

## Estresse da hospitalização e seu enfrentamento em crianças

Tatiane Lebre Dias<sup>1</sup>  Alessandra Ribeiro de Moraes<sup>1</sup>  Thiago Marques Brito<sup>1</sup>  Alessandra Brunoro Motta<sup>2</sup>   
Sônia Regina Fiorim Enumo<sup>3</sup> 

551

<sup>1</sup> Universidade Federal de Mato Grosso – UFMT. Cuiabá/MT, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal do Espírito Santo - UFES. Vitória/ES, Brasil.

<sup>3</sup> Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUC. Campinas/SP, Brasil.

E-mail: tatianelebre@gmail.com

### Resumo

A hospitalização é um estressor para crianças e seus familiares que pode afetar os desfechos em saúde, dependendo da forma como elas enfrentam a situação. Este estudo analisou como crianças lidam com indicadores de estresse fisiológico e psicológico relacionados à hospitalização. Participaram 20 crianças com cinco anos de idade em média, a maioria internadas por doenças crônicas, em um hospital público de Cuiabá/MT. Foram aplicados individualmente na brinquedoteca: a) Índice de cortisol salivar matutino e vespertino, para medida de estresse fisiológico; b) Roteiro de entrevista sobre doença e hospitalização – versão criança; e c) Escala de *Coping* da Hospitalização (COPE-H). O cortisol salivar estava acima do indicado em quatro crianças. Mais da metade da amostra relatou ter dificuldades causadas pela doença para realizar diversas atividades; sendo mais aversivos os procedimentos médicos invasivos. Apresentaram também respostas de estresse psicológico, com *coping* de desengajamento involuntário e voluntário dentro da média de idade. Relataram estratégias adaptativas para lidar com a hospitalização, como assistir TV, conversar, tomar remédio e, especialmente, brincar, avaliado como redutor do estresse por quase metade das crianças. Contudo, metade da amostra apresentou um padrão de *coping* mal adaptativo da hospitalização abaixo do esperado para a idade. Não houve correlações significativas entre o índice de cortisol salivar e o *coping*. Coerentemente com a literatura da área sobre as limitações impostas pela hospitalização e as consequências psicossociais para a criança e o familiar cuidador, os resultados indicam a importância de intervenções no *coping* da hospitalização para essa população nessa faixa etária.

**Palavras-chave:** Estresse. *Coping*. Hospitalização. Criança.

### INTRODUÇÃO

O processo da hospitalização pode ser um momento difícil e doloroso para a criança, estando em geral associado à separação da família, amigos, escola, mudanças da rotina diária, adentrando em um ambiente não muito agradável e, às vezes, sem o devido acolhimento<sup>1,2</sup>. Esses fatores podem desencadear estresse e ansiedade, gerando uma condição complexa quando ocorrem de maneira exagerada, apresentando possíveis sintomas, como tremores, medo, insônia, alteração de apetite, inseguran-

ça, choro, irritabilidade, agressividade, pânico, revolta, fobia, entre outros<sup>3,4</sup>.

Os impactos dessa condição no desenvolvimento e recuperação de crianças e adolescentes dependem de muitas variáveis, incluindo estar a hospitalização relacionada a uma condição aguda ou crônica (doença com duração maior que três meses)<sup>5</sup>. Neste último caso, deve-se considerar a duração, sintomatologia, gravidade, visibilidade da doença, tipos de intervenções médicas necessárias, característi-

DOI: 10.15343/0104-7809.202246551562P

cas da criança e das relações familiares, para citar alguns. Nesse contexto, soma-se o fato de que tanto a criança como seus familiares estão sujeitos a uma condição de estresse agudo<sup>5</sup>.

Considerando algumas das características da criança nesse contexto hospitalar, têm se destacados os estudos sobre o processo de enfrentamento dos estressores desse ambiente<sup>6,7,8,9,10</sup>. No geral, têm sido observadas relações positivas entre o ajustamento da criança e do adolescente com estratégias de enfrentamento (EE) de controle secundário (quando não é possível atuar diretamente no estressor), como ter *pensamento positivo*, *aceitação* e *distração*. Assim, EE mais adaptativas, como tomar remédio, conversar, assistir televisão, rezar e brincar têm sido observadas nesse contexto, em contraposição a EE como sentir culpa, pensar em fugir e se esconder<sup>8</sup>. De outro lado, EE de esquiva e negação têm sido associadas com um pior ajustamento<sup>5,6,8</sup>. Destacam-se também os estudos analisando a relação entre dor e estresse em crianças hospitalizadas e suas mães, identificando-se estresse em 33% das crianças e 70% das mães<sup>11</sup> e estresse em 23% em uma amostra de 31 crianças<sup>9</sup>. Nesse contexto de estresse agudo<sup>5</sup>, destaca-se a importância no manejo da dor<sup>12,13</sup>.

Mediante os eventos estressores presentes no ambiente hospitalar, as crianças e adolescentes internados podem desenvolver ou aprimorar seu repertório de EE<sup>14</sup>. Este repertório pode ser adquirido ou ampliado por meio de suas habilidades cognitivas, influência da família e do meio em que vive, os quais atuam como modelo e correguladores e, desse modo, conseguem se adaptar a novas situações desafiadoras<sup>9,10</sup>.

O processo de enfrentamento (*coping*, em inglês) é entendido pela Teoria Motivacional do *Coping* (TMC)<sup>15</sup> como “[...] *regulação da ação em situações frente ao estresse, sendo um construto organizacional que captura interações entre comportamento, emoção, atenção, cogni-*

*ção e motivação*” (p. 112). É um sistema que compreende as transações que o indivíduo estabelece entre si, o ambiente físico e a configuração social em que está inserido, cujas consequências não se resumem a resolução dos episódios estressores, mas contribuem para a manutenção da saúde, desenvolvimento e sobrevivência individual e coletiva<sup>16</sup>. Tem, assim, uma perspectiva desenvolvimentista, diferenciando-se o *coping* de crianças, adolescentes e adultos, ao longo das idades e contextos<sup>17</sup>. Para a TMC, um evento é percebido como estressor quando desafia ou ameaça as necessidades psicológicas básicas (NPB) universais de: a) relacionamento, no sentido de conseguir estar com o outro de forma saudável e com a autoestima preservada; b) competência, visando ser efetivo perante as interações com o ambiente; e c) autonomia, de forma a coordenar suas preferências e das opções disponíveis no ambiente<sup>15</sup>.

Nessa perspectiva, as EE de crianças e adolescentes estão ligadas às suas crenças e competências aprendidas, relacionadas com a forma que conseguem ter o autocontrole perante situações estressantes. No contexto hospitalar, uma ampla revisão de estudos sobre o *coping* na perspectiva da TMC<sup>7</sup> destaca haver maior vulnerabilidade em relação à NPB de autonomia, especialmente frente a procedimentos médicos invasivos, quando o uso de EE de distração são menos possíveis e o ambiente pode deixar de ser percebido como fonte de suporte. Especialmente entre seis e dez anos de idade, coerentemente com o observado nesse período de desenvolvimento<sup>16</sup>, estudos no contexto de hospitalização identificaram o uso de EE mais adaptativas, como *distração*, *resolução de problemas* e *busca de suporte social*, indicativas de uma percepção de desafio às NPB de autonomia, competência e de relacionamento, respectivamente; mas também observou-se a presença de EE de *ruminação* e *pensamento mágico*, relacionadas à percep-

ção de ameaça à NPB de autonomia, além de *desamparo*, relacionada à ameaça à NPB de competência<sup>7</sup>. Destaca-se aqui a importância da assistência psicológica à criança hospitalizada, identificando-se seus estressores e as EE de enfrentamento adaptativas e mal adaptativas a esse contexto. Nesse sentido, avaliar as EE de crianças, inclusive por escalas de autorrelato a partir de cinco anos de idade, pode ajudar

nesse processo<sup>6</sup>.

Considerando que a hospitalização pode gerar estresse nas crianças, acionando comportamentos que dificultam sua melhor adaptação e recuperação, este estudo analisou as estratégias de enfrentamento da hospitalização de crianças entre cinco e sete anos de idade, e suas relações com o estresse fisiológico, segundo a Teoria Motivacional do *Coping*.

## MÉTODO

Foi feito um estudo transversal com 20 crianças (10 de cada sexo), com idade entre 5 e 7 anos ( $M = 5,75$ ;  $DP = 0,85$ ), internadas por doenças crônicas ( $n = 17$ ), como Diabetes Mellitus Tipo 1, e por doença aguda, como resfriados ( $n = 3$ ), com duas ou mais internações ( $n = 12$ ), apenas duas crianças estavam internadas para diagnóstico. As crianças estavam acompanhadas principalmente pela mãe ( $n = 16$ ) e todas tinham irmãos. Em termos de características sociodemográficas das famílias, quase metade ( $n = 8$ ) eram do lar/doméstica, seguida de serviços gerais ( $n = 3$ ), com renda familiar até um salário-mínimo ( $n = 10$ ) e acima de um salário-mínimo ( $n = 8$ ), residindo em casa própria ( $n = 15$ ). O critério de inclusão para participação no estudo considerou os seguintes aspectos: a) crianças com idade entre 5 e 12 anos; b) um período mínimo de 48 horas de hospitalização; b) motivo de internação por condição aguda ou crônica. O critério de exclusão considerou o familiar cuidador possuir idade menor de 18 anos.

Para a coleta de dados, utilizou-se as seguintes medidas:

a) índice de cortisol salivar, coletados no período matutino e vespertino, para avaliação do estresse fisiológico, em situação de sem dor relatada. A análise do material coletado (saliva) foi feita a partir do método de eletro-

quimioluminescência, tendo como referência os valores: a) VR: entre 8 h e 10 h = inferior a 0,69 ug/dl, b) VR: entre 14 h e 16 h = inferior a 0,43 ug/dl.

b) Roteiro de entrevista sobre a doença e a hospitalização - versão criança, especialmente elaborado para o estudo, com sete questões fechadas sobre ser a doença crônica (duração maior que três meses) ou aguda, presença de dor, número de hospitalizações, presença de limitações e alterações da rotina, expectativas de cura ou melhora, presença de suporte nos cuidados com a criança, e uma questão aberta sobre sentimento em relação à doença, respondidas pela criança e seu cuidador. As respostas foram categorizadas segundo a própria estrutura das perguntas fechadas, e para a questão aberta, foram organizadas em categorias considerando aspectos do contexto da hospitalização<sup>18</sup>.

c) Roteiro de entrevista sobre a doença e a hospitalização - versão cuidador, elaborado para o estudo abordou aspectos sociodemográficos, sobre estressores relacionados à doença e a hospitalização. Composto por questões fechadas e abertas, sendo estas categorizadas segundo a análise de conteúdo<sup>18</sup>.

d) Escala de *Coping* da Hospitalização (COPE-H)<sup>19</sup>. É uma escala de autorrelato para avaliar as EE da hospitalização em crianças de 5 a 12 anos, com base na TMC7. Contém 17

cenar retratando comportamentos que podem ser realizados no hospital, como chorar, brincar, sentir raiva, ver TV, por exemplo. A criança deve descrever a cena, indicando a frequência daquele comportamento em uma escala tipo likert, com o preenchimento de um círculo dividido em quatro partes: “nunca” (círculo vazio), “um pouco” (uma parte do círculo); “às vezes” (duas partes do círculo); “quase sempre” (três partes do círculo), “sempre” (quatro partes do círculo). Caso a resposta seja “nunca”, segue-se para a próxima cena. Em cada cena, são apresentados os itens, como cartões com balões de fala, para a criança indicar o quanto usa a estratégia de enfrentamento descrita no item (por ex., “Eu choro porque tenho que tomar injeção”). As respostas são pontuadas, gerando um escore bruto para cada um dos três fatores do COPE-H: a) Fator 1 – *Coping* Mal Adaptativo da Hospitalização, com 27 itens ( $\alpha = 0,98$ ), que dificulta a adaptação ao contexto hospitalar, a maioria com caráter involuntário, incluindo EE, como Submissão, Oposição, Desamparo, Fuga, Isolamento, Delegação, relacionadas à percepção de ameaça às três NPB de relacionamento, competência e autonomia, com desfechos mal adaptativos em saúde e desenvolvimento infantil; b) Fator 2 – *Coping* Adaptativo da Hospitalização, com 27 itens ( $\alpha = 0,73$ ), com respostas de *coping* voluntárias, EE com desfecho adaptativo, como Autoconfiança, Acomodação e Resolução de Problemas, relativas à percepção de desafio às três NPB; e c) Fator 3 – *Coping* de Desengajamento Involuntário e Voluntário, com 11 itens ( $\alpha = 0,69$ ), cuja orientação motivacional é de afastamento do estressor, com desfechos mal adaptativo e função de regulação emocional, com EE de Fuga, Desamparo, Submissão e Delegação, relacionadas à percepção de amea-

ça à NPB de competência e de autonomia. O escore bruto é transformado em percentil de acordo com a normatização por idade, classificando cada um dos fatores em “inferior”, “médio-inferior”, “médio”, “médio-superior” e “superior”.

Os dados foram coletados individualmente na brinquedoteca da Enfermaria Pediátrica de um Hospital público na cidade de Cuiabá/MT, no ano de 2017. No primeiro contato com o familiar/cuidador, foi explicado o objetivo da pesquisa e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A seguir, foi realizado o contato com a criança explicando o objetivo da pesquisa, apresentando-se o Termo de Assentimento. Considerando as variáveis do estudo, foi possível controlar as condições clínicas da criança para a coleta do cortisol salivar como: a) não ter sido exposta a procedimentos invasivos no dia anterior a coleta; b) estar consciente e participativa no momento da coleta e c) informações farmacológicas foram enviadas ao laboratório junto com o material coletado. As próprias condições no momento da coleta do cortisol salivar nos dois períodos (matutino – antes do café da manhã) e vespertino (coletado por volta das 16hs) foram realizadas. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da universidade (Parecer n.1.083.963).

Para testar a hipótese de diferenças entre os grupos para os níveis de cortisol matutino e vespertino, foi utilizado o teste dos postos sinalizados de Wilcoxon, considerando que as amostras eram relacionadas e a distribuição dos dados não atendia aos critérios de normalidade. Foi utilizado também o teste de Cohen, para a mensuração do tamanho do efeito e estimado o coeficiente de correlação de postos de Spearman, com o objetivo de aferir possíveis correlações entre as variáveis medidas, sendo adotado o nível de significância de 5% em todas as análises.

## RESULTADOS

Em relação à percepção do cuidador quanto aspectos da saúde e hospitalização da criança observa-se que mais da metade ( $n = 12$ ) relataram que não percebem dor na criança causada pela doença, assim como limitações no cotidiano ( $n = 11$ ). Quanto aos sentimentos do cuidador, a maioria relata fragilidades ( $n = 14$ ), mas com expectativas de cura para a doença ( $n = 12$ ), além de receberem apoio no cuidado com a criança ( $n = 18$ ) (Tabela 1).

As medidas de respostas de estresse foram organizadas em termos de estresse fisiológico (medida de cortisol) e psicológico (percepção de dor, limitações na rotina, falta de suporte, baixa expectativa de cura ou melhora, por exemplo). A medida de cortisol salivar, como indicador de estresse fisiológico, evidenciou que, no período matutino, três crianças apresentaram nível acima do esperado (inferior a  $0,69 \text{ ug/dl}$ ). No período vespertino, apenas uma criança apresentou nível de cortisol acima do esperado (inferior a  $0,43 \text{ ug/dl}$ ), totalizando quatro crianças com indicações de estresse fisiológico.

Foram identificados possíveis estressores do contexto de hospitalização nos relatos das crianças. Sentir dor, especialmente, durante procedimentos médicos invasivos e/ou associado à doença, fazer exames, ficar longe da família e a comida oferecida não ser agradável ( $n = 3$ ) foram citados pelas crianças (Tabela 2).

As dificuldades provocadas pelas doenças crônicas para a realização de atividades diversas (na escola, em casa), foram percebidas por mais da metade das crianças ( $n = 12$ ), porém elas relataram ter pensamentos positivos em relação ao seu estado de saúde. Destacou-se o brincar na brinquedoteca ( $n = 8$ ) como um dos fatores positivos, pois torna a hospitalização menos estressante. A alimentação oferecida pelo hospital também foi percebida como agradável para seis

crianças. Cabe destacar que a maioria das crianças ( $n = 13$ ) não soube informar se a dor percebida tem relação com a doença (Tabela 1).

As crianças relataram lidar com a hospitalização principalmente por meio de EE mais adaptativas, como brincar, assistir TV, conversar e tomar remédio. As menores frequências são respostas menos adaptativas, com respostas de *coping* de fugir e esconder-se (Figura 1).

Observa-se, na Figura 2, que a maioria das crianças ( $n = 13$ ) apresentou um repertório de *coping* adaptativo na média ou acima da média segundo as normas para seus pares, com respostas como brincar, ver TV, rezar, negociar, conversar, ouvir música, tomar remédio, sentir coragem. Houve, porém, cinco crianças classificadas abaixo do esperado para sua idade (F2 do COPE-H). Outro resultado que se destaca é o fato de que metade da amostra que respondeu o COPE-H ( $n = 9$ ) apresentou um *coping* mal adaptativo da hospitalização (F1) em nível inferior à sua faixa etária, com respostas como chorar, esconder-se, sentir raiva, ficar triste, desanimado, sentir medo e culpa; ficando as demais crianças dentro ou acima da média. A maioria das crianças ( $n = 15$ ) apresentou também um *coping* de desengajamento involuntário e voluntário da hospitalização (F3) dentro ou acima da média de sua idade, com respostas de chorar, sentir medo, vergonha e/ou vontade de fugir, por exemplo.

Os resultados do cortisol se diferenciaram em relação à medida ser feita pela manhã ou à tarde. O teste dos postos sinalizados de Wilcoxon indicou que a mediana dos níveis de cortisol foi significativamente maior pela manhã ( $W(17) = -3,463$ ,  $p < 0,001$ ); além disso, o teste  $d$  de Cohen indicou um efeito alto ( $d = 0,93$ ).

Foram encontradas correlações significativas de postos de Spearman entre: a) corre-

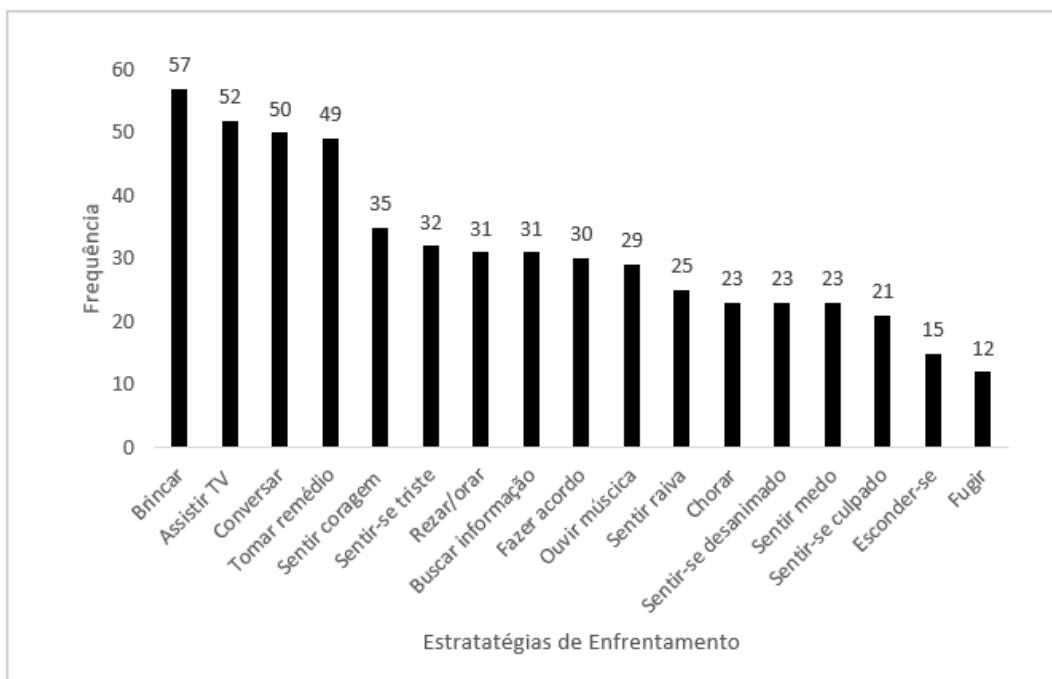


lação positiva entre os níveis de cortisol matutino e vespertino, indicando que os níveis de respostas de estresse se alteram de forma direta no início e final do dia; b) correlação negativa entre os níveis de cortisol vespertino e a idade, indicando que quanto menor a idade, maiores foram os níveis de cortisol à tarde, e vice-versa; e c) correlação positiva entre o  *coping*  mal adaptativo e  *coping*

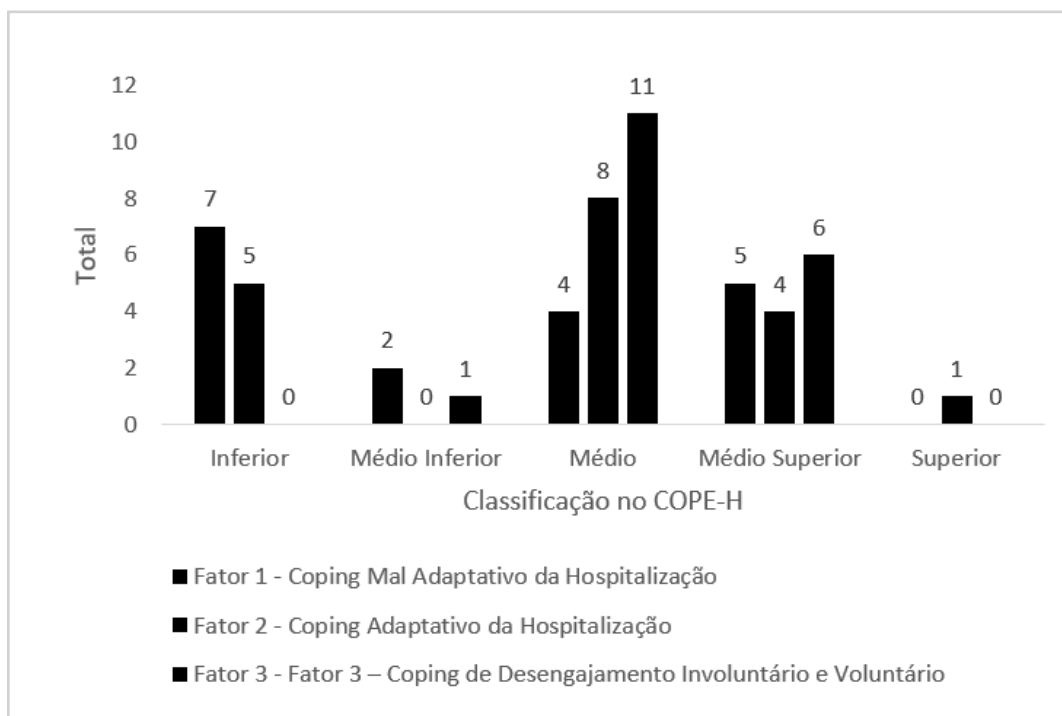
de desengajamento voluntário e involuntário, indicando que as EE com desfechos mal adaptativos para o desenvolvimento ou saúde, no médio e longo prazo, se correlacionam de forma direta, sejam essas EE voluntárias ou involuntárias . Há de se destacar que a coleta do cortisol atendeu às orientações de condições das crianças nos dois períodos (matutino e vespertino) (Tabela 3).

**Tabela 1** – Aspectos da saúde e hospitalização segundo os cuidadores (N = 20). Cuiabá, 2017.

Variáveis	Respostas	N (%)
<b>Percepção de estressor na doença e hospitalização</b>		
Limitações impostas pela doença	Presente	08 (40,0)
	Ausente	11 (55,0)
	Não informado	01 (5,0)
Dor em função da doença	Presente	07 (35,0)
	Ausente	12 (60,0)
	Não informado	01 (5,0)
Mudança de rotina causada pela doença	Sim	12 (60,0)
	Não	06 (30,0)
	Não informado	02 (10,0)
<b>Percepção em relação à doença</b>		
Sentimentos	Fragilidades (medo, tristeza, culpa)	14 (70,0)
	Potencialidades (esperança, tranquilidade)	03 (15,0)
	Não informado	03 (15,0)
Expectativas	Cura	12 (60,0)
	Melhora	07 (35,0)
	Não informado	01(5,0)
Apoio no cuidado da criança	Sim	18 (90,0)
	Não informado	02 (10,0)



**Figura 1** – Frequência das estratégias de enfrentamento da hospitalização de crianças na Escala de Coping da Hospitalização (COPE-H) (N = 18). Cuiabá, 2017.



**Figura 2** – Classificação das crianças nos fatores da Escala Coping de Hospitalização (COPE-H), segundo as normas por idade (n = 18). Cuiabá, 2017.

Nota: Duas crianças não tiveram seus dados computados por não conseguirem completar a escala.

**Tabela 2** – Aspectos da saúde e hospitalização segundo as crianças (N = 20). Cuiabá, 2017.

Variáveis	Respostas	N (%)
<b>Potenciais estressores do contexto</b>		
Percepção de dor	Sim	10 (50,0)
	Não	10 (50,0)
Procedimentos mais dolorosos	Procedimentos invasivos (punção venosa, injeção, soro)	
	Choque	17 (85,0)
	Não informado	1 (5,0)
Relação da dor com a doença	Sim	2 (10,0)
	Não	5 (25,0)
	Não informado	2 (10,0)
Dificuldades provocadas pela doença	Sim	13 (65,0)
	Não	12 (60,0)
	Não informado	5 (25,0)
Aspectos desfavoráveis da hospitalização	Remédio, exame, procedimentos	3 (15,0)
	Ficar longe da família	8 (40,0)
	Comida	3 (15,0)
	Ficar no quarto	3 (15,0)
	Mosquito	1 (5,0)
	Nenhum aspecto desfavorável	1 (5,0)
	Não informado	4 (15,0)
<b>Aspectos positivos do contexto</b>		
Aspectos favoráveis da hospitalização	Brinquedoteca, brincar	8 (40,0)
	Comida	6 (30,0)
	Rotina hospitalar (visita, dormir fora de casa)	3 (15,0)
	Não informado	2 (10,0)
	Não gosta do hospital	1 (5,0)
Pensamentos positivos em relação à doença	Sim	11 (55,0)
	Não	4 (20,0)
	Não informado	5 (25,0)
Sentimento no momento da entrevista	Muito alegre	10 (50,0)
	Alegre	4 (20,0)
	Normal	3 (15,0)
	Triste	3 (15,0)



**Tabela 3** – Matriz de correlação entre as variáveis do estudo (N = 18)

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7
1. Idade	-						
2. Sexo	.246	-					
3. Cortisol matutino	.362	.086	-				
4. Cortisol vespertino	-.542*	.187	.590*	-			
5. F1- <i>Coping</i> mal adaptativo	.242	.097	.316	.105	-		
6. F2 - <i>Coping</i> adaptativo	.293	.194	.385	.244	.286	-	
7. F3- <i>Coping</i> de desengajamento voluntário e involuntário	.106	-.292	.158	.280	.601**	.376	-

\*p < 0,05; \*\*p < 0,001 = significativo pelo teste de Spearman; F1, F2 e F3 = fatores do COPE-H. Foram excluídas as duas crianças que não conseguiram concluir a COPE-H.

## DISCUSSÃO

Compreender a forma como as crianças lidam com os estressores da hospitalização pode fornecer dados mais prescritivos para a atuação profissional, com possíveis impactos na recuperação e nos indicadores de saúde física e mental<sup>5,6,7</sup>. Essa avaliação pode incluir a própria percepção da criança, por meio de escalas de autorrelato, a exemplo da escala COPE-H<sup>19,6</sup> utilizada no presente estudo. Por meio dessa escala e por entrevista, foi possível observar em uma amostra de 20 crianças com cinco anos em média, hospitalizadas principalmente por doenças crônicas, alguns estressores, como a realização de procedimentos invasivos (punção venosa, injeção, soro), corroborando estudos da área<sup>20,11</sup>. Por conseguinte, observou-se a dor como estressor em metade desta amostra, evidenciando a importância do manejo da dor em crianças<sup>20</sup>, com o preparo adequado profissional<sup>12,21</sup>. Nessas situações, crianças tendem a apresentar EE de ampliação e catastrofização da dor e desamparo<sup>7,22,11</sup>, indicando que as crianças se percebem menos competentes para lidar com a situação em que têm pouco controle<sup>16,22</sup>.

Esses sentimentos de desamparo, desânimo, medo, desejo de fugir da situação, associadas à percepção de ameaça à NPB de competência, foram identificados em quase metade da

amostra, assim como sentir raiva e culpa, associados à ameaça às NPB de autonomia e de relacionamento, respectivamente<sup>15,16,7</sup>. Essas respostas mal adaptativas se destacam frente aos estressores para esta amostra, que incluem outros, como ter que fazer exames, ficar longe da família, não gostar da comida do hospital. Especialmente para as crianças mais novas, foram observadas essas EE menos adaptativas em nível inferior à faixa etária pelo COPE-H<sup>19</sup>.

Os resultados desta escala também mostraram um maior número de crianças classificadas dentro do esperado para a idade em relação ao F3 da COPE-H - Desengajamento Involuntário e Voluntário (F3), evidenciando a presença de comportamentos que tendem a se afastar do estressor, procurando a regulação emocional, principalmente de forma voluntária, com EE de fuga, desamparo, submissão e delegação. Em estudo com o COPE-H<sup>9</sup>, as maiores médias ocorreram nesse F3 em pacientes com e sem indicadores de estresse. A condição de doença e hospitalização dificulta lidar diretamente com o estressor, levando ao um padrão de controle secundário<sup>5</sup>, como observado nesses estudos.

Apesar desses indicadores de estresse psicológico e seu enfrentamento mesmo adaptativo, apenas quatro crianças apresentaram níveis de cortisol alterados, especialmente no período

matutino. Esse indicador de estresse fisiológico pode estar relacionado à condição crônica presente na maioria da amostra, não sendo, portanto, a primeira internação, coerente com uma menor média de estresse em pacientes com três ou mais internações, observado em outro estudo<sup>9</sup>, possivelmente decorrente de processo de dessensibilização em relação à hospitalização, em casos de doenças crônicas.

Até este ponto, nota-se um conjunto de EE com desfechos mal adaptativos no médio e longo prazo na saúde física e mental, mas, de acordo com a TMC, espera-se que, com o aumento da idade, um aumento da frequência de EE adaptativas e diminuição do *coping* de desengajamento<sup>16,23</sup>. Nessa direção, observou-se uma maior frequência de crianças com classificação média para o *Coping* Adaptativo (F2) da COPE-H<sup>19</sup>. As maiores frequências para os comportamentos de “brincar, assistir TV, conversar e tomar remédio” assemelham-se aos estudos que utilizaram o COPE-H<sup>19,9</sup>. A percepção da criança em relação ao brincar como um fator que torna a hospitalização menos estressante corrobora outro estudo em que crianças hospitalizadas ressaltaram a importância do brincar<sup>14,8,21</sup>. Esse comportamento de brincar pode adquirir uma funcionalidade como fator distrativo e percebido como um desafio à NPB de autonomia, conforme proposto na TMC, de modo que, na medida em que o ambiente oferece recursos a criança consegue ajustar suas preferências com o que está disponível, fazendo ajustes que podem contribuir para a adaptação ao evento estressor.

A falta de correlação significativa entre a medida de estresse fisiológico e os fatores da COPE-H pode ser hipotetizada em função de

diferentes variáveis, como a condição crônica de saúde das crianças e o maior número de hospitalizações. Desse modo, pode-se compreender que as reações físicas e psicológicas consequentes do processo de estresse das crianças encontram maneiras de autorregulação proporcionais aos seus esforços. Essa ausência de correlação foi verificada entre EE de crianças com e sem estresse em situação pré-cirúrgica<sup>24</sup>.

A presença de correlação inversa entre idade e estresse, indicando a propensão de crianças mais jovens passarem por estresse, pode ser compreendido pela adoção de estratégias de *coping* de desengajamento involuntário e voluntário da hospitalização como característico de crianças com menor idade ao perceberem que suas necessidades básicas se encontram ameaçadas, reagem com comportamentos pouco adaptativos. Nessa dinâmica, crianças mais novas tendem a apresentar indicador de estresse e como estratégias adotam comportamentos pouco adaptativos, assim pode-se compreender a relação entre o *coping* mal adaptativo e *coping* de desengajamento voluntário e involuntário.

De modo geral, investigar a hospitalização a partir da percepção da criança possibilitou conhecer essa vivência, as reações, ambivalências e adaptações possíveis das crianças a partir de uma perspectiva desenvolvimentista. Os resultados permitirão aos profissionais de saúde que atendem crianças hospitalizadas compreender o complexo processo entre estresse e *coping* e o seu desfecho em saúde. Desse modo, entende-se que estudos com abordagens mistas de metodologia e maior número de crianças dessa faixa etária permitirão aprofundar nessas relações.

## CONCLUSÃO

O contexto de hospitalização apresenta vários estressores, especialmente a realização dos procedimentos invasivos, percebidos pelas crianças entre cinco e sete anos como uma experiência desconfortável e dolorosa.

Contudo, na condição de doenças crônicas, ocorrem internações recorrentes, com maior exposição a esses procedimentos, o que pode levar a uma adaptação à situação, com menores níveis de estresse fisiológico. De outro

lado, os estressores psicológicos relacionados à separação da família, alterações da rotina, podem gerar respostas mal adaptativas para lidar com a situação, com sentimentos de culpa, raiva, medo. Reside aqui a importância da atuação inter e multidisciplinar e a capacitação profissional para atuar com essa população infantil, de forma a diminuir essas estratégias com desfechos mal adaptativos e promover os adaptativos.

Esse processo pode ser facilitado frente à boa avaliação das crianças em relação à prática de atividades lúdicas e distrativas no hospital observadas nesta amostra. Assim, o desenvolvimento de propostas de intervenção que visem minimizar os efeitos da hospitalização para a criança deve considerar a condição da doença, a experiência da criança e, principalmente, desenvolver e adaptar o brincar para esse ambiente.

### Declaração do autor CRediT

Administração do projeto: Dias TL. Análise formal: Enumo S.R.F. Análise estatística: Brito TM. Conceituação: Dias TL; Enumo SRF. Elaboração da redação original: Moraes AR; Brito TM; Dias TL. Investigação: Moraes AR; Brito TM. Metodologia: Dias TL; Enumo SRF; Motta AB. Orientação: Dias TL. Recursos: Dias TL. Redação-revisão e edição: Enumo SRF; Dias TL; Motta AB. Supervisão: Dias TL. Validação: Enumo SRF; Motta AB. Visualização: Motta AB.

Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

### REFERÊNCIAS

1. Farias D, BärtschiGabatz RI, Milbrath VM, Schwartz E, Freitag VL. Percepção infantil sobre a necessidade de hospitalização para o reestabelecimento da saúde. *Rev Enf Atual In Derme*. 2019; 87(25): 1-7. <https://doi.org/10.31011/reaid-2019-v.87-n.25-art.186>
2. Maier SRO, Almeida AN. Utilizando as expressões lúdicas como terapêutica na reabilitação da hospitalização infantil: uma revisão integrativa. *Rev. Elet. Gestão & Saúde*. 2016; 7(1), 356-368. <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3432>
3. Gomes, GLL, Fernandes, MGM, Nóbrega, MML. (2016). Ansiedade da hospitalização em crianças: análise conceitual. *Rev Bras Enf*. 2016; 69(5), 940-945. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0116>
4. Farias, DD, Gabatz, RIB, Terra, AP, Couto, GR, Milbrath, VM, Schwartz, E. (2017). A hospitalização na perspectiva da criança: uma revisão integrativa. *Rev Enf UFPE Online*. 2017; 11(2), 703-711. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11988>
5. Compas, BE, Jaser, SS, Dunn, MJ, Rodriguez, EM. Coping with chronic illness in childhood and adolescence. *Ann Rev Clin Psych*. 2012, 27(8), 455-480. <http://dx.doi.org/10.1146/annurevclinpsy-032511-143108>
6. Enumo, SRF, Motta, AB, Linhares, MBM. Avaliação psicológica de crianças no contexto hospitalar: Contribuições para a Psicologia Pediátrica. In Lins, MRC, Muniz, M, Cardoso, LM (Orgs.), *Avaliação Psicológica Infantil*. SP: HOGREFE, 2018. pp. 401-429.
7. Enumo, SRF, Oliveira, AW, Bellodi, AC, Motta, AB. Estresse-Coping em situação de adoecimento. In Crepaldi, MA, Enumo, SRF, Linhares, MBM (Orgs.), *Psicologia da saúde e desenvolvimento na infância e adolescência: Pesquisas e reflexões*. Curitiba CRV, 2019. pp. 99-136.
8. Motta, A.B. et al. Comportamentos de coping no contexto da hospitalização infantil. *Est Psic (Campinas)*. 2015, 32(2): 331-341. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-166X2015000200016>
9. Silveira, KA, Lima, VL, Paula, KMP. Estresse, dor e enfrentamento em crianças hospitalizadas: análise de relações com o estresse do familiar. *Rev SBPH*. 2018; 21(2), 5-21. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582018000200002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582018000200002&lng=pt&nrm=iso)
10. Silveira, KA, Paula, KMP, Enumo, SRF. Stress related to pediatric hospitalization and possible interventions: an analysis of the Brazilian literature. *Trends Psychol*. 2019; 27(2), 443-458. <https://doi.org/10.9788/TP2019.2-11>
11. Matsuda-Castro, AC, Linhares, MBM. Dor e estresse em crianças hospitalizadas na percepção das crianças e das mães. *Paidéia*. 2014, 24(59), 351-359. <https://doi.org/10.1590/1982-43272459201409>
12. Martins, SW, Enumo, SRF, Paula, KMP. Manejo da dor neonatal: influência de fatores psicológicos e organizacionais. *Est Psic (Campinas)*. 2016, 33(4), 633-644. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-02752016000400007>
13. Santos AF, Machado, RR., Ribeiro, CJN, Mendes Neto, JM, Luz, LKT, Ribeiro, MCO, Menezes, MG. Manejo da dor em crianças submetidas a procedimentos cirúrgicos. *O Mundo da Saúde*. 2019, 43(2), 438-455. Doi:10.15343/0104-7809.20194302438455
14. Hostert, PCCP, Motta, AB, Enumo, SRF. Coping da hospitalização em crianças com câncer: a importância da classe

- hospitalar. *Est Psic (Campinas)*. 2015; 32(4), 627–639. <https://doi.org/10.1590/0103-166X2015000400006>
15. Skinner, EA, Wellborn, JG. Coping during childhood and adolescence: A motivational perspective. In D. L. Featherman, R. M. Lerner, M. Perlmutter (Eds.). *Life-span development and behavior*. Lawrence Erlbaum Associates. 1994; v. 12, 91–133.
16. Skinner EA, Zimmer-Gembeck MJ. The development of coping: Stress, neurophysiology, social relationships, and resilience during childhood and adolescence. 2016. New York: Springer.
17. Ramos, FP, Enumo, SRF, Paula, KMP. Teoria Motivacional do Coping: uma proposta desenvolvimentista de análise do enfrentamento do estresse. *Est Psic (Campinas)*. 2015; 32(2), 269–279. <https://doi.org/10.1590/0103-166X2015000200011>
18. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70. 2011.
19. Garioli, DS. Escala de Coping da Hospitalização (COPE-H): processo de adaptação. Tese de doutorado. Universidade Federal do Espírito Santo. 2016.
20. Emidio, SCD, Morais, RJL, Oliveira, PNM, Bezerra, RS. Percepção de crianças hospitalizadas acerca do tratamento oncológico. *Rev Pesq: Cuidado é Fundamental Online*. 2018, 10(4), 1141–1149. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i4.1141-1149>
21. Santos, PM, Silva, LF, Depianti, JRB, Cursino, EG, Ribeiro, CA. Os cuidados de enfermagem na percepção da criança hospitalizada. *Rev Bras Enf*. 2016, 69(4), 646–653. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690405i>
22. Garioli, DS, Paula, KMP, Enumo, SRF. Avaliação do coping da dor em crianças com anemia falciforme. *Est Psic*. 2019, 36: e160079, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0275201936e160079>
23. Zimmer-Gembeck, MJ, Skinner, EA. The development of coping across childhood and adolescence: An integrative review and critique of research. *International Journal of Behavioral Development*. 2011, 35(1), 1–17. <https://doi.org/10.1177/0165025410384923>
24. Carnier, LE, Padovani, FHP, Perosa, GB, Rodrigues, OMPR. Estratégias de enfrentamento em crianças em situação pré-cirúrgica: relação com idade, sexo, experiência com cirurgia e estresse. *Est Psic (Campinas)*. 2015, 32(2), 319–330. <https://doi.org/10.1590/0103-166X2015000200015>

Recebido: 04 julho 2022.  
Aceito: 21 outubro 2022.  
Publicado: 02 janeiro 2023.