0,2	0,0	0,095
ESQ	0,5	0,3	0,237	0,4	0,6	0,3	0,532	0,5	0,3	0,096
ASO	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	
OPO	0,0	0,0		0,1	0,0	0,0		0,0	0,0	
RCO	1,5	1,2	0,254	0,7	1,6	1,8	0,002*	0,9	1,8	0,002*
SPR	1,6	1,7	0,797	1,4	1,7	1,9	0,346	1,8	1,5	0,350
BIN	0,0	0,1	0,105	0,1	0,1	0,0		0,1	0,0	0,145
NEG	0,3	0,3	0,592	0,3	0,3	0,3	0,951	0,4	0,2	0,309
Nenhuma estratégia	2,0	2,5	0,093	3,3	1,8	1,5	$\leq 0,001^*$	2,2	2,3	0,782

Nota: * $p \leq 0,05$. ^aComparações por meio do teste de Mann-Whitney; ^bComparações por meio do teste de Kruskal-Wallis.

DIS: Distração; SPR: Solução de Problemas; BUS: Busca por Suporte; RCO: Reestruturação Cognitiva; REM: Regulação da Emoção; RUM: Ruminação; ESQ: Esquiva; NEG: Negação; DES: Desamparo; BIN: Busca por Informação; OPO: Oposição; ASO: Afastamento Social.

Tabela 3

Comparações entre as médias das estratégias de enfrentamento de crianças pré-cirúrgicas divididas quanto ao estresse da criança e do cuidador (N = 58)

Estratégias de enfrentamento	Estresse criança			Estresse acompanhante		
	Sem estresse (N = 29)	Com estresse (N = 29)	Valor p	Sem estresse (N = 13)	Com estresse (N = 45)	Valor p
DIS	2,0	2,1	0,987	2,3	2,0	0,446
REM	1,1	1,0	0,538	0,4	1,3	0,004*
BUS	1,5	1,3	0,486	1,3	1,5	0,605
RUM	0,7	1,3	0,089	0,5	1,2	0,015*
DES	0,1	0,2	0,221	0,1	0,2	0,498
ESQ	0,3	0,5	0,161	0,4	0,4	0,850
ASO	0,0	0,0		0,0	0,0	
OPO	0,0	0,0		0,0	0,0	
RCO	1,2	1,4	0,491	1,2	1,3	0,760
SPR	2,0	1,4	0,082	1,7	1,7	0,945
BIN	0,1	0,1	1,000	0,0	0,1	
NEG	0,2	0,3	0,391	0,2	0,3	0,632
Nenhuma estratégia	2,4	2,2	0,558	3,2	2,0	0,007*

Nota: *p ≤ 0,05; Comparações por meio do teste de Mann-Whitney.

DIS: Distração; SPR: Solução de Problemas; BUS: Busca por Suporte; RCO: Reestruturação Cognitiva; REM: Regulação da Emoção; RUM: Ruminação; ESQ: Esquiva; NEG: Negação; DES: Desamparo; BIN: Busca por Informação; OPO: Oposição; ASO: Afastamento social.

se adaptando ao diagnóstico e tratamento, enquanto que o momento da cirurgia, agudiza nos pais os medos, a ansiedade e, muitas vezes, os confronta com uma situação em que eles não têm experiência anterior.

Carnier, Rodrigues e Padovani (2012) observaram que a presença significativa de estresse em acompanhantes de crianças hospitalizadas para a realização de cirurgia eletiva estava relacionada a não ter experiência prévia com cirurgia. Diante de tais constatações, Shirley, Thompson, Kenward e Johnston (1998) preconizam que poder acompanhar a criança no tratamento, estar presente durante a indução da anestesia e receber mais informações da equipe no período pré-operatório poderiam contribuir para a redução do estresse paterno.

Quanto à criança, se a hospitalização provoca a manifestação de reações adversas como o estresse, a necessidade de ser submetido a procedimentos invasivos, como as cirurgias, potencializa essas reações (Broering & Crepaldi, 2011). Mesmo quando se trata de cirurgias eletivas, antes do procedimento, a criança pode experimentar ameaça à sua integridade física, acompanhada do medo da morte e, no pós-cirúrgico, sintomas pós-

-traumáticos leves que podem se manter por um mês (Amitay et al., 2006).

Frente à situação estressante, as crianças do presente estudo recorreram a estratégias de enfrentamento para se adaptar, especialmente, distração e solução de problemas. No entanto, devido à dificuldade que as crianças tiveram em justificar suas escolhas, principalmente as mais novas (7 e 8 anos), vários comportamentos não foram categorizados segundo a perspectiva de análise proposta por Motta (2007).

A distração compreendeu atividades passíveis de serem realizadas no ambiente hospitalar, como assistir TV, brincar e ouvir música, consideradas prazerosas, que entretinham e, portanto, aliviavam o estresse. Trata-se de uma estratégia de enfrentamento frequentemente utilizada por crianças hospitalizadas (Moraes & Enumo, 2008; Motta, 2007; Santos & Silva, 2002; Wollin et al., 2004).

Na pesquisa de Santos e Silva (2002), a porcentagem de crianças com síndrome nefrótica e doença celíaca, que relataram o desejo de dormir e brincar com outras crianças, foi maior do que das crianças saudáveis. Segundo as autoras, brincar, uma atividade prazerosa, estaria compensando o

mal-estar e desconforto causados pela doença. Ao comparar as estratégias de enfrentamento de crianças entre 4 e 6 anos, Salmela, Salanterä, Ruotsalainen e Aronen (2010) verificaram que o número de crianças hospitalizadas que apontou o brincar como estratégia de enfrentamento era significativamente maior que as crianças saudáveis de pré-escola. Para Azevedo, Santos, Justino, Miranda e Simpson (2008), a necessidade de brincar, além de ser uma estratégia de distração, é uma atividade conhecida, que potencializa a capacidade da criança se sentir mais segura quando está em um ambiente estranho, com pessoas desconhecidas.

Na preparação pré-cirúrgica utilizam-se livros de histórias, contos infantis, atividades verbais, e exercícios de respiração, como parte da técnica de distração. Por meio desta técnica a criança dirige sua atenção para atividades diferentes daquelas que provocam dor ou mesmo elevam seu nível de ansiedade (Broering & Crepaldi, 2011). Os próprios sujeitos reconhecem que a distração pode aliviar o estresse pré-cirúrgico. No estudo de Wollin et al. (2004), crianças hospitalizadas para realização de cirurgia eletiva, com idade entre 5 e 12 anos, e seus pais, sugeriram as estratégias de distração, especialmente assistir TV, para diminuir a ansiedade pré-cirúrgica.

Com relação à estratégia solução de problemas, a ação instrumental mais citada pelas crianças foi tomar remédio, justificada como a forma mais rápida para sarar ou atendendo à orientação de um adulto responsável. Possivelmente essa resposta sofreu a influência do momento, já que na fase pré-cirúrgica a criança é submetida a dietas, exames e outros procedimentos preparatórios que implicam na tomada de medicações. Essa resposta também era esperada, pois estudos anteriores já haviam identificado que as crianças hospitalizadas atribuíam propriedades mágicas ao remédio pra obter a cura, ou mesmo justificavam sua ação como de obediência e confiança na autoridade, tanto dos pais quanto dos médicos (Moraes & Enumo, 2008; Perosa & Gabarra, 2004; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011). Reforçando essa constatação, estratégias consideradas socialmente pouco aceitáveis, por prejudicar a colaboração nos procedimentos médicos, como o afastamento social e a oposição,

foram as estratégias que as crianças menos referiram utilizar.

No tocante às diferenças entre sexos, as meninas relataram mais estratégias de regulação da emoção e ruminação do que os meninos, confirmando evidências na literatura sobre a utilização de comportamentos e estratégias de enfrentamento diversas, dependendo do sexo, em crianças e adolescentes (Broderick & Korteland, 2002; Borges, Manso, Tomé, & Matos, 2008; Hampel & Petermann, 2005). Allegretti (2006) salienta que essas diferenças no uso das estratégias de enfrentamento podem estar relacionadas a diferentes formas de socialização para meninas e meninos. Estes seriam socializados para serem mais independentes e elas para usarem mais estratégias pró-sociais, como a regulação da emoção. Na adolescência, as diferenças encontradas entre os sexos parecem indicar um perfil mais introvertido, autodirecionado, no caso das meninas e um perfil mais extrovertido, voltado para a busca de apoio externo por parte dos meninos (Câmara & Carlotto, 2007). Reforçando a associação entre crenças culturais e estratégias de enfrentamento, um estudo com adolescentes verificou que, tanto os meninos quanto as meninas, acreditavam que os meninos não deveriam utilizar a ruminação, uma estratégia mais introspectiva, como forma de enfrentamento (Broderick & Korteland, 2002).

As diferenças na percepção do evento estressor, tanto da cirurgia como da dor envolvida no procedimento, também podem ter influenciado a utilização de diferentes estratégias de enfrentamento por meninos e meninas. Sundblad, Saartok e Engström (2007) verificaram que a autopercepção de dor e de problemas de saúde diminuía entre os meninos e aumentava entre as meninas, com o aumento da idade. Três anos depois, mais da metade dessas crianças e adolescentes (67%) respondeu a um novo questionário e confirmou-se um aumento das queixas entre as meninas e diminuição entre os meninos (Sundblad, Jansson, Saartok, Renström, & Engström, 2008). Em outro estudo, com adolescentes, as meninas referiram mais ansiedade antecipatória no período pré-cirúrgico e mais dor no pe-

riodo pós-cirúrgico do que os meninos (Logan & Rose, 2004).

Com relação à variável estresse do cuidador, neste estudo, também houve diferenças significativas nas estratégias de enfrentamento utilizadas pelas crianças de pais que pontuaram e não pontuaram para estresse. Segundo Doca e Costa Junior (2007), pesquisas em psicologia pediátrica apontam o comportamento dos pais como principal modelo condicionador do comportamento da criança, especialmente quando se espera colaboração dela para a execução de exames e procedimentos terapêuticos. Pais e acompanhantes, com comportamentos caracterizados pela baixa tolerância e concorrentes com o tratamento, podem configurar uma condição de ansiedade que se generaliza para a criança.

A relação entre a ansiedade dos pais e das crianças, no pré-operatório, já foi identificada na literatura (Moro & Módolo, 2004; Kain, Mayes, Wang, Caramico, & Hofstadter, 1998; Broering & Crepaldi, 2011). Especificamente no momento da indução anestésica, Moro e Módolo (2004) relatam que crianças mais ansiosas e menos cooperativas eram as que estavam acompanhadas por pais extremamente ansiosos. Frente a essas evidências conclui-se que os médicos, em especial os anestesistas, deveriam estar atentos não só às características dos pacientes cirúrgicos (socialmente desadaptados, tímidos e inibidos), como também à família, principalmente aos pais ansiosos.

Crianças cujos acompanhantes estavam estressados utilizaram, significativamente, mais estratégias de regulação da emoção e ruminação que crianças de pais sem estresse. A cirurgia da criança, para os pais, é um momento de vulnerabilidade e risco sobre a qual não têm previsibilidade e controle (Crepaldi, Rabuske, & Gabarra, 2006) e, possivelmente, as crianças passam a compartilhar o desamparo vivenciado pelos pais. Se, de um lado, as crianças compartilharam com os pais as reações de catatização e medo que caracterizam a ruminação, de outro, pareceram conseguir controlar o sofrimento emocional, com estratégias de autoencorajamento, controle e expressão positiva das emoções, típicas da regulação da emoção (Motta, 2007).

As crianças com experiência cirúrgica prévia utilizaram mais a estratégia de reestruturação cognitiva em comparação àquelas sem experiência. Provavelmente, ter experienciado situações e sentimentos semelhantes, como dor e medo de se separar dos pais, influencia a forma como a criança lida com a nova situação (Compas et al., 2001; Moro & Módolo, 2004). As crianças com doenças crônicas, por exemplo, e com história de repetidas internações, são hábeis em identificar e implementar um repertório de estratégias de enfrentamento, como o autoencorajamento, devido à familiaridade e ao conhecimento prévio do contexto hospitalar (Boyd & Hunsberger, 1998).

Além da experiência prévia com cirurgia, a idade se mostrou um fator importante para o uso da reestruturação cognitiva, reforçando o que a literatura aponta como o curso desenvolvimentista do enfrentamento (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011). As crianças mais novas, entre 7 e 8 anos, relataram significativamente menos uso de tal estratégia, em comparação às crianças mais velhas, que possuem capacidades cognitivas e emocionais mais sofisticadas e, portanto, recorrem ao uso de regras mais abstratas e generalizáveis para controlar a ação.

Concluindo, os resultados desta pesquisa evidenciaram diferenças significativas das estratégias de enfrentamento utilizadas pelas crianças, dependendo do sexo, idade, experiência anterior com cirurgia e estresse do acompanhante.

Na medida em que crianças mais velhas e com mais experiência recorreram a estratégias mais complexas que as mais novas, como a reestruturação cognitiva, o presente estudo confirma a perspectiva desenvolvimentista das estratégias de enfrentamento, enfatizando o aspecto processual da construção de diferentes formas de controlar o estresse.

No entanto, é preciso ressaltar que se a maioria das crianças conseguiu apontar os comportamentos utilizados para lidar com o estresse pré-cirúrgico, uma alta porcentagem de respostas teve de ser inutilizada, especialmente das crianças mais novas (7 a 8 anos), quando elas não conseguiam justificar o porquê da escolha, impossibilitando

identificar sua função. Essa constatação cria a necessidade de novos estudos, com o objetivo de rever a possibilidade e a melhor maneira de identificar estratégias de enfrentamento em crianças menores. Apesar dessa limitação, os resultados obtidos permitem considerações para a elaboração de programas de preparação cirúrgica sinalizam a importância de considerar o estágio cognitivo da criança e seu sexo, assim como a necessidade de inserir o acompanhante nas programações, a fim de aumentar as chances de sucesso, reduzindo o nível de estresse frente à cirurgia, da criança e da família.

Referências

- Allegretti, J. (2006). *Nível de stress, fontes estressoras e estratégias de enfrentamento em mulheres* (Dissertação de mestrado não-publicada). Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- Amitay, G. B., Kosov, I., Reiss, A., Toren, P., Yoran-Hegesh, R., Kotler, M., & Mozes, T. (2006). Is elective surgery traumatic for children and their parents? *Journal of Paediatrics and Child Health*, 42(10), 618-624. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1754.2006.00938.x>
- Azevedo, D. M., Santos, J. J. S., Justino, M. A. R., Miranda, F. A. N., & Simpson, C. A. (2008). O brincar enquanto instrumento terapêutico: opinião dos acompanhantes. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10(1), 137-144. Recuperado em novembro 7, 2014, de http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n1/v10n1a12.htm
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: perspectiva desenvolvimentista* (2ª ed). Lisboa: Climepsi.
- Borges, A. I., Manso, D. S., Tomé, G., & Matos, M. G. (2008). Ansiedade e coping em crianças e adolescentes: diferenças relacionadas com a idade e gênero. *Análise Psicológica*, 4(26), 551-561.
- Boyd, J. R., & Hunsberger, M. (1998). Chronically ill children coping with repeated hospitalizations: Their perceptions and suggested interventions. *Journal of Pediatric Nursing*, 13(6), 330-342. [http://dx.doi.org/10.1016/S0882-5963\(98\)80021-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0882-5963(98)80021-3)
- Broderick, P. C., & Korteland, C. (2002). Coping style and depression in early adolescence: Relationships to gender, gender role, and implicit beliefs. *Sex Roles*, 46(7/8), 201-213. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1019946714220>
- Broering, C. V., & Crepaldi, M. A. (2011). Preparação psicológica e o estresse de crianças submetidas a cirurgias. *Psicologia em Estudo*, 16(1), 15-23. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722011000100003>
- Câmara, S. G., & Carlotto, M. S. (2007). Coping e gênero em adolescentes. *Psicologia em Estudo*, 12(1), 87-93. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722007000100011>
- Carnier, L. E., Rodrigues, O. M. P. R., & Padovani, F. H. P. (2012). Stress materno e hospitalização infantil pré-cirúrgica. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 29(3), 315-325. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2012000300002>
- Carvalho, L. S., Silva, C. A., Santos, A. C. O., & Camargo, C. L. (2006). A criança lidando com estressores pré-cirúrgicos: estudo exploratório. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 5(3). <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.2006508>
- 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. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.127.1.87>
- Costa Junior, A. L. (2005). Psicologia da saúde e desenvolvimento humano: o estudo do enfrentamento em crianças com câncer e expostas a procedimentos médicos invasivos. In M. A. Dessen & A. L. Costa Junior (Orgs.), *A Ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras* (pp.171-189). Porto Alegre: Artmed.
- Crepaldi, M. A., & Hackbarth, I. D. (2002). Aspectos psicológicos de crianças hospitalizadas em situação pré-cirúrgica. *Temas em Psicologia*, 10(2), 99-112.
- Crepaldi, M. A., Rabuske, M. M., & Gabarra, L. M. (2006). Modalidades de atuação do psicólogo em psicologia pediátrica. In M. A. Crepaldi, B. M. Linhares, & G. B. Perosa (Orgs.), *Temas em psicologia pediátrica* (pp.13-55). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Del Bianco Faria, A. M., & Cardoso, C. L. (2010). Aspectos psicossociais de acompanhantes cuidadores de crianças com câncer: stress e enfrentamento. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 27(1), 13-20. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2010000100002>
- Doca, F. N. P., & Costa Junior, A. L. (2007). Preparação psicológica para admissão hospitalar de crianças: uma breve revisão. *Paidéia*, 17(37), 167-179. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2007000200002>
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). Analysis of coping in a middle-age community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219-239. <http://dx.doi.org/10.1037/0882-7974.2.2.171>
- Hampel, P., & Petermann, F. (2005). Age and gender effects on coping in children and adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 34(2), 73-83. <http://dx.doi.org/10.1007/s10964-005-3207-9>
- Kain, Z. N., Mayes, L. C., Wang, S., Caramico, L. A., & Hofstadter, M. B. (1998). Parental presence during induction of anesthesia versus sedative premedication: Which intervention is more effective? *Anesthesiology*, 89(5), 1147-1156.

- Kain, Z. N., Mayes, L. C., Weisman, S. J., & Hofstadter, M. B. (2000). Social adaptability, cognitive abilities, and other predictors for children's reactions to surgery. *Journal of Clinical Anesthesia*, 12(7), 549-554. [http://dx.doi.org/10.1016/S0952-8180\(00\)00214-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0952-8180(00)00214-2)
- Lipp, M. E. N. (2002). *Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (ISSL)* (2ª ed. rev.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. E. N., & Lucarelli, M. D. M. (2011). *ESI: Escala de Stress Infantil* (2ª ed. rev.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Logan, D. E., & Rose, J. B. (2004). Gender differences in post-operative pain and patient controlled analgesia use among adolescent surgical patients. *Pain*, 109(3), 481-487. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2004.02.026>
- Moraes, E. O., & Enumo, S. R. F. (2008). Estratégias de enfrentamento da hospitalização em crianças avaliadas por instrumento informatizado. *Psico - USF*, 13(2), 221-231. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712008000200009>
- Moro, E. T., & Módolo, N. S. P. (2004). Ansiedade, a criança e os pais. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 54(5), 728-738. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942004000500015>
- 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.
- Motta, A. B., & Enumo, S. R. F. (2010). Intervenção psicológica lúdica para o enfrentamento da hospitalização para crianças com câncer. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(3), 445-454. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722010000300007>
- Patiño-Fernandez, A. M., Pai, A. L. H., Alderfer, M., Hwang, W.-T., Reilly, A., & Kazak, A. E. (2008). Acute stress in parents of children newly diagnosed with cancer. *Pediatric Blood & Cancer*, 50(2), 289-292. <http://dx.doi.org/10.1002/pbc.21262>
- Perosa, G. B., & Gabarra, L. M. (2004). Explicações de crianças internadas sobre a causa das doenças: implicações para a comunicação profissional de saúde-paciente. *Interface*, 8(14), 135-147. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832004000100008>
- Salmela, M., Salanterä, S., Ruotsalainen, T., & Aronen, E. T. (2010). Coping strategies for hospital-related fears in pre-school-age children. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 46(3), 108-114. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1754.2009.01647.x>
- Santos, S. V., & Silva, A. L. (2002). A criança com síndrome nefrótica e com doença celiaca: percepções relativas ao controle da doença e à forma como lida com ela. *Análise Psicológica*, 20(2), 243-260.
- Sebastiani, R. W., & Maia, E. M. C. (2005). Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. *Acta Cirúrgica Brasileira*, 20(1), 50-55. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-86502005000700010>
- Shirley, P. J., Thompson, N., Kenward, M., & Johnston, G. (1998). Parental anxiety before elective surgery in children. *Anaesthesia*, 53(10), 956-959. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2044.1998.00533.x>
- Siegel, S. (1981). *Estatística não paramétrica (para ciências do comportamento)*. São Paulo: McGraw-Hill.
- 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.
- Sundblad, G. M., Saartok, T., & Engstrom, L-M. T. (2007). Prevalence and co-occurrence of self-rated pain and perceived health in school-children: Age and gender differences. *European Journal of Pain*, 11(2), 171-180. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejpain.2006.02.006>
- Sundblad, G. B., Jansson, A., Saartok, T., Renström, P., & Engström, L. M. (2008). Self-rated pain and perceived health in relation to stress and physical activity among school-students: A 3-year follow-up. *Pain*, 136(3), 239-249. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2007.06.032>
- Wills, T. (1986). Stress and coping in early adolescence: Relationships to substance abuse in urban school samples. *Health Psychology*, 5(6), 503-529. <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.5.6.503>
- Wollin, S. R., Plummer, J. L., Owen, H., Hawkins, R. M. F., Materazzo, F., & Morrison, V. (2004). Anxiety in children having elective surgery. *Journal of Pediatric Nursing*, 19(2), 128-132. [http://dx.doi.org/10.1016/S0882-5963\(03\)00146-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0882-5963(03)00146-5)
- Zimmer-Gembeck, M. J., & Skinner, E. A. (2011). The development of coping across childhood and adolescence: An integrative review and critique of research. *International Journal of Behavioral Development*, 35(1), 1-17. <http://dx.doi.org/10.1177/0165025410384923>

Recebido: dezembro 11, 2014

Aprovado: janeiro 12, 2015

ANEXO D - PADOVANI, F. H. P.; LOPES, G. C.; PEROSA, G. B. Coping behavior of children undergoing chemotherapy. Estudos de Psicologia (Campinas), v. 38, e190121. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0275202138e190121>

<https://doi.org/10.1590/1982-0275202138e190121>

PSICOLOGIA DA SAÚDE | HEALTH PSYCHOLOGY

Coping behavior of children undergoing chemotherapy

Comportamento de coping de crianças em quimioterapia

Flávia Helena Pereira **PADOVANI**¹  0000-0002-3171-778X

Guilherme Costa **LOPES**²  0000-0002-5090-9357

Gimol Benzaquen **PEROSA**¹  0000-0003-3139-8886

Abstract

The diagnosis of childhood cancer, the treatment itself and its sequelae can be considered as stressful events in the child's life, requiring the use of coping strategies. The aim of this study was to describe the coping behaviors used by children and adolescents with cancer undergoing chemotherapy treatment, separated by sex, age and type of cancer. A total of 15 children and adolescents, from 6 to 12 years old, of both sexes, answered the Hospitalization Coping Strategies instrument regarding coping behaviors. Participants referred to behaviors with greater chances of an adaptive outcome: watching TV, talking, and taking their medicines. There were differences in the coping behaviors regarding sex, age, and types of cancer. These differences highlight the need for personalized interventions that include specific characteristics to facilitate the child's adaptation to the treatment.

Keywords: Adaptation, psychological; Drug therapy; Neoplasms; Psychology, child.

Resumo

O diagnóstico de câncer infantil, o próprio tratamento e suas sequelas podem ser considerados eventos estressores na vida de uma criança, demandando o uso de estratégias de enfrentamento ou coping. O objetivo do estudo foi descrever os comportamentos de coping utilizados por crianças e adolescentes com câncer frente ao tratamento quimioterápico, diferenciadas quanto ao sexo, a idade e ao tipo de câncer que enfrentam. Quinze crianças e adolescentes, de seis a doze anos de idade, de ambos os sexos, responderam o instrumento de Avaliação das Estratégias de Enfrentamento da Hospitalização sobre os comportamentos de enfrentamento. Os participantes referiram recorrer a comportamentos

▼ ▼ ▼ ▼ ▼

¹ Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, Departamento de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria. Av. Prof. Mário Rubens Montenegro, s/n., Campus de Botucatu, 18618-687, Botucatu, SP, Brasil. Correspondence to: F.H.P. PADOVANI. E-mail: <f.padovani@unesp.br>.

² Faculdades Integradas de Bauru. Bauru, SP, Brasil.

Support: *Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior* (2nd author Master's Scholarship).

Article based on the dissertation of G.C. LOPES, entitled "A compreensão da doença, do tratamento quimioterápico e as formas de enfrentamento de crianças com câncer". Universidade Estadual Paulista, 2016.

▼ ▼ ▼ ▼ ▼

How to cite this article

Padovani, F. H. P., Lopes, G. C., & Perosa, G. B. (2021). Coping behavior of children undergoing chemotherapy. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 38, e190121. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202138e190121>



com maiores chances de um desfecho adaptativo: assistir televisão, conversar e tomar remédio. Com relação aos comportamentos de enfrentamento relatados, foram encontradas diferenças quanto ao sexo, idade e tipos de câncer enfrentado, que sinalizam a necessidade de intervenções personalizadas que contemplem características específicas para facilitar a adaptação da criança ao tratamento.

Palavras-chave: Adaptação psicológica; Tratamento farmacológico; Neoplasias; Psicologia da criança.

Children with cancer are exposed to frequent and extensive hospitalizations, in addition to invasive and unpleasant procedures, the most striking ones being the side effects of chemotherapy (Cicogna, Nascimento, & Lima, 2010).

In a study with adolescents, it was observed that chemotherapy was more frightening than cancer itself due to weakness, limitations in the performance of daily activities, impaired sleep rhythm and appetite, in addition to the deterioration of the self-image, especially alopecia, for female patients (Jesus & Gonçalves, 2006). Even when children have already finished their treatment and are seen in outpatient follow-up, they report the desire to look like they did before and resume the activities that needed to be interrupted (Lanza & Valle, 2014). On the other hand, children and adolescents recognized that the treatment, although permeated with adversities, meant the possibility of living without the disease (Cicogna et al., 2010; Lanza & Valle, 2014; Souza, Reichert, Sá, Assolini, & Collet, 2014).

Thus, the diagnosis of childhood cancer, the treatment itself and its sequelae can be considered stressful events in the child's life, that is, a situation perceived by individuals as overloading or exceeding their social and personal resources. Faced with these stressful situations, the child uses different ways to change or reduce the sources of stress, in a process called coping or coping strategies (Lazarus & Folkman, 1984; Vasconcelos & Nascimento, 2016). Coping would be the set of cognitive, emotional, and behavioral actions, used by individuals in a conscious and deliberate way in order to adapt to adverse or stressful situations (Antoniazzi, Dell'Aglio, & Bandeira, 1998; Lazarus & Folkman, 1984).

With a developmental proposal of stress-coping analysis, the Motivational Theory of Coping (MTC) allows the identification of coping patterns that depend on age, as well as assessing the role of developmental changes in the use of certain coping strategies (Ramos, Enumo, & Paula, 2015; Vasconcelos & Nascimento, 2016; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011).

To understand coping responses, the MTC proposes a hierarchical model composed of three different levels. At the base of the coping structure are the "instances or coping behaviors", the individuals' responses (what they do or think) when dealing with stressful situations. These behaviors can be organized into categories called "coping strategies", based on their purpose, meaning or functional value. At their highest level there are 12 macro categories or "families" that have in common a particular type of assessment and a typical pattern of behavior, emotion, and orientation and that end up characterizing a tendency for action. These are: self-confidence, search for support, problem solving, search for information, adjustment/adaptation, negotiation, delegation, social isolation, helplessness, avoidance, submission, and opposition (Ramos et al., 2015; Vasconcelos & Nascimento, 2016; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011).

This theoretical model was used in several Brazilian studies with sick or hospitalized children, including some with cancer (Caprini & Motta, 2017; Carnier, Padovani, Perosa, & Rodrigues, 2015; Garioli, Paula, & Enumo, 2019; Hostert, Motta, & Enumo, 2015; Oliveira, Enumo, & Paula, 2017; Pagung, Canal, Missawa, & Motta, 2017). In general, the children in these studies reported the use of behaviors with a greater chance of a positive outcome in the adaptive process, such as: taking medicines, talking, watching television, and playing. However, in the study by Caprini and Motta (2017), it was found that children from 6 to 12 years old, right after the diagnosis of cancer, in addition to adaptive strategies, resorted to less adaptive strategies,

such as rumination. It was also observed that, compared to those with other conditions, children with cancer reported more helplessness (Motta et al., 2015), isolation and opposition (Pagung et al., 2017).

To assess coping strategies, there are few instruments available that directly consider the point of view of hospitalized children and adolescents. In the international literature, Kidscope, a short and structured self-report questionnaire (Spirito, Stark, & Williams, 1989), has been widely used in research. Likewise, at the national level, the Assessment Tool for Coping with Hospitalization Strategies (ACH), developed by Motta and Enumo (2004), which is based on the theoretical framework of MTC, has been widely used to assess coping in hospitalized children (Motta et al., 2015). In view of the above, especially the scarcity of studies focused on coping strategies for children undergoing chemotherapy, the objective of the present study was to describe the coping behaviors used by children with cancer in relation to chemotherapy, separated by sex, age and type of cancer.

Method

This is a descriptive, cross-sectional study.

Participants

A convenience sample was created with the following inclusion criteria: children diagnosed with cancer, of both sexes, from six to twelve years old, undergoing intravenous chemotherapy or who finished their intravenous chemotherapy treatment less than five months prior to the date of this study, continuing with oral chemotherapy and outpatient follow-up for control. The participating children came from two cancer treatment institutions in the interior of the state of *São Paulo*, which are centers of excellence, both linked to the *Sistema Único de Saúde* (Unified Health System).

Among the eligible children, two were excluded for not having physical conditions (very weak, feeling pain). There was also a refusal to participate by a legal guardian. The final sample consisted of fifteen participants, with eleven undergoing intravenous chemotherapy and four individuals undergoing oral chemotherapy.

Ethical considerations

This study was approved by the Research Ethics Committee of the university – *Certificado de Apresentação para Apreciação Ética* (CAAE, Presentation Certificate for Ethical Appreciation) protocol number 34606314.4.0000.5411. For its performance, the ethical guidelines proposed by Resolution 466/2012 were strictly complied with.

Instruments

For data collection, the ACH, developed by Motta and Enumo (2004), was used to identify which behaviors are used by children aged 6 to 12 to face hospitalization. The instrument consists of 20 pictures with scenes that represent different coping behaviors: playing, singing and dancing, watching TV, talking, listening to music, studying, reading comics, seeking information, taking medicines, crying, feeling angry, hiding, feeling sad, feeling helpless, blackmailing, thinking about running away, feeling guilty, feeling afraid, thinking about miracles and praying. Faced with these pictures, the child states how often they feel each of the behaviors, based on a Likert-type scale, which ranges from never (0) to always (4) (Caprini & Motta, 2017). Considering the objective of the present study, children were instructed to identify the coping behaviors they used when going to the hospital for chemotherapy sessions.

Procedures

After explaining the research, if the child and the legal guardian consented to participate, the guardian was asked to sign the Informed Consent Term and the procedure was started. Sociodemographic data were collected with the child's guardian. With the child, rapport was initially established with the use of playful materials to address their experiences about cancer and chemotherapy. Then, the ACH was applied to assess coping behaviors. Data collection took place in the very environment where the children's chemotherapy sessions were held which, in addition to the individual reclining chairs, also had a TV, a video game, DVDs with movies, graphic material, books and games. Guardians were often present because they preferred not to leave their children or were absent only for a few minutes.

Data analysis

At first, the characterization of the sample was carried out, in terms of absolute and relative frequency, and then, a descriptive statistical analysis of the data related to coping behaviors was carried out. According to the rules of the instrument, the sum of the values attributed by the children for each of the 20 behaviors presented in the pictures was calculated, making it possible to visualize which scenes were most chosen and with what intensity. Then, the mean of the behaviors reported by the children, separated in terms of sex (girls versus boys), age (6-9 years versus 10-12 years) and type of cancer (leukemia/lymphoma versus solid tumor) was calculated.

Results

Most of the participating children were girls ($n = 9$; 60.0%), from six to nine years old ($n = 8$; 53.3%). As for the disease, 46.7% ($n = 7$) were diagnosed as having different types of solid tumors, 46.7% ($n = 7$) had leukemia and one child (6.6%) had lymphoma. Most participants were still undergoing chemotherapy when data collection was performed, however, four children (26.7%) had already finished their treatments and were undergoing outpatient exams, having had the last chemotherapy session in a maximum of five months prior to the day of data collection.

Regarding the individuals who were with them at the moment of data collection, the vast majority were the mothers ($n = 10$; 66.7%), and in the other cases they were the children's fathers, grandmothers, and aunts. The mean age of these individuals was 39 years, most did not complete high school ($n = 11$; 73.3%), were in a stable union ($n = 13$; 86.7%) and reported needing support for taking care of their children and for doing day-to-day tasks ($n = 13$; 86.7%) (Table 1).

The most frequent coping behaviors related to chemotherapy were: watching TV, talking and taking medicines. On the other hand, the least frequent were: thinking about running away, hiding and studying (Figure 1).

When comparing the types of behavior used by children of different sexes, it can be seen, in Figure 2, that talking ($M = 3.3$) and watching TV ($M = 2.3$), were, respectively, the preferred behaviors by girls, while boys reported taking medicines more frequently ($M = 3.3$), followed by watching TV ($M = 3.0$) and playing ($M = 3.0$).

When comparing the coping behaviors used by children of different ages, watching TV ($M = 3.71$) and playing ($M = 3.57$) were the behaviors most frequently reported by younger children, while talking ($M = 3.25$) and listening to music ($M = 2.87$) were mostly reported by older children (Figure 3).

Table 1
Sociodemographic characteristics of children ($n = 15$) and their legal guardians ($n = 15$). Botucatu and Bauru (SP), Brazil, 2015

Characteristic	<i>f</i>	%
Sex (child)		
Male	6	40.0
Female	9	60.0
Age (years)		
6 – 9	8	53.3
10 – 12	7	46.7
Type of cancer		
Solid tumor	7	46.7
Leukemia	7	46.7
Lymphoma	1	6.6
Legal guardian		
Mother	10	66.7
Others	5	33.3
Legal guardian's educational level		
Incomplete high school	11	73.3
Complete high school	4	26.7
Stable union		
Yes	13	86.7
No	2	13.3
Social support for coping and taking care of the child		
Yes	13	86.7
No	2	13.3

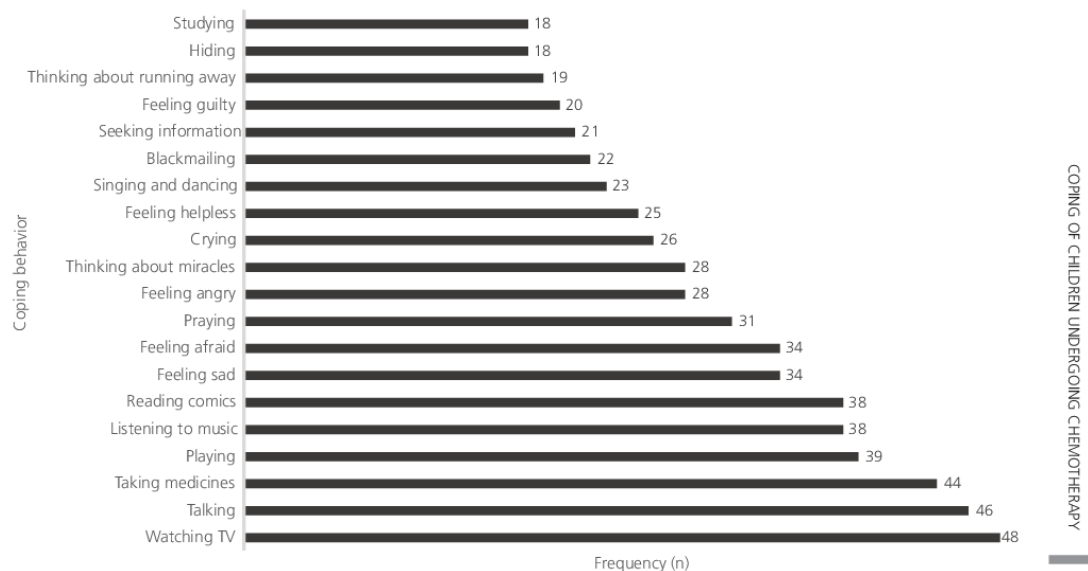


Figure 1. Frequency of chemotherapy coping behaviors reported by children with cancer. Botucatu and Bauru (SP), Brazil, 2015.

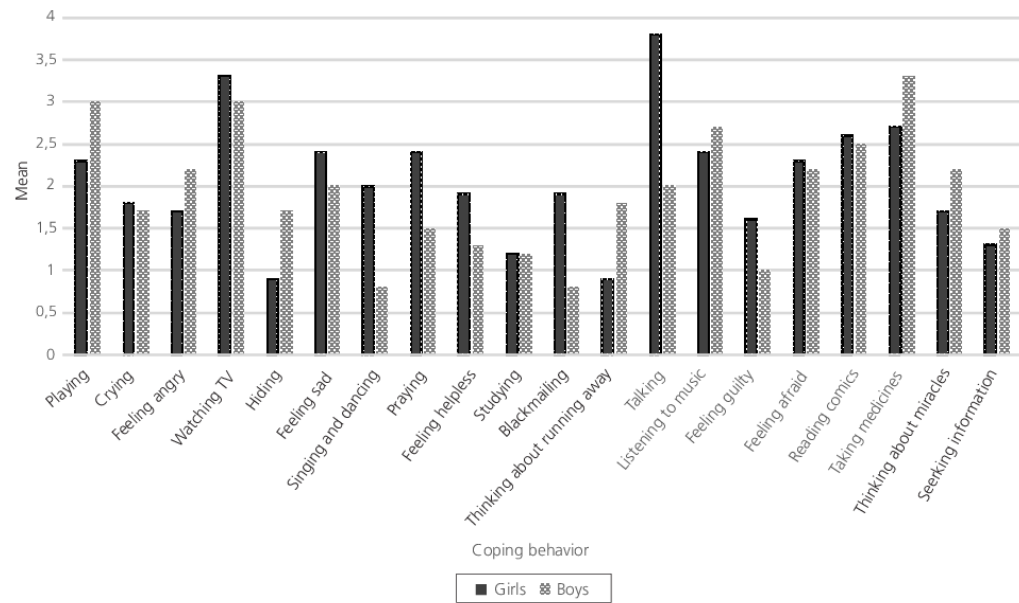


Figure 2. Mean of chemotherapy coping behaviors reported by children with cancer, separated by sex (girls versus boys). *Botucatu and Bauru (SP), Brazil, 2015.*

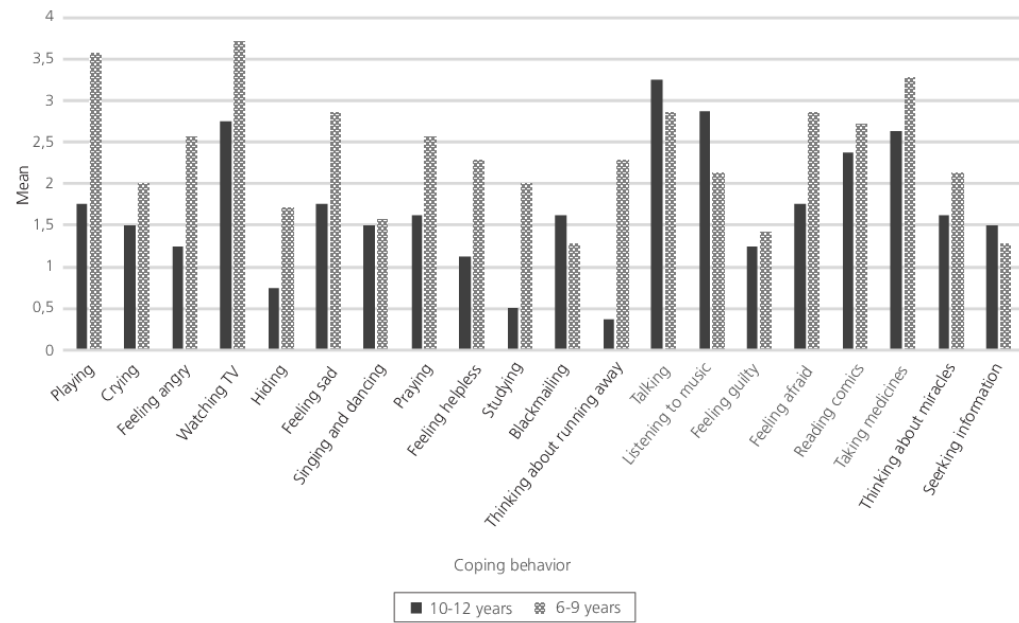


Figure 3. Mean of chemotherapy coping behaviors reported by children with cancer, separated by age (6-9 years versus 10-12 years). *Botucatu and Bauru (SP), Brazil, 2015.*

Figure 4 illustrates the frequency of coping behaviors used by children with different types of cancer. Talking ($M = 3.28$) was the preferred behavior by children with solid tumors, and watching TV ($M = 3.25$), by children with leukemia/lymphoma. In a comparative way, it is noteworthy that children with leukemia/lymphoma reported feeling helpless more frequently ($M = 2.12$ x $M = 1.0$), and those with solid tumors reported thinking about miracles ($M = 2.28$ x $M = 1.25$) more frequently.

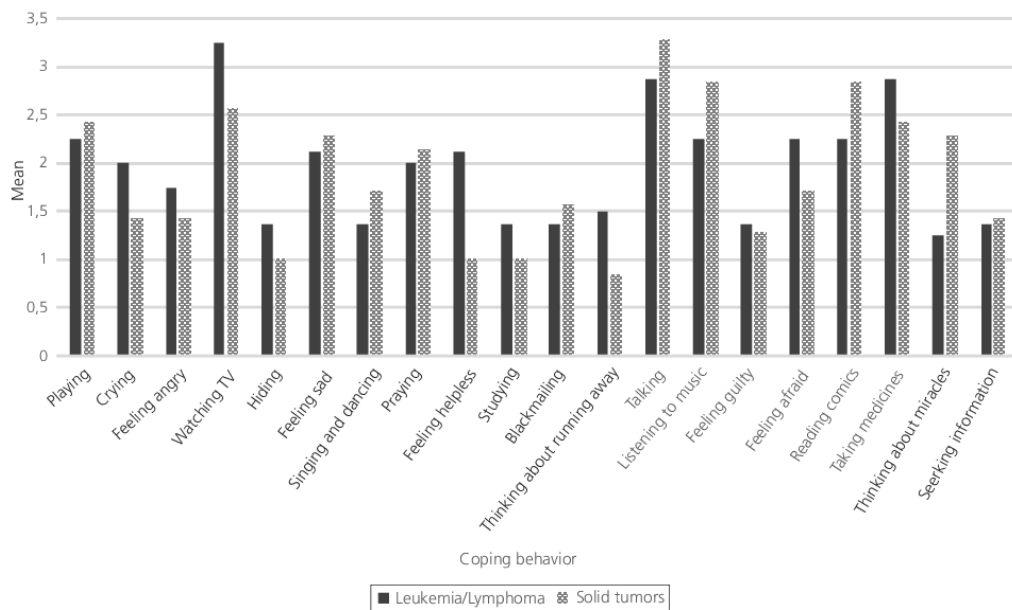


Figure 4. Mean of chemotherapy coping behaviors reported by children with cancer, separated by type of tumor (Leukemia/Lymphoma versus Solid Tumors). Botucatu and Bauru (SP), Brazil, 2015.

Discussion

The present study identified that children with cancer, in order to adapt to chemotherapy, reported resorting to behaviors with greater chances of an adaptive outcome (Motta et al., 2015) and common in children with chronic diseases and/or hospitalized: watching TV, talking and taking medicines (Caprini & Motta, 2017; Carnier et al., 2015; Garioli et al., 2019; Hostert et al., 2015; Motta et al., 2015; Rocha et al., 2015; Silveira, Lima, & Paula, 2018; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011). However, confirming the literature (Carnier et al., 2015; Kristensen, Schaefer, & Busnello, 2010; Motta et al., 2015; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011), some specificities were observed and associated with sex, age, and type of cancer.

As in other studies with children with chronic diseases and/or hospitalized (Caprini & Motta, 2017; Carnier et al., 2015; Garioli et al., 2018; Hostert et al., 2015; Motta et al., 2015; Silveira et al., 2018), the “taking medicines” coping behavior had a high frequency in the present study. It is a common behavior among children and adolescents (Motta et al., 2015; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011), which can be classified, according to the MTC reference, in the macro category “problem solving”, an attempt to try to modify the situation that caused stress (Lazarus & Folkman, 1984). The high percentage of children who reported this

behavior strengthens the hypothesis that the participants in this research had positive expectations regarding chemotherapy, possibly because they believe that this procedure increased their chances of cure, as pointed out by Cicogna et al. (2010).

The watching TV and talking behaviors are also recurrent in investigations with hospitalized children (Caprini & Motta, 2017; Motta et al., 2015; Rocha et al., 2015). From the perspective of the MTC, talking, in most cases, signals the search for comfort or help, while watching TV is a behavior that aims at distracting (Motta, 2007; Motta et al., 2015). Both represent an effort to regulate the emotional state associated with stress (Lazarus & Folkman, 1984), help the child to focus on pleasant situations instead of keeping the focus on the negative aspects of the hospital (Motta, Enumo, & Ferrão, 2006).

The choice of more passive distraction techniques, in this context, is justified because dynamic activities, such as playing and dancing, are not viable during chemotherapy, due to the physical limitations imposed by the procedure or because the children were weakened by the effects of the medicines or by the evolution of the disease. In this sense, talking is a behavior that can be emitted in restrictive conditions and is facilitated by the presence of the person who is with them, or their guardian (Caprini & Motta, 2017). Having a family member during the procedure, with whom you can talk to, has already been identified as a factor that can ease physical and emotional pain and has an important role in overcoming painful moments resulting from cancer treatment (Rocha et al., 2015).

Although watching TV is a more passive technique, and talking is a more interactive one, it was found that both increased pain tolerance in children exposed to invasive medical procedures (Motta & Enumo, 2010). However, more studies are still needed to assess which of the two techniques can offer better results, as well as more studies on the most appropriate television content for different age groups (Motta, 2007; Motta & Enumo, 2010). During the performance of this study it was observed that, in many moments, the TVs were not showing any content aimed at children and young individuals.

While escape or avoidance strategies, which include hiding and thinking about running away, are quite common in the repertoire of children and adolescents (Motta et al., 2015; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011), they were rarely mentioned by children in the present study. Although these strategies seek to relieve stress, they are considered as non-facilitators, responsible for a more stressful adaptation to the situation, as they harm the collaboration between the child and the medical procedures (Motta et al., 2015). In addition to making little use of these strategies, the children who said they would like to run away seemed to be facing a conflict, so much so that after choosing this way of coping, they completed their speech by saying that it was only a wish, that they understood the need for treatment, in order to get cured.

Unlike other studies with hospitalized children who used the ACH, analyzed by Motta et al. (2015), the studying behavior was little mentioned by children undergoing chemotherapy, possibly because at the time of the research, most participants were not attending school. The interruption of education is common in patients in these conditions because they require long period of treatment, with difficulties to commute to the hospital and unfavorable physical conditions to keep attending school (Lanza & Valle, 2014).

Regarding their sexes, a high percentage of girls reported the talking behavior during the procedure, which seems to show that girls seek support in interpersonal relationships to alleviate this stressful situation, confirming that girls tend to resort to prosocial strategies (Eschenbeck, Schmid, Schröder, Wasserfall, & Kohlmann, 2018; Kristensen et al., 2010). On the other hand, boys often mentioned the taking medicines behavior, a facilitating strategy, but they also mentioned strategies considered to have a negative impact on adaptation, such as hiding and thinking about running away (Motta et al., 2015). In other studies, there were also differences between boys and girls in the use of coping strategies and behaviors (Carnier et al., 2015; Eschenbeck et al., 2018; Motta et al., 2015), which seems to reflect the forms of socialization and the expectations of the role to be played by each sex, in the Western culture (Kristensen et al., 2010).

Regardless of age, most children pointed to distracting strategies as the first choice to cope with the stress caused by chemotherapy sessions. However, the behaviors varied: the younger children gave preference to the playing behavior and, making a counterpoint, older children mentioned listening to music and talking. A systematic literature review found that, depending on age, there are differences in how to respond to psychological interventions to relieve pain or to control fear and anxiety during invasive and painful procedures (Birnie et al., 2015).

According to Motta et al. (2015), when playing, the child can attribute other meanings to their hospitalization experience, allowing the development of autonomy and a sense of competence. Through playing, young children can have the opportunity to reproduce real life conflicts, looking for, in a make-believe situation, solutions that satisfy and mitigate negative feelings. In games, children can express anger and frustration in the face of challenges, experiencing, in a safe environment, the consequences of their actions in alternative scenarios, developing a broader socioemotional repertoire to face the difficulties imposed by the disease and treatment (Nijhof et al., 2018).

Most of the older children, who mentioned listening to music and talking used their smartphones during chemotherapy sessions, even when the TV was on. The frequent media use by older children and adolescents was observed by Eschenbeck et al. (2018). It is a resource that allows them to listen to songs chosen by themselves through their headphones, as opposed to TV programs, whose selection was made by members of the team. The smartphone also facilitated conversations with other people through text messages and social networking apps and it has already been found that, especially for teenagers, self-selected distraction techniques seem to bring benefits for pain control (Chanthong & Jirapaet, 2017). Finally, some children had games on their smartphones and there is evidence showing that they can help cope with the most harmful aspects of the treatment such as nausea, vomiting, fatigue, pain and anxiety (Nijhof et al., 2018). It can be assumed, then, that the use of smartphones by older children, whether to play games, listen to music or send messages, in addition to distracting, could be meeting the basic psychological needs of relationship and autonomy and, therefore, was associated with a likely positive developmental outcome (Ramos et al., 2015).

The feeling helpless behavior was reported by more than half (53%) of children with leukemia/lymphoma and had a low frequency in patients with solid tumors (26%). The dismay of children with cancer can be understood to the extent that, compared to other chronic conditions such as asthma and diabetes, children with cancer experience more restrictions and limitations in their daily activities (going to school, going out with friends, etc.) which are often associated with negative feelings (Lima, Silva, & Lemos, 2017). However, given the differences found in patients with different types of cancer, it is possible to conjecture that the difficulty of understanding leukemia, without a defined location in the body, with a treatment that can last from two to three years, with several readmissions and numerous chemotherapy sessions can alter the emotional state of patients and increase the distress and distrust of healing of children (Elman & Silva, 2007; Lopes, Camargo, & Bianchi, 2000). In contrast, the diagnosis of a solid tumor can be better understood because it can be located, if references are made to concrete elements in its description ("tiny lumps", nodes), several can be removed by means of surgery and the treatment usually takes less time (Borges, Lima, & Dupas, 2016), facilitating the maintenance of hope in healing.

According to the theoretical framework of the MTC, discouragement would be related to the "helplessness" and "submission" macro categories, meaning that the procedure is being perceived as a threat to the needs for competence and autonomy (Motta et al., 2015) and that professionals will have to deal with this discouragement and skepticism, in addition to creating situations that provide the perception of self-control. For this, it will be necessary to plan interventions that restore confidence in the procedure and ensure adherence to treatment, especially in the initial phase of therapy, when children have to adapt to this new reality and face pain, physical changes and weakness (Cagnin, Ferreira, & Dupas, 2003). Positive emotions such as optimism and hope, for example, can influence the way to deal with adversity, using strategies considered as facilitators to the adaptation process (Martins et al., 2018; Pagung et al., 2017).

Conclusion

Before concluding, it is necessary to make some methodological considerations. Although two centers of excellence for cancer treatment were used to compose the sample, the study had a small number of participants, which was recurrent in other studies with children with cancer (Caprini & Motta, 2017; Cicogna et al., 2010; Hostert et al., 2015; Lanza & Valle, 2014; Lima, Barros, & Enumo, 2014; Pagung et al., 2017; Sousa et al., 2014). Trying to get around the situation, the study included children who had recently finished their intravenous chemotherapy treatment, who were still in outpatient care and could remember the strategies used to cope with chemotherapy. Even so, the number of participants did not allow the use of statistical treatments that could allow a more in-depth analysis of the data.

Taking into account that the participants were weakened by the disease and treatment, it was decided to avoid making patients travel further, so data collection took place in the environment where the chemotherapy sessions were held, often with the presence of the legal guardian during the application. On the one hand, their presence may have impaired privacy, making the child uncomfortable to answer some questions, but on the other hand, the guardian stay with the child may have reduced anxiety and they could hear reports about subjects that they had never addressed, with possible repercussions on their own communication with their children. As an example, the guardians were quite surprised when children justified the behavior of "blackmailing" in the ACH, because they realized that, with this, they obtained personal gains and advantages.

In relation to the collection instrument, the use of the ACH proved to be appropriate to the context, since the participants identified themselves with the characters on the pictures and rated the instrument as "fun". However, younger children had difficulty justifying the choices of behaviors referred to in the ACH, which made it difficult to identify strategies and macro categories.

Therefore, in general, the results seem to signal that, in the chemotherapy process, it is necessary to provide resources that facilitate children's distraction, pointed out both in the literature and by them, as the coping strategy that most helps in their adaptation to the treatment. These resources should, preferably, be interactive and allow different choices depending on the child's age, sex, and type of diagnosis. Even in the face of the need for further studies, it is hoped that the data from this research can contribute to the planning of multi-professional and humanized care in the treatment of children with cancer, undergoing chemotherapy.

Contributors

F. H. P. PADOVANI, G. C. LOPES, and G. B. PEROSA were responsible for the conception and research's design. All authors also contributed to the data analysis and interpretation, discussion of the results, review and approval of the final version of the article.

References

- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 3(2), 273-294. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X1998000200006>
- Birnie, K. A., Chambers, C. T., Taddio, A., McMurtry, C. M., Noel, M., Riddell, R. P., & Shah, V. (2015). Psychological interventions for vaccine injections in children and adolescents. *The Clinical Journal of Pain*, 31 (Suppl 10), s72-s89. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000265>
- Borges, A. A., Lima, R. A. G., & Dupas, G. (2016). Segredos e verdades no processo comunicacional da família com a criança com câncer. *Escola Anna Nery*, 20(4), e20160101. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160101>

- Cagnin, E. R. G., Ferreira, N. M. L., & Dumas, G. (2003). Vivenciando o câncer: sentimentos e emoções da criança. *Acta Paulista de Enfermagem*, 16(4), 18-30.
- Caprini, F. R., & Motta, A. B. (2017). Childhood cancer: diagnosis impact analysis. *Psicologia: Teoria e Prática*, 19(2), 177-189. <http://dx.doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v19n2p174-186>
- Carnier, L. E., Padovani, F. H. P., Perosa, G. B., & Rodrigues, O. M. P. R. (2015). Estratégias de enfrentamento em crianças em situação pré-cirúrgica: relação com idade, sexo, experiência com cirurgia e estresse. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 32(2), 319-330. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-166X2015000200015>
- Chanthong, P., & Jirapaet, V. (2017). The effect of self-selected distraction technique on the pain caused by venipuncture in early adolescents with cancer. *Journal of Health Research*, 31(3), 171-176. <https://doi.org/10.14456/jhr.2017.21>
- Cicogna, E. C., Nascimento, L. C., & Lima, R. A. G. (2010). Crianças e adolescentes com câncer: experiências com a quimioterapia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(5), 864-872. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000500005>
- Elman, I., & Silva, M. E. M. P. (2007). Crianças portadoras de leucemia linfóide aguda: análise dos limiares de detecção dos gostos básicos. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 53(3), 297-303.
- Eschenbeck, H., Schmid, S., Schröder, I., Wasserfall, N., & Kohlmann, C. W. (2018). Development of coping strategies from childhood to adolescence. *European Journal of Health Psychology*, 25(10), 18-30. <https://doi.org/10.1027/2512-8442/a000005>
- Garioli, D. S., Paula, K. M. P., & Enumo, S. R. F. (2019). Avaliação do coping da dor em crianças com anemia falciforme. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 36, e160079. <https://doi.org/10.1590/1982-0275201936e160079>
- 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* (Campinas), 32(4), 627-639. <https://doi.org/10.1590/0103-166X2015000400006>
- Jesus, L. K. R., & Gonçalves, L. L. C. (2006). O cotidiano de adolescentes com leucemia: o significado da quimioterapia. *Revista de Enfermagem UERJ*, 14(4), 545-550.
- Kristensen, C. H., Schaefer, L. S., & Busnello, F. de B. (2010). Estratégias de coping e sintomas de stress na adolescência. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 27(1), 21-30. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2010000100003>
- Lanza, L. F., & Valle, E. R. M. (2014). Criança no tratamento final contra o câncer e seu olhar para o futuro. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 31(2), 289-297. <https://doi.org/10.1590/0103-166X2014000200013>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lima, A. S., Barros, L., & Enumo, S. R. F. (2014). Enfrentamento em crianças portuguesas hospitalizadas por câncer: comparação de dois instrumentos de avaliação. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 31(4), 559-571. <https://doi.org/10.1590/0103-166X2014000400010>
- Lima, L., Silva, V., & Lemos, M. S. (2017). How chronic disease affects children's views on being ill and healthy: a comparative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31, 922-929. <https://doi.org/10.1111/scs.12415>
- Lopes, L. F., Camargo, B., & Bianchi, A. (2000). Os efeitos tardios do tratamento do câncer infantil. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 46(3), 277-284. <https://doi.org/10.1590/S0104-4230200000300014>
- Martins, A. R., Crespo, C., Salvador, A., Santos, S., Carona, C., & Canavarro, M. C. (2018). Does hope matter? Associations among self-reported hope, anxiety, and health-related quality of life in children and adolescents with cancer. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 25(1), 93-103. <https://doi.org/10.1007/s10880-018-9547-x>
- Motta, A. B. (2007). *Brincando no hospital: uma proposta de intervenção psicológica para crianças internadas com câncer* (Tese de doutorado não-publicada). Universidade Federal do Espírito Santo.
- Motta, A. B., & Enumo, S. R. F. (2004). Câncer infantil: uma proposta de avaliação das estratégias de enfrentamento da hospitalização. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 21(3), 193-202. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2004000300004>
- Motta, A. B., & Enumo, S. R. F. (2010). Intervenção psicológica lúdica para o enfrentamento da hospitalização em crianças com câncer. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(3), 445-454. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000300007>
- Motta, A. B., Enumo, S. R. F., & Ferrão, E. S. (2006). Avaliação das estratégias de enfrentamento da hospitalização em crianças com câncer. In M. B. M. Linhares, M. A. Crepaldi, & G. B. Perosa (Orgs.), *Temas em Psicologia Pediátrica* (pp.191-217). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Motta, A. B., Perosa, G. B., Barros, L., Silveira, K. A., Lima, A. S. S., Carnier, L. E., ... Caprini, F. R. (2015). Comportamentos de coping no contexto da hospitalização infantil. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 32(2), 331-341. <https://doi.org/10.1590/0103-166X2015000200016>

- Nijhof, S. L., Vinkers, C. H., van Geelen, S. M., Duijff, S. N., Achterberg, E. J. M., van der Net, J., ... Lesscher, H. M. B. (2018). Healthy play, better coping: the importance of play for the development of children in health and disease. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 95, 421-429. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.09.024>
- Oliveira, C. G. T., Enumo, S. R. F., & Paula, K. M. P. (2017). A psychological intervention proposal on coping with pain for children with Sickle Cell Disease. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 34(3), 355-366. <https://doi.org/10.1590/1982-02752017000300004>
- Pagung, L. B., Canal, C. P. P., Missawa, D. D. A., & Motta, A. B. (2017). Estratégias de enfrentamento e otimismo de crianças com câncer e crianças sem câncer. *Revista Psicologia e Saúde*, 9(3), 33-46. <https://doi.org/10.20435/pssa.v9i3.470>
- Ramos, F. P., Enumo, S. R. F., & Paula, K. M. P. (2015). Teoria Motivacional do Coping: uma proposta de análise do enfrentamento do estresse. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 32(2), 269-279. <https://doi.org/10.1590/0103-166X2015000200011>
- Rocha, A. F. P., Sposito, A. M. P., Botoli, P. S., Silva-Rodrigues, F. M., Lima, R. A. G. de, & Nascimento, L. C. (2015). O alívio da dor oncológica: estratégias contadas por adolescentes com câncer. *Texto e Contexto Enfermagem*, 24(1), 96-104. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015002120013>
- 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.
- Souza, M. L. X. F., Reichert, A. P. S., Sá, L. D., Assolini, F. E. P., & Collet, N. (2014). Adentrando em um novo mundo: significado do adoecer para a criança com câncer. *Texto e Contexto Enfermagem*, 23(2), 391-399. <https://doi.org/10.1590/0101-07072014000710013>
- Spirito, A., Stark, L. J., & Williams, C. (1989). Development of a brief coping checklist for use with pediatric populations. *Journal of Pediatric Psychology*, 13(4), 555-574.
- Vasconcelos, A. G., & Nascimento, E. (2016). Teoria Motivacional do Coping: um modelo hierárquico e desenvolvimental. *Avaliação Psicológica*, 15, 77-87. <https://doi.org/10.15689/ap.2016.15ee.08>
- Zimmer-Gembeck, M. J., & Skinner, E. A. (2011). The development of coping across childhood and adolescence: an integrative review and critique of research. *International Journal of Behavioral Development*, 35(1), 1-17. <https://doi.org/10.1177/0165025410384923>

Received: September 5, 2019
 Final version: February 20, 2020
 Approved: April 27, 2020

ANEXO E - PRATA, I. M.; PADOVANI, F. H. P. Estratégias de enfrentamento de mães de crianças com doenças crônicas durante internação. Psicologia, Saúde & Doenças, v. 24, n.1, p. 28-40. 2023. DOI: <https://doi.org/10.15309/23psd240103>



Revista Psicologia, Saúde & Doenças
Vol. 24, Nº. 1, 28-40, 2023
Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

ISSN 2182-8407

www.sp-ps.pt

<https://doi.org/10.15309/23psd240103>

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DE MÃES DE CRIANÇAS COM DOENÇAS CRÔNICAS DURANTE INTERNAÇÃO

MATERNAL COPING STRATEGIES OF CHRONIC ILL CHILDREN HOSPITALIZED

Isabel Prata¹, & Flávia Padovani²

¹Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" - UNESP, Faculdade de Medicina de Botucatu, Câmpus Botucatu, Brasil

²Departamento de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" - UNESP, Faculdade de Medicina de Botucatu, Câmpus Botucatu, Brasil

Resumo: Situações estressoras são demandas, internas ou externas, percebidas pelo indivíduo como sobrecarregando ou excedendo seus recursos sociais e pessoais. Entre as situações estressoras reconhecidamente impactantes na literatura, destacam-se o adoecimento e a hospitalização de um(a) filho(a) com doença crônica. Considerando o cenário potencialmente estressor da internação de crianças com doenças crônicas, e o fato de que a mãe é a principal cuidadora nesse contexto, o presente estudo teve o objetivo de identificar as estratégias de enfrentamento utilizadas por mães de crianças com doença crônica que se encontram hospitalizadas. Trata-se de estudo observacional, transversal e abordagem quantitativa. Participaram 37 mães de crianças com doenças crônicas, internadas em enfermaria de pediatria de um hospital universitário, de alta complexidade. As mães tinham 18 anos ou mais e foram entrevistadas segundo um roteiro de entrevista semiestruturada elaborado para o estudo. Também foram consultados os prontuários das crianças para complementar dados clínicos. O referencial teórico utilizado para a identificação das estratégias de enfrentamento foi a Teoria Motivacional do *Coping* (TMC). De acordo com os resultados, as mães apresentaram estratégias de enfrentamento consideradas adaptativas, relacionadas à avaliação da situação de adoecimento e hospitalização da criança como um desafio às suas necessidades psicológicas básicas. As mães relataram utilizar especialmente estratégias de busca de suporte e autoconfiança, referentes à necessidade básica de relacionamento, e acomodação, referente à necessidade básica de autonomia. Conclui-se que as mães apresentam processo adaptativo à situação de adoecimento e hospitalização do(a) filho(a) e reforça a importância da atenção integral aos familiares e pacientes hospitalizados.

Palavras-Chave: Adaptação psicológica, mães, doença crônica, hospitalização infantil

Abstract: Stressful situations are demands, internal or external, perceived by an individual as overloading or exceeding his/her social and personal resources. Among the stressful situations known in the literature and with considerable impact, chronic illness child hospitalized stands out. Considering the potentially stressful scenario of chronic illness child hospitalized and considering mother as the main caregiver, this study aims to verify maternal coping of chronic illness child hospitalized. The sample included 37 mothers of chronic disease children hospitalized at a Medical School Hospital. Only mothers above 18 years old who had agreed to participate by written informed consent were included. A minimum time of 48 hours of hospitalization due to chronic diseases was required. Data were obtained from the medical records and by application of a semi-structured

¹Autor de Correspondência: Isabel Prata (i.prata@unesp.br)

Submetido: 20 de janeiro de 2021

Aceite: 15 de junho de 2023

Coping de mães de crianças com doenças crônicas

interview script exclusively for this study. Results indicated that mothers presented coping strategies considered adaptive, evaluating the child's illness and hospitalization situation as a challenge to their basic needs. Mothers reported the coping strategies "search for support" and "self-confidence", associated to the basic psychological need of relationship and accommodation, associated to basic psychological need of autonomy. The study demonstrates how important is the comprehensive care for family members and for hospitalized patients, as well as it offers indicators to structure prevention strategies.

Keywords: Coping, Mothers, Chronic disease, Hospitalization

A transição epidemiológica, vivenciada nas últimas décadas, caracterizada pela redução da incidência das doenças infectocontagiosas ou transmissíveis e pelo aumento da incidência de doenças crônicas entre as crianças e os adolescentes (Goldani et al., 2012; Nóbrega et al., 2010), trouxe novos desafios para a assistência, a pesquisa e a administração dos recursos referentes à saúde desse grupo etário (Goldani et al., 2012).

Doença crônica é definida pela OMS (2003) como uma condição que demanda tratamento contínuo, de longa duração e que exige cuidados permanentes. Podem ser condições não transmissíveis, condições transmissíveis persistentes, transtornos mentais de longo prazo ou deficiências físicas/estruturais contínuas. Dentre a variedade de condições crônicas na infância, estão doenças como problemas alérgicos, obesidade, diabetes, hipertensão, distúrbios neurológicos, câncer e questões de saúde mental até doenças raras como síndromes genéticas e metabólicas, que variam quanto a gravidade (Ministério da Saúde, 2018).

A doença crônica pode ocasionar uma série de consequências como limitações físicas ou prejuízo de relações sociais, dependência de medicação, dieta específica, tecnologia de assistência, necessidade de acompanhamento psicológico e educacional dirigido (Goldani et al., 2012). Além disso, são crianças que, muitas vezes, são acompanhadas em ambiente domiciliar, em centros de reabilitação e em ambulatorios especializados, demandando cuidados a longo prazo. Entretanto, essas crianças apresentam características, demandas e necessidades que se diferenciam por graus de complexidade, que variam conforme o uso dos serviços de saúde, o suporte tecnológico necessário para garantir funções vitais em espaços hospitalares ou domiciliares e tempo de internação em enfermaria ou Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) pediátricas, por exemplo (Moreira et al., 2017). Dessa forma, a doença crônica é considerada um problema de saúde global que ameaça o desenvolvimento humano (Goldani et al., 2012) e, no caso das crianças, tem repercussões importantes, com consequências psicológicas para a própria criança e sua família (Araújo et al., 2009; Caprini & Motta, 2017; Goldani et al., 2012).

A literatura aponta que a notícia da doença crônica na criança gera consequências em todo o sistema familiar, levando à sua reestruturação (Cousino & Hazen, 2013; Quintana et al., 2011). Dentre as situações estressoras do adoecimento, estão os longos períodos de hospitalização, as reinternações frequentes e a terapêutica agressiva (Nóbrega et al., 2010). Além disso, pais de crianças hospitalizadas podem sofrer mudanças comportamentais, físicas e psicológicas (Riguetto-Dias & Nunes-Baptista, 2009); a vivência é permeada por dúvidas e incertezas, o que acarreta um intenso sofrimento psíquico. De acordo com revisão realizada por Azevêdo et al. (2016), familiares de crianças hospitalizadas apresentaram sintomas que caracterizam sofrimento visto em estresse pós-traumático. Os autores ressaltam que os familiares de crianças necessitam de atenção integral e avaliação psicológica para verificar níveis de estresse, bem como ações interventivas durante a internação. Ao mesmo tempo que vivenciam intensas alterações psicológicas, decorrentes da hospitalização e dos procedimentos vivenciados durante esse período, os pais têm papel fundamental no contexto da internação. Eles representam a referência principal da criança, enquanto mediadores da relação terapêutica, fonte

principal de segurança e de carinho, além de apoio imprescindível ao enfrentamento da criança do diagnóstico e hospitalização (Faquinello et al., 2007).

Um determinado evento de vida pode ser considerado irrelevante, benigno ou estressante pelo indivíduo, tendo em vista os recursos individuais e sociais de que dispõe para lidar com aquele evento. Situações estressoras seriam demandas, internas ou externas, percebidas pelo indivíduo como sobrecarregando ou excedendo seus recursos sociais e pessoais (Folkman & Lazarus, 1985; Vasconcelos & Nascimento, 2016). Diante de situações consideradas estressoras, são desencadeadas respostas de *coping* ou enfrentamento (Ramos et al., 2015), entendidas como um conjunto de ações (recursos cognitivos, emocionais e comportamentais) utilizadas para adaptação a situações estressoras (Antoniazzi et al., 1998).

A Teoria Motivacional do *Coping*, ou TMC (Skinner, 1992), que embasa o presente estudo, ressalta a importância da avaliação cognitiva da situação para a interpretação do evento como um estressor, sendo essa avaliação construída pelas demandas do evento e pelos recursos pessoais e sociais que cada indivíduo traz (Antoniazzi et al., 1998; Ramos et al., 2015). Consequentemente, a estratégia de enfrentamento é desencadeada quando uma experiência negativa ou estressora é percebida pelo sujeito como ameaça ou desafio a alguma de suas necessidades psicológicas básicas ou a várias delas.

Essas necessidades, entendidas como universais, inatas e de valor evolutivo adaptativo, podem ser de relacionamento, de competência e de autonomia. A primeira envolve ter relacionamentos próximos com outras pessoas e sentir-se conectado a outros de forma segura, e à necessidade de se experimentar como valioso e capaz de amar (autoestima). A segunda envolve ser efetivo em interações com o ambiente, alcançando resultados positivos e evitando os negativos. E, por fim, a terceira relaciona-se à livre determinação do curso de ação dos eventos, ou seja, à capacidade de escolha (Ramos et al., 2015). Dessa forma, a avaliação de um evento como ameaça a uma ou mais dessas necessidades básicas é a antecipação de um dano iminente, quando o indivíduo antevê um prejuízo, enquanto percebê-lo como desafio ocorre quando a pessoa se sente ou se percebe confiante para lidar com a situação estressora (Ramos et al., 2015; Skinner et al., 2003; Vasconcelos & Nascimento, 2016).

A TMC propõe um modelo hierárquico, em três diferentes níveis, para compreender as respostas de enfrentamento. O primeiro nível corresponde às respostas ou comportamentos de *coping*, que incluem as respostas comportamentais, cognitivas e emocionais diante do estressor. O segundo nível corresponde às estratégias de *coping* e pressupõe uma categorização dos comportamentos de *coping* a partir de seu objetivo e de sua função. No nível mais elevado, encontram-se as famílias de *coping*, as quais organizam e classificam as estratégias de enfrentamento de acordo a avaliação do estressor (ameaça ou desafio), a necessidade básica relacionada (relacionamento, competência ou autonomia) e o processo adaptativo utilizado. (Ramos et al., 2015; Skinner et al., 2003; Vasconcelos & Nascimento, 2016). Ao todo, são descritas doze categorias: autoconfiança, busca de suporte, resolução de problemas, busca de informações, acomodação, negociação, delegação, isolamento social, desamparo, fuga, submissão e oposição (Skinner et al., 2003).

Conforme descrito anteriormente, entre as situações marcantes que envolvem estresse e desencadeiam a utilização de comportamentos e estratégias de enfrentamento, podem ser considerados o adoecimento e a hospitalização de um(a) filho(a) (Molina et al., 2014). Portanto, considerando o cenário potencialmente estressor da internação de crianças com doenças crônicas, e o fato de que a mãe é a principal cuidadora da criança nesse contexto, foi proposto o presente estudo com o objetivo de identificar as estratégias de enfrentamento utilizadas pelas mães de crianças com doença crônica que se encontram hospitalizadas.

MÉTODO

Trata-se de estudo observacional, de corte transversal e abordagem quantitativa.

Participantes

Foi constituída uma amostra de conveniência com 37 mães acompanhantes de crianças com doenças crônicas que estavam internadas na Enfermaria de Pediatria de um hospital universitário, pela doença crônica ou complicações relacionadas. Foram incluídas as mães com 18 anos ou mais e que aceitassem participar do estudo, mediante assinatura do TCLE. Foram excluídas da pesquisa mães que estavam acompanhando a criança por período menor do que 48 horas.

Para definição de doença crônica e análise de elegibilidade das crianças internadas, foi utilizada revisão de literatura de Moreira et al. (2014). De acordo com a revisão realizada, os autores elencam as principais características que poderiam contribuir para uma definição sobre condição crônica em crianças e adolescentes, segundo critérios de duração, de comprometimento da sociabilidade (por exemplo, ausência escolar), da necessidade de apoio para funções humanas (por exemplo, comunicação), de vulnerabilidade que necessite cuidados especializados e/ou de presença de múltiplos fatores causais.

No presente estudo, optou-se pela definição de doença crônica baseada na duração e nos limites funcionais decorrentes, segundo a qual doença crônica refere-se a adoecimento permanente da criança por mais de 03 meses, ou ocorrência de um episódio clínico três vezes ou mais no último ano e que provavelmente irá reincidir (Moreira et al., 2014).

Material

Para a realização da pesquisa, foram utilizados os instrumentos:

1. Entrevista semiestruturada com roteiro elaborado exclusivamente para o presente estudo, abordando os temas: 1) Dados sociodemográficos da mãe (idade, estado civil, renda, entre outros); 2) Contexto do adoecimento e hospitalização da criança (momento do diagnóstico, internação atual, dados do quadro atual, internações prévias); 3) Estressores e Enfrentamento (como reagiu em internações anteriores e na atual, enfrentamento).

2. Prontuários eletrônicos das crianças, para complementação e especificação dos dados obtidos na entrevista: 1) diagnóstico; 2) tempo de diagnóstico; 3) duração da internação atual; 4) número de internações anteriores neste serviço.

Procedimento

Após essa identificação das mães elegíveis para o presente estudo, a pesquisadora entrou em contato com as mães para convidá-las a participarem, esclarecendo o objetivo da pesquisa, a forma de coleta de dados e o tempo necessário para tal. Em caso de aceite, solicitou-se às mães a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Realizou-se, então, a entrevista, individualmente, em ambiente sem interferência disponibilizado pela equipe, e em horário previamente combinado. As entrevistas foram gravadas, com o consentimento das participantes.

Análise de dados

Primeiramente, as entrevistas foram transcritas na íntegra e as informações obtidas foram categorizadas para posterior análise.

Os dados sociodemográficos e os dados sobre o contexto do adoecimento e hospitalização da criança foram tabelados conforme informações verbalizadas pelas mães. Para a categorização de doença crônica, foram utilizados dados das entrevistas, complementados pela consulta do prontuário. Optou-se por categorizar os diagnósticos de acordo com os capítulos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – CID-10 (Organização Mundial da Saúde, 1997). Quando a criança possuía mais de um diagnóstico, considerou-se o principal.

Para a classificação das estratégias de enfrentamento, utilizaram-se as respostas maternas às perguntas sobre a temática (estressores e enfrentamento). Os conteúdos verbalizados foram categorizados de acordo com as famílias de *coping* propostas pela Teoria Motivacional do *Coping* (TMC), podendo ter sido identificadas mais de uma família de *coping* por entrevista. Posteriormente, foi realizado cálculo de concordância entre juízes. Foram sorteadas 12 (doze) entrevistas, correspondendo a 30% do total, para serem classificadas por juiz independente, treinado quanto ao referencial teórico. Realizou-se, então, cálculo em que se obteve porcentagem de concordância simples e coeficiente *kappa*. A porcentagem de concordância simples, que consiste no número de vezes em que os avaliadores concordam dividido pelo número total de avaliações, foi de 92,59%, considerado alto (Matos, 2014). Já o coeficiente *kappa*, que considera no cálculo também a probabilidade de concordância ao acaso, foi 0,91, considerado quase perfeito (Landis & Koch, 1977).

Após essa etapa de preparação dos dados, realizou-se a análise estatística descritiva, em termos de frequências, absoluta e relativa, para as variáveis categóricas e medidas de tendência central para as variáveis contínuas.

Aspectos Éticos

A presente pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição proponente, segundo as recomendações da Comissão Nacional de Ética Pesquisa (CONEP) e em concordância com as diretrizes vigentes.

A participação na pesquisa esteve condicionada à aceitação voluntária e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) redigido em linguagem acessível e contendo informações pertinentes à sua tomada de decisão.

RESULTADOS

Participaram do estudo 37 mães, com mediana de idade de 33 anos (Mín: 19 - Máx: 48). A maioria (75,68%) tinha um(a) companheiro(a). Houve grande variação no nível de escolaridade, desde Ensino Fundamental Incompleto a Doutorado completo, sendo a maior frequência de Ensino Fundamental Incompleto (24,32%). Grande parte (70,27%) das mães não possuía vínculo empregatício e a mediana da renda familiar foi R\$1.650,00 (Mín: R\$320,00 – Máx: R\$12.000,00), sendo observada importante variabilidade: a mesma porcentagem (24,32%) incluiu a faixa R\$500,00 a R\$1.000,00 e acima de R\$3.000,00. A grande maioria (81,08%) das famílias contava com 2 a 5 pessoas coabitando na residência. Em relação às crianças, 37,84% tinham até 1 (um) ano e 51,35% eram do sexo feminino (Quadro 1).

No Quadro 2 é possível verificar que os diagnósticos contidos no Cap. XVII do CID-10, ou seja, referentes a malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas foram os mais

Coping de mães de crianças com doenças crônicas

frequentes (21,62%). Em seguida estão as doenças do sistema nervoso (18,91%) e neoplasias (16,21%), respectivamente. Grande parte dos pacientes havia recebido o diagnóstico há mais de quatro meses (72,96%).

Quadro 1. Caracterização Sociodemográfica (N=37)

	N	%	M(DP)	Mediana (Mín. – Máx.)
Idade mãe (anos)				
19 e 20 anos	2	5,41		
21 a 25 anos	8	21,62	32,05	33
26 a 30 anos	7	18,92	(±8,02)	(19 – 48)
31 a 35 anos	6	16,22		
36 a 48 anos	14	37,84		
Estado Civil				
Solteira	5	13,51	-	-
Casada/União estável	28	75,68	-	-
Divorciada	4	10,81	-	-
Escolaridade				
Fundamental Incompleto	9	24,32	-	-
Fundamental Completo	3	8,11	-	-
Médio Incompleto	8	21,62	-	-
Médio Completo	8	21,62	-	-
Superior Incompleto	3	8,11	-	-
Superior Completo	5	13,51	-	-
Doutorado Completo	1	2,70	-	-
Trabalho				
Não	26	70,27	-	-
Sim	11	29,33	-	-
Renda familiar				
R\$320,00 a R\$500,00	3	8,10		
R\$500,00 a R\$1000,00	9	24,32		
R\$1100,00 a R\$1500,00	4	10,81		
R\$1600,00 a R\$2000,00	5	13,51	2468,23	1650
R\$2100,00 a R\$3000,00	4	10,81	(±2490,15)	(320 - 12000)
Acima de R\$3000,00	9	24,32		
Não responderam	3	8,10		
Quantidade de pessoas/ residência				
2 a 5	30	81,08		
6 a 10	6	16,22	4,61	4
11 a 15	0	0,00	(±2,95)	(2 – 20)
16 a 20	1	2,70		
Idade da criança (anos)				
0 e 1	14	37,84		
2 a 4	5	13,51		
5 a 7	5	13,51	5,38	3
8 a 11	6	16,22	(±5,01)	(0 – 14)
12 a 14	7	18,92		
Sexo da criança				
Feminino	19	51,35	-	-
Masculino	18	48,65	-	-

Ainda em relação às crianças, verifica-se no Quadro 3 que a coleta de dados foi realizada principalmente entre o segundo e quinto dia de hospitalização (45,94%). Em geral, não era a primeira

vivência de internação, sendo que 35,13% delas estavam na segunda ou terceira internação. Cabe ressaltar que três crianças (8,10%) tinham um extenso histórico de internação (mais de 20).

Quadro 2. Caracterização do adoecimento das crianças (N=37)

Capítulo do CID-10 do principal diagnóstico	N	%	M (DP)	Mediana (Mín. - Máx.)
II- Neoplasias	6	16,21		
III- Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	3	8,10		
IV- Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	1	2,70		
VI- Doenças do sistema nervoso	7	18,91		
X- Doenças do aparelho respiratório	1	2,70		
XI- Doenças do aparelho digestivo	5	13,51		
XIII- Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	1	2,70		
XIV- Doenças do aparelho geniturinário	5	13,51		
XVII- Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	8	21,62		
Tempo de diagnóstico				
2 a 5 dias	2	5,40		
6 a 15 dias	1	2,70		
16 a 30 dias	2	5,40	1098,78	360
31 a 90 dias	3	8,10	(±1558,18)	(4 - 5040)
91 a 120 dias	2	5,40		
120 a 365 dias	13	35,13		
Acima de um ano	14	37,83		

Quadro 3. Caracterização da internação das crianças (N=37)

	N	%	M (DP)	Mediana (Mín. - Máx.)
Número de internações				
1	7	18,91		
2 ou 3	13	35,13		
4 ou 5	6	16,21		3
6 a 10	4	10,81	6,62 (±9,43)	(1 - 51)
11 a 15	3	8,10		
16 a 20	1	2,70		
Acima de 20	3	8,10		
Duração da internação atual				
2 a 5 dias	17	45,94		
6 a 15 dias	15	40,54		
16 a 30 dias	0	-		6
31 a 60 dias	1	2,70	28,94 (±64,47)	(3 - 270)
61 a 90 dias	0	-		
91 a 120 dias	1	2,70		
Acima de 120 dias	3	8,10		

No relato de 35,13% das mães foi possível identificar diferentes estratégias que puderam ser categorizados em três famílias de *coping*, segundo o referencial teórico adotado, a mesma frequência de mães cujos relatos correspondiam a uma única família (35,13%). De acordo com os resultados apresentados No Quadro 4, as famílias de *coping* mais frequentemente identificadas nos relatos maternos foram: busca de suporte (48,64%), acomodação (43,24%) e autoconfiança (40,54%), respectivamente. Todas essas famílias de *coping* referem-se à percepção do evento como um desafio. Dentre as famílias de *coping* relacionadas à percepção de ameaça, desamparo foi a mais frequente

Coping de mães de crianças com doenças crônicas

(18,91%), expressando culpa, lamentando-se e relatando busca de suporte mal adaptativo. As famílias de *coping* delegação e submissão não foram identificadas nos relatos maternos.

Quadro 4. Frequência de famílias de coping de enfrentamento relatadas pelas mães (N=37)

Família de <i>coping</i> referida		N	%
DESAFIO	Autoconfiança	15	40,54
	Busca de suporte	18	48,64
	Resolução de problemas	6	16,21
	Busca de informações	8	21,62
	Acomodação	16	43,24
	Negociação	2	5,40
AMEAÇA	Delegação	0	-
	Isolamento	1	2,70
	Desamparo	7	18,91
	Fuga	2	5,40
	Submissão	0	-
	Oposição	1	2,70
TOTAL		76	100

DISCUSSÃO

Participaram do estudo 37 (trinta e sete) mães, com idade em torno de 30 anos, casadas ou em união estável, sem vínculo empregatício. O nível de escolaridade e a renda familiar variaram bastante, refletindo, possivelmente, a diversidade do público atendido pela instituição. O hospital em que o estudo foi realizado é a maior instituição pública de saúde na região, atendendo a uma população de, aproximadamente, 2 milhões de pessoas.

No ano de 2019, quando se iniciou a coleta de dados, foram contabilizadas 2.083 internações na Enfermaria de Pediatria, sendo a maioria (55,92%) de crianças pequenas, de 0 (zero) a 5 (cinco) anos, assim como no presente estudo em que a maior parte delas tinha até 1 (um) ano. O(a)s filho(a)s das participantes do estudo apresentavam diagnósticos de malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (21,62%), doenças do sistema nervoso (18,91%) e neoplasias (16,21%), tendo recebido o diagnóstico há mais de quatro meses, ou 120 dias. Os dados mais recentes disponíveis, obtidos através do DATASUS (Banco de Dados do Sistema Único de Saúde), referentes às internações na instituição, referem-se ao ano de 2016. No referido ano, sem distinção de quadros agudos e crônicos, as maiores taxas foram encontradas nas doenças respiratórias (38,67%) e doenças originadas no período perinatal (20,30%). Do total de internações daquele ano, 2,58% eram de diagnósticos de malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas, 2,63% de doenças do sistema nervoso e 2,47% neoplasias (DATASUS). Estudo realizado por Souza et al. (2019), que analisou as hospitalizações exclusivas por doenças crônicas em crianças menores de cinco anos no sistema público de saúde em todo o território brasileiro, identificou que a maior prevalência de internações em 2015 foi por diagnóstico de asma, seguido de epilepsia e doenças das amígdalas e adenoide. Tais diferenças podem ter ocorrido devido ao método de seleção das participantes, caracterizando uma amostra de conveniência.

Em relação ao enfrentamento, as mães relataram diferentes estratégias que puderam ser categorizadas em duas famílias de *coping*, em média. De uma forma geral, as estratégias de enfrentamento relatadas podem ser consideradas adaptativas, relacionadas à percepção do adoecimento e hospitalização do(a) filho(a) como um desafio às suas necessidades básicas (Ramos et al., 2015; Skinner et al., 2003; Vasconcelos & Nascimento, 2016). Esses resultados corroboram estudos anteriores com mães de crianças com determinadas condições crônicas de saúde, como

anomalias congênitas (Vicente et al., 2016), Síndrome de Down (Reis & Paula, 2018) e obesidade (Cunha et al., 2018). Portanto, as mães parecem se sentir confiantes para lidar com a situação estressora do adoecimento e hospitalização do(a) filho(a) e as estratégias relatadas parecem se associar à provável desfecho positivo quanto à saúde física e mental a médio e longo prazo (Ramos et al., 2015; Vasconcelos & Nascimento, 2016).

Assim como em estudos anteriores, com mães ou familiares de crianças com quadros crônicos (Cunha et al., 2018; Reis & Paula, 2018; Vicente et al., 2016), busca de suporte e autoconfiança estão entre as famílias de *coping* mais citadas pelas mães do presente estudo. Segundo a TMC, a busca de suporte ou apoio se caracteriza por procura de contato, conforto, ajuda e referenciamento social, enquanto a autoconfiança envolve proteger recursos sociais disponíveis por meio de regulação e expressão emocional e comportamental, geralmente manifestado pelos comportamentos de assumir/arcar responsabilidades, acalmar-se e autofala positiva. Ambas acontecem quando uma experiência estressora é percebida como um desafio à necessidade psicológica de relacionamento, ou seja, de ter relacionamentos próximos com outras pessoas e sentir-se conectado a outros de forma segura, e à necessidade de se experimentar como valoroso e capaz de amar (autoestima) (Ramos et al., 2015; Skinner et al., 2003; Vasconcelos & Nascimento, 2016).

Pode-se supor que a necessidade básica de relacionamento está intimamente relacionada à disponibilidade de apoio social. Conforme relatado anteriormente, no presente estudo a maioria das mães tinha um companheiro/marido. De fato, a família nuclear, principalmente o companheiro, realiza importante função na adaptação à internação, no enfrentamento e percepção de autonomia da mãe acompanhante (Lorenzi & Ribeiro, 2006; Nóbrega et al., 2010; Riguetto-Dias & Nunes-Batista, 2009). Além disso, o adoecimento do(a) filho(a) por uma doença grave e sua internação proporcionaram uma aproximação do casal, evidenciando a sensação de apoio mútuo e de fortalecimento da relação conjugal (Barreto & Boeckel, 2019).

Por outro lado, diferentemente dos estudos anteriormente citados (Cunha et al., 2018; Reis & Paula, 2018; Vicente et al., 2016), no presente estudo a acomodação também foi bastante verbalizado pelas mães. De acordo com a TMC, a acomodação está relacionada com avaliação de desafio à necessidade básica autonomia e envolve reestruturação e distração cognitiva, flexibilidade para ajustar preferências e opções, caracterizada por cooperação, empenho e aceitação (Ramos et al., 2015; Skinner et al., 2003; Vasconcelos & Nascimento, 2016). A história clínica das crianças do presente estudo pode ter contribuído para a frequente utilização de estratégias de acomodação.

O diagnóstico do adoecimento de um(a) filho(a) traz repercussões emocionais aos familiares e, especialmente aos pais, conforme salientado anteriormente (Araújo et al., 2009; Goldani et al., 2012; Caprini & Motta, 2017). Porém, observam-se mudanças ao longo do tempo, como no estudo de Schardong et al. (2017) com pais de crianças com câncer, em que foram observados níveis elevados de ansiedade no momento do diagnóstico e logo após esse. Ao longo do tempo, todavia, os níveis de ansiedade diminuíram e ficaram próximos aos considerados normais. Em outro estudo com cuidadores de crianças com câncer, aqueles cujos filhos tinham mais tempo de tratamento, se mostraram mais otimistas e referiram menos tristeza, mais competência para lidar com o estressor, mais vontade de estar longe do mesmo e maior ganho percebido (Pagung, 2016). No presente estudo, em geral, o diagnóstico já havia sido feito há alguns meses e as crianças tinham episódios pregressos e longos de hospitalização. Ou seja, a situação vivenciada no momento da entrevista não era nova para a mãe.

Diferentemente da avaliação do evento como desafio, sua avaliação como ameaça às necessidades básicas relaciona-se à antecipação de um dano eminente. Nesse caso, o processo tende a indicar um possível fator de vulnerabilidade cognitiva para sintomas psicopatológicos (Ramos et al., 2015; Skinner et al., 2003; Vasconcelos & Nascimento, 2016). No presente estudo, as famílias de *coping* relacionadas à percepção de ameaça foram menos frequentes, sendo a mais citada delas o desamparo. Essa categoria, relacionada à necessidade de competência, envolve a avaliação negativa do controle e necessidade de autodeterminação, ou seja, de fazer escolhas nas interações com o ambiente. Está

Coping de mães de crianças com doenças crônicas

relacionada com comportamentos como autculpa, lamentação e busca de suporte mal adaptativo (Ramos et al., 2015; Skinner et al., 2003; Vasconcelos & Nascimento, 2016).

Novamente, a utilização dessa estratégia pelas mães pode estar relacionada com o perfil crônico grave das crianças que participaram do estudo (em sua maioria malformações congênitas) e uma possível percepção das mães relacionada à falta de resolutividade do adoecimento. Em seu estudo com mães de crianças com paralisia cerebral, Ribeiro et al. (2016) verificaram dificuldades maternas para lidar com as necessidades especiais do filho, especialmente entre aquelas cujos filhos apresentavam maior comprometimento motor. Essas mães queixaram-se das altas demandas de cuidado (higiene, alimentação, transporte do filho) e da sobrecarga imposta pelos problemas de saúde, como a necessidade de internações frequentes. Também Marques et al. (2016), em estudo sobre crianças com disfunções neurológicas, quadro prevalente entre as crianças do presente estudo, concluíram que o comprometimento cognitivo relacionado a déficits motores demanda grande assistência dos familiares e interfere de forma menos positiva na qualidade de vida.

Os resultados indicaram que as mães relataram estratégias de enfrentamento consideradas adaptativas, avaliando a situação de adoecimento e hospitalização da criança como um desafio às suas necessidades básicas. As mães relataram utilizar especialmente estratégias de busca de suporte e autoconfiança, referentes à necessidade básica de relacionamento, e acomodação, referente à necessidade básica de autonomia. Entretanto, para uma melhor avaliação do desfecho adaptativo, é necessário também somar as circunstâncias em que o evento estressor ocorreu, o nível de desenvolvimento do indivíduo e das restrições situacionais que ele está submetido (Ramos et al., 2015; Skinner et al., 2003; Vasconcelos & Nascimento, 2016), considerando alguns fatores moderadores, que influenciam na vulnerabilidade do cuidador (Kohlsdorf & Costa Jr., 2012), como, por exemplo, a disponibilidade de apoio social e sua satisfação com o mesmo. Sugere-se que estudos posteriores incluam outras variáveis que possibilitem melhor compreensão do processo e a identificação daquelas mães em maior risco para desfechos não adaptativos.

Com relação às limitações do presente estudo, cabe destacar o tamanho amostral e sua forma de recrutamento. Embora a previsão inicial tenha sido de 50 participantes no estudo, a coleta de dados sofreu o impacto da reestruturação do hospital, universitário e de alta complexidade, para o atendimento de casos COVID-19, ainda no primeiro semestre de 2020. Foi, então, constituída uma amostra de conveniência de 37 mães, o que pode ter impactado nos resultados das análises estatísticas inferenciais.

Em relação aos instrumentos, a utilização da entrevista para a identificação das famílias de *coping* foi escolhida devido à escassez de instrumentos, considerando o referencial teórico adotado. Apesar dos controles realizados, como a análise de concordância entre avaliadores, o roteiro de entrevista e sua forma de categorização necessitam maior estruturação e sistematização.

Os dados obtidos permitem maior compreensão do objeto de estudo, demonstrando a importância da atenção integral aos familiares e pacientes hospitalizados, bem como oferece indicadores para estruturar estratégias de prevenção.

APOIO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001

ORCID

Isabel Prata  <https://orcid.org/0000-0002-1913-2498>

Flávia Padovani  <https://orcid.org/0000-0002-3171-778X>

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Isabel Prata: Concetualização; Curadoria dos dados; Investigação; Metodologia; Redação do rascunho original; Redação – revisão e edição

Flávia Padovani: Concetualização; Metodologia; Administração do projeto; Supervisão; Redação do rascunho original; Redação – revisão e edição

REFERÊNCIAS

- Araújo, Y. B., Collet, N., Moura, F. M., & Nóbrega, R. D. (2009). Conhecimento da família acerca da condição crônica na infância. *Texto Contexto Enfermagem*, 18(3), 498-505. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072009000300013>
- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X1998000200006>
- Azevêdo, A. V. S., Crepaldi, M. A., & More, C. L. O. O. (2016). A Família no contexto da hospitalização: Revisão sistemática. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 16(3), 772-799. <http://doi.org/10.12957/epp.2016.31464>
- Barreto, J. B. V., & Boeckel, M. G. (2019). Regulação emocional e conjugalidade: vivência de pais com filhos internados em Unidade de Terapia Intensiva. *Contextos Clínicos*, 12(1), 342-372. <https://doi.org/10.4013/ctc.2019.121.14>
- Caprini, F. R., & Motta, A. B. (2017). Câncer infantil: Uma análise do impacto do diagnóstico. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 19(2), 164-176. <https://doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v19n2p161-173>
- Cousino, M. K., & Hazen, R. A. (2013). Parenting stress among caregivers of children with chronic illness: A systematic review. *Journal of Pediatric Psychology*, 38(8), 809-828. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jst049>
- Cunha, K. S., Machado, W. L., Andrade, A. L. M., & Enumo, S. R. F. (2018). Family psychosocial risk, coping with child obesity treatment and parental feeding control. *Psicologia em Pesquisa*, 12(3), 11-21. <https://doi.org/10.24879/2018001200300492>
- Faquinello, P., Higarashi, I. H., & Marcon, S. S. (2007). O atendimento humanizado em unidade pediátrica: percepção do acompanhante da criança hospitalizada. *Texto & Contexto Enfermagem*, 16(4), 609-16. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072007000400004>
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.48.1.150>
- Goldani, M. Z., Mosca, P. R. F., Portella, A. K., Silveira, P. P., & Silva, C. H. (2012). O impacto da transição demográfico-epidemiológica na saúde da criança e do adolescente do Brasil. *Revista HCPA*, 32(1), 49-57.

Coping de mães de crianças com doenças crônicas

- Kohlsdorf, M., & Costa Junior, Á. L. (2012). Impacto psicossocial do câncer pediátrico para pais: revisão da literatura. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 22(51), 119-129. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2012000100014>
- Landis, J., & Koch, G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33(1), 159-174. <https://doi.org/10.2307/2529310>
- Lorenzi, P., & Ribeiro, N. (2006). Rede de apoio familiar na hospitalização infantil. *Família, Saúde e Desenvolvimento*, 8(2), 138-145. <http://doi.org/10.5380/fsd.v8i2.7988>
- Marques, M. G., Verza, A., Rossatti, K. A., Carbonero, F. C., & Campos, D. (2016). Qualidade de vida de cuidadores de crianças com disfunções neurológicas. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, 16(2), 16-23. <https://doi.org/10.5935/1809-4139.20160003>
- Matos, D. A. S. (2014). Confiabilidade e concordância entre juízes: aplicações na área educacional. *Estudos em Avaliação Educacional*, 25(59), 298-324. <https://doi.org/10.18222/ae255920142750>
- Ministério da Saúde (2018). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação. Brasília: Ministério da Saúde.
- Molina, R. C. M., Higarashi, I. H., & Marcon, S. S. (2014). Importância atribuída à rede de suporte social por mães com filhos em unidade intensiva. *Escola Anna Nery*, 18(1), 60-67. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140009>
- Moreira, M. C. N., Gomes, R., & Sá, M. R. C. (2014). Doenças crônicas em crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(7), 2083-2094. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014197.20122013>
- Moreira, M. C. N., Albernaz, L. V., Sá, M. R. C., Correia, R. F., & Tanabe, R. F. (2017). Recomendações para uma linha de cuidados para crianças e adolescentes com condições crônicas complexas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(11), e00189516. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00189516>
- Nóbrega, R. D., Collet, N., Gomes, I. P., Holanda, E. R., & Araújo, Y. B. (2010). Criança em idade escolar hospitalizada: Significado da condição crônica. *Texto Contexto Enfermagem*, 19(3), 425-433. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072010000300003>
- Organização Mundial da Saúde (1996). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10*. São Paulo: EDUSP.
- Organização Mundial da Saúde (OMS) (2003). *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial*. Brasília: OMS.
- Pagung, L. B. (2016) Otimismo, coping e ganho percebido em crianças diagnosticadas com câncer. (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Espírito Santo).
- Quintana, A. M., Wotrich, S. H., Camargo, V. P., Cherer, E. Q., & Ries, P. K. (2011). Lutos e lutas: Reestruturas familiares diante do câncer em uma criança/adolescente. *Psicologia Argumento*, 29(65), 143-154. <http://doi.org/10.7213/rpa.v29i65.20035>
- Ramos, F. P., Enumo, S. R. F., & Paula, K. M. P. (2015). Teoria motivacional do coping: Uma proposta desenvolvimentista de análise do enfrentamento do estresse. *Estudos de Psicologia*, 32(2), 269-279. <https://doi.org/10.1590/0103-166X2015000200011>
- Reis, L. B., & Paula, K. M. P. (2018). Coping materno da Síndrome de Down: identificando estressores e estratégias de enfrentamento. *Estudos de Psicologia*, 35(1), 77-88. <https://doi.org/10.1590/1982-02752018000100008>
- Ribeiro, M. F. M., Vandenberghe, L., Prudente, C. O. M., Vila, V. S. C., & Porto, C. C. (2016). Paralisia cerebral: faixa etária e gravidade do comprometimento do filho modificam o estresse e o enfrentamento materno. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(10), 3203-3212. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.17352016>

- Riguetto-Dias, R., & Nunes-Baptista, M. (2009). Medidas repetidas de suporte familiar e saúde mental em mães de crianças em UTI pediátrica. *Universitas Psychologica*, 8(1), 125-136.
- Schardong, F., Cardoso, N. O., & Mazoni, C. G. (2017). Estratégias de enfrentamento e a ansiedade dos pais de crianças com câncer - uma revisão integrativa. *Revista da SBPH*, 20(1), 32-54.
- Skinner, E. A. (1992). Perceived control: Motivation, coping and development. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 91-106). Hemisphere Publishing Corporation.
- 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. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.2.216>
- Souza, R. L. A., Neves, E. T., Rodrigues, D. C., Jantsch, L. B., Faria, R. M. de, & Kegler, J. J. (2019). Hospitalizações por doenças crônicas em crianças menores de cinco anos no sistema público de saúde no Brasil e no Rio Grande do Sul. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 18(2). <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v18i2.45611>
- Vasconcelos, A. G., & Nascimento, E. (2016). Teoria Motivacional do Coping: um modelo hierárquico e desenvolvimental. *Avaliação Psicológica*, 15(spe), 77-87.
- 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. <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20160011>