

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**

**GIOVANNA LIMA FREITAS DE OLIVEIRA**

***COPING* INFANTO-JUVENIL BRASILEIRO DE HOSPITALIZAÇÃO: DESCRIÇÃO  
E COMPARAÇÃO DE ITENS DE DOIS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO**

**UBERLÂNDIA**

**2021**

GIOVANNA LIMA FREITAS DE OLIVEIRA

***COPING* INFANTO-JUVENIL BRASILEIRO DE HOSPITALIZAÇÃO: DESCRIÇÃO  
E COMPARAÇÃO DE ITENS DE DOIS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO**

Dissertação apresentada junto ao Programa de Residência Multiprofissional, da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Criança

Orientador: Prof. Dr. Jodi Dee Hunt Ferreira do Amaral

UBERLÂNDIA

2021

## **Coping da hospitalização por crianças e adolescentes segundo itens de dois instrumentos**

*Coping of Brazilian hospitalized children and adolescents: item description and comparison of two assessment instruments*

### **Resumo**

Avaliar crianças e adolescentes lidando com a hospitalização é relevante para intervenções, havendo poucos instrumentos no país. Este estudo analisou as respostas de *coping* da hospitalização de 154 crianças e adolescentes hospitalizados (*Idade*: 10,5; *DP*: 2,37), segundo dois instrumentos - um internacional (Kidcope) e outro brasileiro (COPHAT-CA). Os resultados demonstraram que as estratégias de enfrentamento mais relatadas foram pensamento mágico (*M*: 0,88 *DP*: 0,32) e busca por suporte social (*M*: 0,88; *DP*: 0,32), e as menos frequentes foram culpar os outros (*M*:0,08; *DP*: 0,28) e fazer autocrítica (*M*:0,22; *DP*: 0,41). A comparação dos dois instrumentos revelou importante para identificação da expressão emocional e das estratégias de *coping* utilizadas.

**Descritores:** estratégias de enfrentamento; saúde da criança; saúde do adolescente; hospitalização.

### **Abstract**

Assessing children and adolescents dealing with hospitalization is relevant for interventions, as there are few instruments in the country. This study analyzed the hospitalization coping responses of 154 hospitalized children and adolescents (*Age*: 10.5; *SD*: 2.37), according to two instruments - one international (Kidcope) and another Brazilian (COPHAT-CA). The results demonstrated that the most reported coping strategies were magical thinking (*M*: 0.88 *SD*: 0.32) and seeking social support (*M*: 0.88; *SD*: 0.32), and the least frequent were blaming others (*M*:0.08; *SD*: 0.28) and self-criticism (*M*:0.22; *SD*: 0.41). Comparison of the two instruments proved important for identifying emotional expression and the coping strategies used.

**Keywords:** coping skills; child health; adolescent health; hospitalization.

## **Introdução**

Processos de transformação são inerentes à vida humana e ocorrem desde a fecundação até a decomposição da matéria. Esse processo gera, no contexto individual, características únicas que são influenciadas por fatores como a genética, a cultura em que se insere o indivíduo, aspectos econômicos, psicológicos, sociais, entre outros. Têm-se também aqueles acontecimentos não normativos que acometem alguns indivíduos. Esses segundos podem causar grande impacto por desorganizarem a sequência esperada do ciclo de vida. (Papalia & Feldman, 2013).

Matos et al. (2015) ressaltam que apesar da indiscutível influência dos fatores genéticos e biológicos no desenvolvimento global dos indivíduos, os fatores considerados psicossociais, que afetam e são afetados por alterações no ambiente, também exercem importante influência no desenvolvimento. Há ainda uma diferença entre eventos de vida estressores e aqueles eventos considerados traumáticos. O primeiro seria aquele em que há o desencadeamento de sintomas psicoemocionais de desadaptação, porém, tais efeitos tendem a diminuir com a remoção do evento causador. Já no caso dos eventos traumáticos, os efeitos psicológicos advindos teriam duração maior, não havendo relação entre o fim do evento traumático e o término dos sintomas vivenciados. A compreensão sobre esses eventos também foi ressaltada por Margis et al. (2003), que difere ainda os eventos traumáticos graves, que seriam aqueles relacionados a comprometimentos da integridade física do próprio indivíduo ou de outro alguém.

Pensando no contexto de doenças e hospitalizações como eventos potencialmente traumáticos, Chiattonne (1988) coloca que para a criança a doença é um ataque à sua integridade. Além disso, observou nas crianças hospitalizadas tristeza, medo do desconhecido, agressividade, distúrbios comportamentais, sentimentos de vingança, entre outros. Passados mais de quarenta anos entre a publicação do estudo de Chiattonne (1988) e considerando que se deu em momento que não era garantida por lei a presença de acompanhantes, mais recentemente, Dias, Moraes, Brito, Motta e Enumo (2022) encontraram respostas a hospitalização semelhantes, como: chorar, esconder-se, sentir raiva, ficar triste, desanimado, sentir medo e culpa. Estudantes e teóricos que estudam coping tem se empenhado em explicar tais ocorrências.

Na teoria cognitiva de Lazarus e Folkman, destaca-se o conceito do estresse ser avaliado e no *coping* ser focado no problema ou na emoção e envolver esforço consciente (Dias & Pais-Ribeiro, 2019). Por outro lado, Compas et al. (2017) postularam que além desse esforço consciente voluntário ainda há a resposta involuntária. Afirmam que o *coping* mal adaptativo, o *coping* de desengajamento e as estratégias de supressão emocional, evitação e negação são relacionados a maiores índices de sintomas de psicopatologia em crianças e adolescentes. Ainda em outro modelo há a ênfase no desenvolvimento. Assim, pela Teoria Motivacional de Coping, Zimmer-Gembeck, Lees, & Skinner (2011) avaliaram a relação das emoções de 230 crianças de 7 a 13 anos com a competência social. As crianças avaliadas como mais competentes utilizaram estratégias de *coping* mais ativas como resolução de problemas e busca de suporte e também relataram mais tristeza. A competência das crianças foi associada com o medo mas não com a raiva.

Spirito, Stark e Williams (1988), percebendo a relevância dos estudos de *coping* para a população adulta e cientes de uma carência de estudos voltados à população pediátrica, desenvolveram uma ferramenta chamada *Kidcope*. Existem duas versões do instrumento: de 7 a 12 anos e de 13 a 18 anos de idade. Os autores basearam os itens que buscam avaliar estratégias de *coping* divididos em três categorias: *coping* ativo (Reestruturação cognitiva, Regulação Emocional, Suporte Social e Resolução de Problemas), *coping* negativo (Autoculpa e Culpar os outros) e *coping* de evitação (Distração, Isolamento social, Pensamento mágico e Resignação), de acordo com o modelo cognitivo de *coping* de Lazarus e Folkman. Pereira et al. (2016) realizaram a tradução e a adaptação transcultural do *Kidcope* para a língua portuguesa do Brasil. O instrumento supracitado obteve sucesso em diversas línguas, portanto, vê-se a relevância da tradução brasileira como um ganho importante para o campo de pesquisas e de intervenção no campo da pediatria no Brasil.

Compreendendo o benefício do uso do *Kidcope* como instrumento de estudo epidemiológico, Pereira (2017) realizou um estudo com 150 participantes que relataram como situação estressora, em ordem decrescente: relacionamentos, mudança de casa/escola, conflitos com normas ou regras, vitimização ou violência, saúde, doença e acidentes, morte/suicídio e outros (problemas financeiros, esporte/lazer/férias, metas escolares ou culpabilização da própria criança). A maioria (68,7%) das crianças escolheu os relacionamentos como a situação estressora. Em termos de tipo de estratégia de enfrentamento usada pela criança, Suporte Social foi a mais relatada, seguido de Regulação Emocional, Resolução de Problemas, Distração e Reestruturação Cognitiva (Pereira, 2017).

Além do presente estudo e do estudo de Pereira (2017), existem mais 6 encontrados na literatura na língua portuguesa que utilizaram o *Kidcope*. Estão descritos abaixo primeiro aqueles realizados com população portuguesa e, posteriormente, com a população brasileira.

Cardoso (2010) em estudo com participantes com idade entre 7 e 17 anos com diagnóstico de doença oncológica, separou o grupo entre crianças de 7 a 12 anos e adolescentes de 13 a 17. No primeiro, verificou Distração, Regulação Emocional e Pensamento Mágico como as estratégias utilizadas, e no segundo: Pensamento Mágico, Distração, Regulação Emocional e Suporte Social. Ainda, entre as crianças não foi relatado *coping* negativo e entre os adolescentes houve baixo índice do uso das estratégias negativas, como por exemplo autocrítica e isolamento, que foram tidos como estratégias pouco eficazes pelos adolescentes que relataram utilizá-las. A estratégia de culpar os outros não foi relatada por nenhum dos participantes.

Em outra investigação com 19 crianças portuguesas, de 6 a 12 anos hospitalizadas em tratamento por câncer, Lima, Barros e Enumo (2014) encontraram Suporte Social, Distração, Pensamento Mágico, Reestruturação Cognitiva e Regulação Emocional como as estratégias mais usadas e foram avaliadas pelos participantes como bastante ou moderadamente eficazes. Também foi descrito o uso reduzido de estratégias de enfrentamento negativo, como a Autocrítica, que foi avaliado pelas crianças como pouco eficazes.

No estudo de Carona et al. (2014) com a população portuguesa com doenças crônicas, a amostra foi composta por 129 crianças de 8 a 12 anos e 126 adolescentes de 13 a 18 anos. As estratégias mais relatadas foram, na seguinte ordem, com as crianças: Distração, Resolução de Problemas, Pensamento Mágico, Reestruturação Cognitiva e Suporte Social, e com os adolescentes: Resignação, Reestruturação Cognitiva, Distração, Pensamento Mágico e Resolução de Problemas.

Oliveira & Gameiro (2021), utilizaram o *Kidcope* para analisar a queda do cabelo em 30 adolescentes portugueses de 13 a 19 anos com doença oncológica em tratamento. Resignação, Distração/ Resolução de Problemas/Reestruturação cognitiva e Regulação Emocional foram as estratégias mais relatadas.

Por sua vez, no cenário nacional, Bastos, Dias e Enumo (2018) aplicaram o *Kidcope* em 33 crianças, com idade entre 5 e 7 anos, internadas por doenças crônicas. Os autores encontraram Distração, Suporte Social, Regulação Emocional, Pensamento Mágico e Reestruturação Cognitiva como as estratégias mais utilizadas.

Outro estudo brasileiro realizado por Menezes *et al.* (2023), utilizou o *Kidcope* para avaliar 10 crianças brasileiras de 7 a 12 anos em quimioterapia ambulatorial antes e depois de

um jogo. Distração, Autoculpa, Isolamento Social, Resolução de Problemas e Reestruturação Cognitiva foram registradas como as estratégias mais utilizadas.

Em resumo, quando comparados entre si, os 7 estudos já realizados com *Kidcope*, a Distração foi encontrada em todas as amostras, mesmo com participantes com diferentes estressores. Assim também em 2 estudos, o coping evitativo foi encontrado como o mais frequente (Lima, Barros & Enumo, 2014; Pereira, 2017), em outros 2 estudos o coping evitativo teve a mesma frequência que o ativo (Carona, Silva, Moreira, Barros & Canavarro, 2014). A Regulação Emocional foi encontrada em apenas 4 estudos (Cardoso, 2010; Lima, Barros & Enumo, 2014; Pereira, 2017 e Bastos, Dias, & Enumo, 2018). Em somente um estudo (Menezes *et al.*, 2023), foi encontrado o coping negativo como a estratégia mais utilizada.

Em relação aos sentimentos de raiva, tristeza e ansiedade, apenas 3 dos estudos com *Kidcope* reportaram os resultados dessas perguntas. Perreira (2017) relatou que 45,3% dos participantes relataram não sentir nenhum um pouco de raiva, 30,7% muitíssimo tristes e 30,0% nenhum pouco de medo em relação à situação estressora. Já nos outros dois estudos, esses sentimentos foram reportados em média e desvio padrão. Carona, Silva, Moreira, Barros & Canavarro (2014) encontraram na população de crianças: raiva 2.12 (DP = 1,40), tristeza 2.36 (DP = 1.35); nervosismo 2.50 (DP=1.33) e de adolescentes: raiva 2.40 (DP = 1.29); tristeza 2.41(DP = 1.23); nervosismo 2.64 (DP=1.13) em relação aos estressores de interferência de sintomas/limitação física na vida diária, estressores psicossociais e estressores relacionados ao tratamento. Em relação ao estressor de queda de cabelo, Oliveira & Gameiro (2021), encontram: raiva 3,30 (DP = 1,32); tristeza 4,03 (DP = 1,22) e ansiedade 3,50 (DP = 1,11).

Na perspectiva de desenvolver instrumentos de avaliação do *coping* com o objetivo de compreender esse constructo dentro dos estressores da hospitalização, adoecimento e tratamento, Amaral (2019) desenvolveu o instrumento de *Coping* da Hospitalização, Adoecimento e Tratamento em Crianças e Adolescentes (COPHAT-CA), que avalia o *coping* em crianças e adolescentes. Esse instrumento demonstrou evidências de validade de conteúdo e análise fatorial satisfatória.

No COPHAT-CA, existem quatro perguntas específicas para averiguar a expressão emocional frente a internação, à saber: Eu fico preocupado(a) quando fico sabendo que vou ser internado(a); Eu tenho raiva de ficar internado(a); Eu fico triste de ficar internado(a); Eu fico com medo por estar internado(a) (Amaral, 2019). Essas perguntas conferem sentido uma vez que há evidências de que, embora *coping* e regulação emocional sejam distintas, são intimamente relacionadas (Compas *et al.*, 2014; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007).

Além da avaliação do *coping*, o desenvolvimento de programas de intervenção em estratégias são relevantes na hospitalização de crianças e adolescentes (Oliveira, Dias e Roazzi, 2003; Vicente, 2017; Amaral & Enumo, 2019). Destaca-se o primeiro que avaliou o poder dos recursos lúdicos na cessão da raiva e da tristeza. Avaliaram 36 crianças de 6 a 10 anos de idade, divididas em dois grupos controle (dentro e fora de hospitais) e um grupo experimental (dentro do hospital). Os resultados demonstraram que as estratégias de Regulação Emocional (RE) se modificaram em função da atividade lúdica, sem diferenças de idade e gênero.

Somando os estudos que referem tanto a avaliação quanto a intervenção de *coping* no contexto de saúde que Enumo, Motta e Linhares (2018) e Enumo, Oliveria, Bellodi e Motta (2019) e investigaram, torna-se essencial para a construção de intervenções, a associação com abordagens teóricas que abordam as emoções. Assim, tem-se na Análise Transacional (AT), uma possibilidade teórica para tal trabalho, uma vez que Berne (1985), autor da AT, dividiu as emoções em duas categorias: as autênticas e as substitutivas (disfarces). As emoções autênticas, que podem ser observadas nos animais considerados superiores (nas formas primitivas) e nos recém nascidos, são cinco: 1) alegria e prazer, 2) afeto, 3) medo, 4) raiva e 5) tristeza. As emoções autênticas são espontâneas, adequadas à situação em qualidade, quantidade e duração. Isto as diferenciam dos disfarces. O autor também afirma que diante das emoções autênticas um observador é convidado a sentir a mesma emoção ou uma complementar. Um outro critério de distinção entre os tipos de emoção é avaliação do que ocorria na infância do indivíduo, ou seja, se a alegria era aprovada e/ou compartilhada, o afeto aceito e/ou retribuído, a criança com medo era protegida ou auxiliada, a raiva era permitida e o problema que a provocou era analisado e a tristeza permitida e compreendida.

English (1999) definiu o disfarce como uma emoção substitutiva, inadequada, fomentada pelos pais ou seus substitutos na infância, que entra no lugar da emoção autêntica ignorada ou proibida por estes. Os disfarces são aprendidos pois foi assim necessário para que a criança se adaptasse ao próprio ambiente familiar. Kertész (1987) ainda afirma que a percepção e possibilidade de expressar as emoções do indivíduo é proveniente das normas conscientes ou inconscientes da família. Segundo o mesmo autor, a proibição do sentimento de raiva pode resultar no disfarce de culpa e a proibição da tristeza em falsa alegria ou ansiedade. Embora os conceitos desses autores não tenham sido utilizados na literatura do *coping*, percebe-se sua relevância para compreender a expressão emocional de crianças e adolescentes e o papel de corretores dos pais e cuidadores. Ademais, num estudo posterior, Pertence e Kohlsdorf



(2020), demonstraram que a expressão emocional familiar está relacionada às estratégias de enfrentamento e resiliência.

Ao longo do tempo, a abordagem da Análise Transacional (AT) tem se mostrado eficaz: Vos & Van Rijn, B. (2022), encontraram evidências de maior efetividade da AT com filhos e suas famílias quando se tem avaliação psicológica sistemática. Seow, Wu, Mohan, *et al.* (2022) mostraram o efeito de treinamento de inteligência emocional em graduandos profissionais de saúde. Igualmente, Falk & Zwierewicz (2021) demonstraram a ampliação do nível de consciência emocional, especificamente no que tange à expansão dos níveis de empatia e interatividade, após curso de Análise Transacional em docentes.

A partir dos aspectos envolvendo a importância de investigações na área de *coping* infanto-juvenil no contexto da saúde, esse estudo objetivou descrever e comparar o *coping* de crianças e adolescentes hospitalizados a partir dos instrumentos *Kidcope* e COPHAT-CA, bem como apontar possíveis atuações do psicólogo pediátrico no contexto hospitalar.

## **Método**

Foi desenvolvido um estudo exploratório quantitativo, com uma amostra de conveniência e intencional.

### **Participantes**

Participaram 154 crianças e adolescentes, com idade entre 6 e 14 anos ( $M = 10,5$  anos;  $DP = 2,37$ ), hospitalizados em três hospitais universitários de três Estados - Hospital 1: 60%, Hospital 2: 25% e Hospital 3: 15%. A maioria era do sexo feminino ( $n = 82$ ; 53,2%).

Os critérios de inclusão para composição da amostra foram: a) crianças e adolescente entre seis e 14 anos; b) estar internado em um dos três hospitais participantes há mais de 24 h; c) compreensão e linguagem suficientemente desenvolvidas para responder às perguntas do estudo; d) criança/adolescente e seus responsáveis com estado de saúde estável, incluindo estar consciente e lúcido para responder aos instrumentos. Os critérios de exclusão envolveram: a) participantes que não responderam todos os itens da escala; b) crianças e/ou responsáveis ou pais que porventura desistiram de participar do estudo. No total, foram entrevistados 158 crianças e seus responsáveis, sendo excluídos quatro por não responderem todos os itens dos instrumentos.

### **Instrumentos**

Foram utilizados duas escalas descritas a seguir:

*Kidcope* - É uma escala breve, composta por 18 itens, e de fácil aplicação, fundamental,

por facilitar a compreensão do processo natural e espontâneo de *coping*, possibilitando a construção e utilização de estratégias de intervenção úteis perante os estressores.

COPHAT-CA - O instrumento é composto por 32 itens e foi organizado em torno de quatro fatores: Fator 1- Compreensão da Doença; Fator 2- Internação; Fator 3- Procedimentos e Efeitos Colaterais do tratamento; Fator 4- Expectativa de Retorno à Escola.

### **Procedimentos**

Os dados foram coletados individualmente por alunos de Psicologia previamente treinados na aplicação dos instrumentos e pelos pesquisadores. A aplicação durou cerca de 30 minutos, em média.

Para 131 participantes da amostra total de 154, iniciou-se a avaliação com o instrumento COPHAT-CA e logo após foi aplicado o *Kidcope*. O restante da amostra, 23 participantes, teve a ordem de aplicação invertida, sendo que primeiro foi aplicado o *Kidcope* e depois o COPHAT-CA.

A aplicação da COPHAT-CA iniciou-se com a seguinte frase: — “*Aqui estão umas caretas de sentimentos. Você consegue identificar quais sentimentos são?*”. Se a criança não definir como alegria, raiva, medo e tristeza, discute-se com a criança até verificar se ela consegue reconhecer os sentimentos. Em seguida, foi apresentada a folha do termômetro, material introdutório incluso na COPHAT-CA. A pesquisadora perguntou ao participante se sabia o que era. Se a resposta fosse sim, perguntava-se qual a função do termômetro, explicando posteriormente que o termômetro iria medir o quanto as frases que fossem faladas aconteciam com ele durante a intenção. A medição do termômetro é de 0 a 4 (nunca, quase nunca, às vezes, quase sempre e sempre). Caso a criança ou adolescente não reconhecesse o termômetro, a pesquisadora explicava o que era.

Para o *Kidcope*, iniciou-se a aplicação com a pergunta do próprio instrumento: “*Eu estou pesquisando sobre como crianças e adolescentes enfrentam a hospitalização. Como tem sido para você?*” Em seguida, a pesquisadora registrava a resposta na folha de resposta. Após isso, o participante assinalava o quanto a situação de internação lhe deixou com raiva, ansioso e triste. Por último, foram perguntados se os participantes fizeram os 15 itens da escala e independentemente de ter feito ou não (previamente autorizada pelo autor da escala), foi lhe perguntado o quanto lhe ajudou.

### **Análise dos Dados**

Após a coleta de dados, as respostas foram organizadas em uma planilha Excel e foram

feitas análises sociodemográficas, frequência, média e desvio padrão de itens dos questionários COPHA- CA e *Kidcope* e de comparação de resultados de outros estudos que utilizaram o *Kidcope*.

### **Aspectos Éticos**

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética dos três locais, onde foram coletados a saber: parecer nº. 2.678.158, parecer nº. 2.642.232 e parecer nº 2.312.692. Todos os participantes e seus responsáveis assinaram os termos de participação em pesquisa.

## **Resultados e Discussão**

### **Características sociodemográficas**

Foram consideradas as respostas de 154 crianças e adolescentes, a maioria do sexo feminino ( $n = 82$ ), os quais estavam hospitalizados há 2,3 dias em média ( $DP = 0,83$ ). As internações ocorreram principalmente por doença aguda (55%), como apendicite e pneumonia e por doenças crônicas (32%), como diabetes, câncer e anemia falciforme, estando 12% em investigação de sintomas clínicos. O tempo médio de diagnóstico das doenças foi de 988,1 dias (aproximadamente 2 anos e 7 meses;  $DP = 1.320,05$  dias), mostrando a grande variabilidade da amostra, considerando que havia patologias crônicas, algumas cujo tempo de diagnóstico é idêntico à idade da criança, e também de doenças agudas, com diagnóstico recente. O número médio de internações da amostra foi de 4,4 dias ( $DP = 6,34$ )

A maioria dos cuidadores ou responsáveis tinham renda familiar entre dois e cinco SM (48%), 25% recebiam até 2 SM, 13% recebiam um SM e 8% de cinco a seis SM (SM de 2020 = R\$1.045,00). Quanto ao estado civil, 34% dos pais e/ou responsáveis referiram ser casados, 25% amasiados, 30% divorciados ou separados, 7% solteiros, 3% viúvos e 1% não soube informar. Os entrevistados informaram professar a católica (50%), evangélica (43%) e espírita (1%), 2% afirmaram ter outra religião, 3% afirmaram ser ateu ou não praticar nenhuma religião e 1% não informou.

### **Dados dos Instrumentos**

Segundo o *Kidcope*, as estratégias de enfrentamento mais utilizadas na amostra deste estudo foram do tipo Ativo e de Evitação, Suporte Social e Pensamento Mágico, empatadas

com relato de uso de 136 dos participantes. Em seguida, as estratégias mais relatadas foram regulação emocional, distração, reestruturação cognitiva e resolução de problemas. As estratégias de *coping* negativo foram as menos utilizadas. Culpar os outros, por exemplo, teve o menor índice de utilização (n = 13). A estratégia de Autocrítica também só teve seu uso relatado por 34 crianças. Dentre as estratégias de enfrentamento negativo, a resignação é a mais frequente (n = 50), respondida por 32,5% da amostra (Tabela 1).

**Tabela 1**

Estratégias de enfrentamento da hospitalização de crianças e adolescentes segundo o Kidcope (N = 154)

| Tipo de Enfrentamento                    | Tipo de Estratégia de Enfrentamento Adotada pela Criança | Frequência |       |
|--|--|------------|-------|
|  |  | Sim (1)    | %     |
| Estratégias de Enfrentamento de Evitação | Distração  | 131        | 85,1% |
|  | Isolamento Social  | 79         | 51,3% |
|  | Pensamento Mágico  | 136        | 88,3% |
|  | Resignação   | 50         | 32,5% |
| Estratégias de Enfrentamento Negativo    | Autocrítica  | 34         | 22%   |
|  | Culpar os outros   | 13         | 8,4%  |
|  | Reestruturação Cognitiva                                 | 130        | 84,4% |
| Estratégias de Enfrentamento Ativo       | Resolução de Problemas                                   | 112        | 72,7% |
|  | Regulação Emocional                                      | 135        | 87,7% |
|  | Suporte Social   | 136        | 88,3% |

Pensamento Mágico e Suporte Social foram as estratégias mais relatadas, empatando com 88,3% de frequência. A Regulação Emocional (87,8%), terceira estratégia mais relatada no presente estudo, foi encontrada em apenas em 5 dos outros 7 (Cardoso, 2010; Lima, Barros & Enumo, 2014; Pereira, 2017; Bastos, Dias, & Enumo, 2018; Oliveira & Gameiro, 2021). De forma geral, as estratégias mais utilizadas no presente estudo coincidem com as mais relatadas em outros estudos, destacando-se maior uso de estratégias de enfrentamento ativo e de coping evitativo.

**Tabela 2**

Percepção de autoeficácia no coping da hospitalização segundo o *Kidcope* (n = 154)

| Perguntas<br><i>Kidcope</i>   | Frequência | Autoeficácia |              |              | Frequência | Autoeficácia |              |              |
|---|------------|--------------|--------------|--------------|------------|--------------|--------------|--------------|
|   | Sim        | Não ajudou   | Ajudou pouco | Ajudou muito | Sim        | Não ajudou   | Ajudou pouco | Ajudou muito |
| 1. Eu apenas tentei esquecer isso                                       | 87         | 26           | 35           | 26           | 67         | 21           | 22           | 24           |
| 2. Eu fiz alguma coisa como assistir TV ou jogar um jogo para esquecer. | 37         | 24           | 8            | 5            | 117        | 15           | 34           | 68           |
| 3. Eu fiquei sozinho.   | 129        | 11           | 27           | 91           | 25         | 12           | 4            | 9            |
| 4. Eu fiquei sem falar sobre o problema.                                | 88         | 20           | 34           | 34           | 66         | 19           | 28           | 19           |
| 5. Eu tentei ver o lado bom das coisas.                                 | 24         | 13           | 4            | 7            | 130        | 14           | 37           | 79           |
| 6. Eu me culpei por causar o problema.                                  | 120        | 20           | 30           | 70           | 34         | 29           | 0            | 5            |
| 7. Eu culpei outra pessoa por causar o problema.                        | 141        | 34           | 37           | 69           | 13         | 8            | 2            | 3            |

|  |    |    |    |    |     |    |    |     |
|--|----|----|----|----|-----|----|----|-----|
| 8. Eu tentei resolver o problema pensando em soluções.                                 | 76 | 44 | 19 | 12 | 78  | 12 | 29 | 37  |
| 9. Eu tentei resolver o problema fazendo algo ou falando com alguém.                   | 60 | 36 | 14 | 9  | 94  | 6  | 33 | 55  |
| 10. Eu reclamei, gritei ou fiquei com raiva.   | 90 | 19 | 26 | 45 | 64  | 45 | 10 | 9   |
| 11. Eu tentei me acalmar.  | 26 | 12 | 5  | 9  | 128 | 9  | 28 | 91  |
| 12. Eu desejei que o problema nunca tivesse acontecido.                                | 44 | 15 | 14 | 15 | 110 | 37 | 27 | 46  |
| 13. Eu desejei que eu pudesse tornar as coisas diferentes.                             | 53 | 22 | 19 | 12 | 101 | 21 | 34 | 46  |
| 14. Eu tentei me sentir melhor, passando algum tempo com a família, adultos ou amigos. | 18 | 9  | 6  | 3  | 136 | 4  | 16 | 116 |

|   |     |    |    |    |    |    |    |    |
|---|-----|----|----|----|----|----|----|----|
| 15. Eu fiquei sem fazer nada porque o problema não poderia ser resolvido. | 104 | 20 | 24 | 60 | 50 | 25 | 14 | 11 |
|---|-----|----|----|----|----|----|----|----|

Diferente dos outros estudos, o presente estudo visou verificar a realização de cada estratégia, independente do uso da mesma ser afirmativo ou negativo e a percepção da autoeficácia de cada, nos demais foi somente avaliada a eficácia quando a estratégia era utilizada. Optou-se por apresentar os dados da autoeficácia pela compreensão de que se faz relevante compreender não somente se as estratégias são utilizadas, mas também se elas são tidas como eficazes, possibilitando tanto a proposição de intervenções mais assertivas quanto a problematização sobre o grau de compreensão das crianças e adolescentes diante das perguntas feitas.

Quanto às estratégias de Regulação Emocional, conforme consta na Tabela 2, obteve-se menor frequência relatada de Externalização, medida no item 10 do *Kidcope* (n = 64 ocorrências), quando comparada ao item 11 que mede a Regulação Emocional de Internalização (n = 128 relatos).

As estratégias de *coping* negativo, que incluem autocrítica (culpar-se) e culpar os outros, foram as menos relatadas. Culpar os outros foi a EE mais citada como não realizada (n = 140), porém os participantes se diferenciam quanto a eficácia disso entre não ajudou (n = 34), ajudou um pouco (n = 37) e ajudou muito (69). Por sua vez, se culpar foi assinalado como não realizado por 120 crianças adolescentes, se diferenciando novamente entre não ajudou (20), ajudou um pouco (30) e ajudou muito (n = 70) (Tabela 2). Percebe-se com isso que cerca de 22% dos participantes achavam que o ato de não culpar os outros não ajudou, enquanto 13% consideraram que não se culpar também não ajudou.

Reclamar, gritar ou ficar com raiva foi uma estratégia relatada como não utilizada por um pouco mais da metade dos participantes (90) e isso em termos de eficácia oscilou entre não ajudou (n = 19), ajudou um pouco (26) e ajudou muito (45), entre os que a utilizaram (64) a eficácia oscilou um pouco menos entre não ajudou (45), ajudou um pouco (10) e ajudou muito (9). Respostas semelhantes ocorreram com três outras perguntas: Ficar sem falar sobre o

problema (item 4), Tentar resolver o problema pensando em soluções (item 8) e Tentar resolver o problema fazendo algo ou falando com alguém (item 9).

Ficar sem falar sobre o problema foi citado como não feito por pouco mais da metade (88) e isso em termos de eficácia oscilou entre não ajudou (20), ajudou um pouco (34) e ajudou muito (34) e utilizada por um pouco menos da metade das crianças e adolescentes (66), cujos dados oscilaram entre não ajudou (19), ajudou um pouco (28) e ajudou muito (19). A frequência de utilização quase se iguala em tentar resolver e não tentar resolver o problema pensando em soluções sendo (76) afirmaram não tentar e isso em termos de eficácia oscilou entre não ajudou (44), ajudou um pouco (19) e ajudou muito (12) enquanto 78 tentou resolver oscilando entre afirmações de não ajudou (12), ajudou um pouco (29) e ajudou muito (37). Não tentar resolver o problema fazendo algo ou falando com alguém foi citado por 60 participantes e isso não ajudou (36), ajudou um pouco (14) e ajudou muito (9), enquanto 94 participantes tentaram resolver, e desses, afirmaram que isso não ajudou (6), ajudou um pouco (33) e ajudou muito (55) (Tabela 2).

É necessário ainda investigar o que motiva a utilização ou não das estratégias que avaliam a Resolução de Problemas, que foi a sexta estratégia mais utilizada no presente estudo (112): Ficar sem falar sobre o problema, Tentar resolver o problema pensando em soluções e Tentar resolver o problema fazendo algo ou falando com alguém. Após a aplicação do *Kidcope*, pode ser útil revisar as respostas com a criança e/ou adolescente para verificar de que forma isolar-se é benéfico e qual foi a ação que tentaram fazer para resolver e que julgaram não ter sucesso, concluindo que a estratégia não foi eficaz. Pensando em termos de intervenção, essa compreensão se faz fundamental.

Entre a amostra, 129 afirmaram que não ficaram sós, conferindo a essa ação grande eficácia, com 91 afirmando que ajudou muito, 27 que ajudou pouco e 11 não ajudou. A alta eficácia conferida a não estar só demonstra um efeito do apoio social.

Tentar me sentir melhor foi a estratégia mais citada (136) e a maioria afirmou que isso ajudou muito (116), seguido de ver o lado bom das coisas (130) sendo que um pouco mais da metade disse que isso ajudou muito (79). Tentar se acalmar foi citado por 128 participantes, com a maioria (91) afirmando que isso lhe ajudou muito. Aqui, caberia também investigar junto aos participantes o que significa para eles a estratégia ter ou não ajudado, de forma a identificar quais critérios a criança ou adolescente utiliza para avaliar o êxito de determinada estratégia de enfrentamento.



Esse raciocínio também é válido para o item 10, no qual 90 participantes afirmaram que reclamaram, gritaram ou ficaram com raiva. Desses 90, a metade afirmou que ajudou muito, porém quando analisados os 64 que não utilizaram essa estratégia, mais da metade afirmou que não ajudou (45). Isso pode sugerir que seria benéfico aos pacientes que responderam que não ajudou a reflexão de que a expressão adequada da raiva poderia ser benéfica, pois é uma emoção básica, conforme postula Kertész (1987), que ainda pontua que sentir culpa é uma emoção substitutiva de uma emoção básica, tal como raiva. Sendo assim, podemos questionar se quem respondeu que sentir a raiva não ajudou (19) poderia ter essa percepção devido a algum motivo subjetivo, como ter sido repreendido em alguma ocasião anterior por manifestar tal emoção, e assim aprendeu a negar o sentimento de raiva tal como a utilidade de sua expressão, podendo inclusive apresentar alguma emoção substitutiva, como a culpa, para sustentar esse aprendizado.

Na comparação entre as perguntas que avaliam a Regulação Emocional (itens 10 e 11), coincidem os dados do presente estudo com os de Carona et al. (2014) quanto ao fato da estratégia de externalização ser menos utilizada que a de internalização. No entanto, no estudo de Carona *et al.* (2014) essa estratégia aparece como uma das menos utilizadas entre crianças e adolescentes, enquanto temos em nossos dados a estratégia de Regulação Emocional em terceira posição como estratégia mais utilizada, com frequência de 135 (87,7%).

### **Tabela 3**

#### *Sentimentos frente à hospitalização no Kidcope (N =154)*

|                   | Essa situação te deixou com raiva? | Essa situação te deixou triste? | Essa situação te deixou ansioso(a)? |
|-------------------|------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
|                   | <i>f</i> (%)                       | <i>f</i> (%)                    | <i>f</i> (%)                        |
| Nem um pouco (0)  | 96 (62)                            | 66 (43)                         | 59 (38)                             |
| Um pouco (1)      | 21 (14)                            | 19 (12)                         | 30 (19)                             |
| Mais ou menos (2) | 11 (7)                             | 27 (18)                         | 17 (11)                             |
| Muito (3)         | 10 (6)                             | 22 (14)                         | 22 (14)                             |
| Muitíssimo (4)    | 16 (10)                            | 20 (13)                         | 26 (17)                             |
| Total             | 154 (100)                          | 154 (100)                       | 154 (100)                           |

Na Tabela 3 estão descritas as frequências de respostas das três primeiras questões do *Kidcope* relacionadas a raiva, tristeza e ansiedade (n=154). A raiva foi expressada como nenhum pouco (62%), seguida de tristeza (43%) e ansiedade (38%). Esses são dados intrigantes, uma vez que as crianças/adolescentes demonstram esses sentimentos frente aos procedimentos (Chiattonne, 1988) e na prática hospitalar é visto birra, choro e medo frente punções, coleta de sangue etc. É possível que ao responder a pergunta geral sobre sentimentos frente a internação, o participante não inclui cognitivamente esses procedimentos. Esse estudo também difere com o de Perreira (2017), no qual a autora encontrou menos participantes que relataram não sentir nenhum pouco de raiva e afirmaram se sentir muitíssimo triste. Porém, há semelhança entre os dados de relato de nenhum pouco de ansiedade em relação à situação. Vale ressaltar que no estudo de Pereira (2017) foi utilizado o termo nervoso, enquanto optamos por ansioso, uma vez que o termo nervoso tem duas conotações em português: raivoso e ansioso. Os estressores estudados pela autora foram variados, trazendo limitações para comparação. Bastos et al. (2018), Lima (2009) e Cardoso (2010) não forneceram dados desta parte do questionário para publicação.

Quando comparados as médias desses três sentimentos: raiva, tristeza e ansiedade com os outros dois estudos (Carona et al. 2014; Oliveira e Gameiro, 2021), todas do presente estudo foram mais baixas: raiva 0.95 (DP=1.44), tristeza 1,44 (DP = 1.16) e ansiedade 1.55 (DP = 1,57). Uma possibilidade é que a pergunta sobre a hospitalização é mais generalizada do que um estressor específico quanto a queda do cabelo. Assim pode ser que a criança não tenha raiva de ficar internada, mas pode ser que tenha raiva de estressores mais pontuais como ser punccionada, perder cabelo, etc.

Na Tabela 4, estão descritas a frequência e porcentagem das respostas aos itens 2, 7, 27 e 33 do COPHAT-CA, os quais correspondem ao fator sentimento frente à hospitalização.

**Tabela**

**4**

*Sentimentos frente à hospitalização no COPHAT-CA (N =154)*

---

|                  | 2. Eu fico preocupado(a) quando fico sabendo que vou ser internado(a). | 7. Eu tenho raiva de ficar internado(a). | 27. Eu fico triste de ficar internado(a). | 33. Eu fico com medo por estar internado(a). |
|------------------|--|--|---|--|
|                  | <i>f</i> (%)   | <i>f</i> (%)                             | <i>f</i> (%)                              | <i>f</i> (%)                                 |
| Nunca (0)        | 35 (23)  | 67 (44)                                  | 51 (33)                                   | 78 (51)                                      |
| Quase nunca (1)  | 9 (6)  | 14 (9)                                   | 22 (14)                                   | 19 (12)                                      |
| Às vezes (2)     | 31 (20)  | 19 (12)                                  | 16 (10)                                   | 21 (14)                                      |
| Quase sempre (3) | 24 (16)  | 15 (10)                                  | 18 (12)                                   | 12 (8)                                       |
| Sempre (4)       | 55 (36)  | 39 (25)                                  | 47 (31)                                   | 24 (16)                                      |
| Total            | 154 (100)  | 154 (100)                                | 154 (100)                                 | 154 (100)                                    |

Comparando dados obtidos pelo *Kidcope* e aqueles advindos do COPHAT-CA em relação a expressão dos sentimentos, percebe-se divergência, uma vez que se observa que 62% relataram sentir nenhum pouco de raiva em relação a internação no *Kidcope*, enquanto 44% respondem ao COPHAT-CA que nunca sentem raiva. Assim, as escalas que deveriam interrogar sobre um mesmo aspecto aparecem com divergência de 18% neste tópico. Há também um aumento no relato de tristeza: no *Kidcope*, 43% dos entrevistados relatam não sentir nem um pouco de tristeza, enquanto no COPHAT-CA apenas 33% afirmam nunca sentir tristeza. Enquanto 38% relataram estar nenhum pouco ansiosos no *Kidcope*, 51% relataram no COPHAT-CA estar com medo por estar internado. Aqui essa diferença pode ser justificada pela diferença semântica entre as perguntas que interrogam sobre estar ansioso no *Kidcope* e com medo no COPHAT-CA. Retomando a Análise Transacional como intercessora da análise de resultados, de forma a provocar reflexões na interpretação dos dados, tem-se a ansiedade como emoção disfarce do sentimento autêntico de medo.

Quando comparamos os escores alcançados no *Kidcope* e no COPHAT-CA entre toda a amostra (n=154), chama a atenção que nos índices de Tristeza e Raiva. Há menos crianças que afirmam não sentir nunca esses sentimentos no COPHAT-CA do que afirmam que não sentem nenhum pouco no *Kidcope*. Quanto ao índice de Ansiedade do *Kidcope*, e o Preocupado do COPHAT-CA, apesar de não ter correspondência direta, ao comparar a frequência de

respostas negativas temos a manutenção da tendência de escores mais altos no COPHAT-CA. Lembrando que o medo, avaliado pelo COPHAT-CA, não é avaliado pelo *Kidcope*, o que impossibilita a comparação.

Essa ocorrência pode sugerir respostas sobre a influência dos fatores de ordem de aplicação, tendo em vista que parte da amostra (n = 131), que aqui será chamada de Grupo 1, teve aplicado primeiramente o COPHAT-CA e depois do *Kidcope*, enquanto o Grupo 2 (n = 23), teve a ordem de aplicação invertida. Esses dados podem propiciar a criação de hipóteses quanto à expressão emocional dos participantes e o conseqüente potencial terapêutico da aplicação dos questionários, visto que se estimula a conversação sobre o evento estressor e suas reverberações emocionais e propicia ambiente acolhedor e seguro para pensar e falar sobre o assunto. Isso poderia justificar a maior expressão emocional dos participantes no segundo questionário a ser aplicado, levando em consideração que o participante já teria refletido e formulado suas primeiras impressões sobre o entrevistador e iniciado a reflexão sobre o tema durante a aplicação do primeiro instrumento.

**Tabela 5**

Sentimentos frente à hospitalização no *Kidcope* do Grupo 1 (n = 131) e Grupo 2 (n = 23)

|                  | Essa situação te deixou com raiva? |                    | Essa situação te deixou triste? |                    | Essa situação te deixou ansioso(a)? |                    |
|------------------|------------------------------------|--------------------|---------------------------------|--------------------|-------------------------------------|--------------------|
|                  | G1<br><i>f</i> (%)                 | G2<br><i>f</i> (%) | G1<br><i>f</i> (%)              | G2<br><i>f</i> (%) | G1<br><i>f</i> (%)                  | G2<br><i>f</i> (%) |
| Nem um pouco (0) | 83 (63)                            | 13 (57)            | 56 (43)                         | 10 (43)            | 51 (39)                             | 8 (35)             |

|                   |              |          |              |          |              |          |
|-------------------|--------------|----------|--------------|----------|--------------|----------|
| Um pouco (1)      | 15 (11)      | 6 (26)   | 16 (12)      | 3 (13)   | 27 (21)      | 3 (13)   |
| Mais ou menos (2) | 9 (7)        | 2 (9)    | 20 (15)      | 7 (30)   | 15 (11)      | 2 (9)    |
| Muito (3)         | 9 (7)        | 1 (4)    | 20 (15)      | 2 (9)    | 16 (12)      | 6 (26)   |
| Muitíssimo (4)    | 15 (11)      | 1 (4)    | 19 (15)      | 1 (4)    | 22 (17)      | 4 (17)   |
| Total:            | 131<br>(100) | 23 (100) | 131<br>(100) | 23 (100) | 131<br>(100) | 23 (100) |

Nas tabelas 5 e 6, estão descritos os sentimentos frente à hospitalização dos dois grupos de amostras, sendo o grupo 1 composto por 131 pessoas onde o instrumento COPHAT-CA foi aplicado antes do *Kidcope* e o grupo 2 composto por 23 pessoas, no qual a ordem de aplicação foi invertida. Apesar da grande diferença no tamanho das amostras dos Grupos 1 e 2, optou-se por realizar tal análise a fim de buscar maior compreensão da divergência encontrada entre o relato de sentimentos do grupo geral, conforme discutido sobre as tabelas 3 e 4.

**Tabela 6**

Sentimentos frente à hospitalização no COPHAT-CA do Grupo 1 (n = 131) e Grupo 2 (n = 23)

|                 | i2. Eu fico preocupado(a) quando fico sabendo que vou ser internado(a). |                    | i7. Eu tenho raiva de ficar internado(a). |                    | i27. Eu fico triste de ficar internado(a). |                    | i33. Eu fico com medo por estar internado(a). |                    |
|-----------------|---|--------------------|---|--------------------|--|--------------------|---|--------------------|
|                 | G1<br><i>f</i> (%)  | G2<br><i>f</i> (%) | G1<br><i>f</i> (%)                        | G2<br><i>f</i> (%) | G1<br><i>f</i> (%)                         | G2<br><i>f</i> (%) | G1<br><i>f</i> (%)                            | G2<br><i>f</i> (%) |
| Nunca (0)       | 29<br>(22)  | 6 (26)             | 54<br>(41)                                | 13<br>(57)         | 39<br>(30)                                 | 12<br>(52)         | 64<br>(49)                                    | 14<br>(61)         |
| Quase nunca (1) | 8<br>(6)  | 1 (4)              | 11 (8)                                    | 3 (13)             | 16<br>(12)                                 | 6 (26)             | 15<br>(11)                                    | 4 (17)             |
| Às vezes (2)    | 27<br>(21)  | 4 (17)             | 17<br>(13)                                | 2 (9)              | 15<br>(11)                                 | 1 (4)              | 16<br>(12)                                    | 5 (22)             |

|                  |              |             |              |             |              |             |              |             |
|------------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|
| Quase sempre (3) | 20<br>(15)   | 4 (17)      | 14<br>(11)   | 1 (4)       | 16<br>(12)   | 2 (9)       | 12 (9)       | 0 (0)       |
| Sempre (4)       | 47<br>(16)   | 8 (35)      | 35<br>(27)   | 4 (17)      | 45<br>(34)   | 2 (9)       | 24<br>(18)   | 0 (0)       |
| Total:           | 131<br>(100) | 23<br>(100) | 131<br>(100) | 23<br>(100) | 131<br>(100) | 23<br>(100) | 131<br>(100) | 23<br>(100) |

Conforme descrito nas Tabelas 5 e 6, no primeiro grupo, com 131 participantes (85% da amostra), houve manutenção do padrão observado na análise de toda a amostra, ou seja, o *Kidcope* obteve escores mais baixos de tristeza quando comparado ao COPHAT-CA: no *Kidcope* temos 63% relatando sentir nenhum pouco de raiva e 43% afirmando nenhum pouco de tristeza, contra 41% que referem nunca sentir raiva no COPHAT-CA e 30% afirmam que nunca sentem tristeza no mesmo instrumento. Assim, pode invalidar a hipótese da influência da ordem de aplicação na expressão emocional dos participantes, visto que o segundo questionário a ser aplicado (*Kidcope*) tem escores menores quando comparados ao COPHAT-CA. Entretanto, seria válida a aplicação de mais questionários aplicados no inverso para verificar a questão do *cross-over*.

Quanto aos dados do G2 (n = 23), representando 15% da amostra total, percebe-se que o segundo questionário a ser aplicado, o COPHAT-CA, teve mais participantes dizendo nunca sentir tristeza (52%) do que no *Kidcope* que (43%) referiram sentir nenhum pouco de tristeza, assim, confirma-se a tendência da amostra geral de maior expressão emocional no COPHAT-

CA. No entanto, no que diz respeito a raiva, em ambos os questionários se obteve 57% de respostas para as frequências “nenhum pouco” ou “nunca”, com a diferença de que no *Kidcope* apenas 4% relataram sentir muitíssima raiva, quando no COPHAT-CA 17% referem sempre sentir raiva, o que também demonstra maior expressão emocional no COPHAT-CA.

Esses dados podem indicar o potencial terapêutico do COPHAT-CA, pois em ambas as amostras, e na análise geral, houve maior expressão emocional neste instrumento do que no *Kidcope*. São necessários outros estudos para aplicar um maior número de questionários na ordem de aplicação do segundo grupo, a fim de checar a influência da ordem de aplicação e conferir o valor estatístico dos dados descritos. É importante considerar as diferenças entre os instrumentos, visto que o *Kidcope* contempla em seus itens perguntas amplas que podem avaliar vários estressores, conforme visto em Pereira (2017), enquanto o COPHAT-CA avalia especificamente os processos associados ao adoecimento, a hospitalização e o tratamento, que eram os estressores comuns aos participantes do presente estudo. Dada a capacidade de focalizar o estressor, consultando diversos pontos de vista emocionais sobre o mesmo, o instrumento pode facilitar a reflexão e a expressão emocional, à medida que convida a criança a pensar sobre suas emoções perante a situação estressora.

Embora haja semelhança numérica nos dois questionários, há diferenças semânticas entre as perguntas dos questionários, que por si só constituem um viés. Entretanto, levanta-se hipótese de que a própria aplicação do questionário, à medida que proporciona espaço seguro e instiga a criança a falar sobre seus sentimentos mediante a hospitalização, adoecimento e tratamento, possibilita maior contato do participante com suas emoções, o que demonstraria uma face do potencial terapêutico dos instrumentos avaliados e consequente diferença entre ambos.

Outra hipótese possível tanto nas respostas de sentimentos no *Kidcope* quanto do COPHAT-CA, é que crianças e adolescentes podem não expressar seus sentimentos por perceber que esses não serão acolhidos no ambiente familiar e assim manifestam disfarces (Berne, 1985; English, 1999). Esse disfarce pode ser também aplicado em outros contextos que provoquem essas respostas emocionais, como no ambiente hospitalar, com seus estressores.

## **Conclusão**

Os resultados obtidos permitem levantar hipóteses que ainda podem ser confirmadas, mediante outras análises estatísticas dos dados aqui descritos. Futuros estudos devem incluir a



validação convergente dos dois instrumentos bem como correlacionar respostas de pais em relação aos sentimentos de crianças.

Cabe pontuar que a comparação entre os diversos estudos que utilizam o *Kidcope* encontra alguns entraves, visto que não há um padrão para a publicação destes dados, o que reflete na disponibilidade de diferentes parâmetros, o que pode limitar as possibilidades de comparação, além da utilização de termos diferentes semanticamente.. Até o momento, é possível comparar a frequência das estratégias de enfrentamento com a maior parte dos autores que publicaram com o *Kidcope*. Porém, no que diz respeito a autoeficácia e a especificidade de cada item do questionário, encontramos limitações importantes. Para estabelecer uma associação entre o *coping* e regulação emocional é necessário que os pesquisadores relatem todos os dados obtidos do *Kidcope* e investiguem essa relação.

Caso as análises fossem compatíveis, teríamos dados para refletir, por exemplo, sobre a hipótese levantada neste estudo sobre o efeito terapêutico da aplicação dos instrumentos. Afinal, chama atenção que muitos participantes tenham dito que não falar sobre o problema ajudou, o que vale ser avaliado perante outros tipos de amostra, como crianças que não estejam internadas no momento da aplicação do questionário. Compreender o que ajuda e não ajuda além de capturar se a criança/adolescente está apresentando disfarces ao invés de expressar emoções autênticas é de igual importância para intervenção terapêutica.

No que diz respeito a comparação entre os instrumentos, há grande diferença entre os dois devido ao fato de que o COPHAT-CA focaliza como estressor o adoecimento, hospitalização e tratamento, enquanto o *Kidcope*, de maior espectro, pode avaliar diversos estressores, embora o estressor possa também ser delimitado, como no presente estudo. Importante seria comparar os dados aqui descritos com dados obtidos através de outros instrumentos que avaliam a hospitalização. Apesar disso, ambos os instrumentos podem ser considerados como metodologias adequadas à comunicação e compreensão da criança, sendo úteis tanto para investigação e pesquisa sobre o tema, quanto para fins clínicos.

Assim, o objetivo deste estudo foi parcialmente alcançado, pois apesar da necessidade de ampliação da amostra e análise estatística dos dados, a compreensão dos instrumentos e dos dados que eles produzem pode direcionar novos caminhos de pesquisa e ampliar a compreensão acerca da utilização das estratégias de *coping*, sua eficácia, assim como do uso dos instrumentos e seu potencial terapêutico, tanto pela sustentação de um espaço de escuta que possibilita o desenvolvimento de intervenções pontuais que atendam as demandas singulares das crianças que enfrentam este estressor, quanto sob o prisma da expressão emocional.

É importante dar seguimento a este estudo de forma a ampliar a compreensão dos dados, uma vez que além das necessidades já descritas, como ampliação da amostra, outros dados, como aqueles sociodemográficos e as respostas ao COPHAT-P não foram explorados à sua extensão e podem contribuir de forma significativa para formulação de hipóteses e continuidade no desenvolvimento de pesquisas sobre *coping*. Além disso, a análise dos instrumentos aqui trabalhados, contribui para a comunidade científica uma vez que disponibiliza outros índices, somando aos existentes, e no que diz respeito ao COPHAT-CA, apresenta à comunidade científica um instrumento para avaliação e intervenção clínica com o público infantil hospitalizado.

## Referências

Amaral, J. D. H. F. A. (2019). *Risco psicossocial familiar e coping da hospitalização em crianças e adolescentes: Avaliação e intervenção* (Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas). Recuperado de <http://tede.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br:8080/jspui/handle/tede/1213>

Amaral, J. D. H. F., & Enumo, S. R. F. (2019). PROCOPE-H: An intervention proposal in coping with hospitalization in children and adolescents. *Revista da SBPH*, 22(2), 109-127. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v22n2/v22n2a07.pdf>

Bastos, J. A. A., Dias, T. L., & Enumo, S. R. F. (2018). Problemas de comportamento, coping da hospitalização e qualidade de vida em crianças. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, 10(4), 1-18. <http://doi.org/10.3895/rbqv.v10n4.8112>

---

Berne, E. (1985). *Análise Transacional em Psicoterapia*. São Paulo: Summus Editorial.

Cardoso, C. M. P. (2010). *Estratégias de coping, bem-estar e adaptação nas crianças e adolescentes com cancro: estudo exploratório* (Tese de mestrado integrado em Psicologia, Universidade de Lisboa). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10451/2650>

Carona, C., Silva, N., Moreira, H., Barros, L., & Canavarro, C. (2014). Pediatric health-related stress, coping and quality of life. *Paediatrics Today*, 10(2), 112-128. <https://doi.org/10.5457/p2005-114.97>

- Chiattonne, H. B. C. (1988). A criança e a Hospitalização. In V. A. Angerami-Camon (Org.), *A Psicologia no Hospital* (pp. 40-132). São Paulo: Traço Editora.
- Compas, B. E., Jaser, S. S., Bettis, A. H., Watson, K. H., Gruhn, M. A., Dunbar, J. P., Williams, E., & Thigpen, J. C. (2017). Coping, emotion regulation, and psychopathology in childhood and adolescence: A meta-analysis and narrative review. *Psychological Bulletin*, *143*(9), 939–991. <https://doi.apa.org/doi/10.1037/bul0000110>
- Compas, B. E., Jaser, S. S., Bettis, A. H., Watson, K. H., Gruhn, M. A., Dunbar, J. P., Williams, E., & Thigpen, J. C. (2017). Coping, emotion regulation, and psychopathology in childhood and adolescence: A meta-analysis and narrative review. *Psychol Bull.* Sep;143(9):939-991. doi: 10.1037/bul0000110. Epub 2017 Jun 15. PMID: 28616996; PMCID: PMC7310319
- Dias, Ewerton Naves, & Pais-Ribeiro, José Luís. (2019). O modelo de coping de Folkman e Lazarus: aspectos históricos e conceituais. *Revista Psicologia e Saúde*, *11*(2), 55-66. <https://dx.doi.org/10.20435/pssa.v11i2.642>
- English, F. (1999). *Fator de Substituição*. In UNAT-BR, Prêmios Eric Berne, Belo Horizonte.
- Enumo, S. R.F., Oliveira, A.W. de., Beloodi, A.C., Motta, A.B (2019). Estresse-Coping em situação de adoecimento In *Psicologia da saúde e desenvolvimento na infância e adolescência: Pesquisas e reflexões*, edited by ;maria Aparecida Crepaldi; Sônia Regina Fiorim Enumo; Maria Beatriz Martins Linhares. e ed 1. Vol. 1, 99-136. Curitiba, PR: CRV
- Enumo, S. R.F., Motta, A.B., Linhares, M. B.M. (2018). Avaliação psicológica de crianças no contexto hospitalar: Contribuições da Psicologia Pediátrica In *Avaliação Psicológica Infantil*, edited by Manuela Ramos Caldas Lins, Monalisa Muniz e Lucila Moares Cardoso. e ed 1. Vol. 1, 401-429. São Paulo: Hogrefe
- Falk, M.L. R & Zwierewicz, M (2021). Compreensão, escuta e expressão das emoções de docentes de uma instituição de ensino técnico e superior do sul do Brasil: uma contribuição da Análise Transacional. *Research, Society and Development*, *10*(8), e48510817578. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i8.17578>
- Kertész, R. (1987). *Análise Transacional ao Vivo*. São Paulo: Summus Editorial.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lebre Dias, T., Ribeiro de Moraes, A., Marques Brito, T., Brunoro Motta, A., & Fiorim Enumo, S. R. (2023). Estresse da hospitalização e seu enfrentamento em crianças: 10.15343/0104-7809.202246551562P. *O Mundo Da Saúde*, *46*, 551–562. Recuperado de

<https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/1471>

Lima, A. S. 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, A. S. S. (2009) *Avaliação de Estratégias de Coping em crianças com cancro: estudo exploratório* (Tese de mestrado integrado em Psicologia, Universidade de Lisboa). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10451/2155>

Margis, R., Picon, P., Cosner, A. F., & Silveira, R. O. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25(suplemento 1), 65- 74. <http://doi.org/10.1590/S0101-81082003000400008>

Matos, M. B., Cruz, A. C. N., Dumith, S. C., Dias, N. C., Carret, R. B. P., & Quevedo, L. A. (2015). Eventos estressores na família e indicativos de problemas de saúde mental em crianças com idade escolar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(7), 2157-2163. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015207.17452014>

Menezes, L. F. de, Amador, D. D., Marchetti, M. A., Soldera, A. G. dos S., Mandetta, M. A., & Marques, F. R. B. (2023). Coping strategies used by children with cancer in chemotherapy treatment. *Ciência, Cuidado E Saúde*, 22. <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v22i0.66116>

Motta, A. B., & Enumo, S. R. F. (2004). Brincar no hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. *Psicologia em Estudo*, 9(1), 19-28. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722004000100004>

Oliveira, S. S. G., Dias, M. G. B. B., & Roazzi, A. (2003). O lúdico e suas implicações nas estratégias de regulação das emoções em crianças hospitalizadas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(1), 1-13. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722003000100003>

Oliveira, C. M., & Gameiro, M. (2021). Reações à queda do cabelo e estratégias de enfrentamento dos adolescentes com doença oncológica. *Revista de Enfermagem Referência*, 5 (5), 1–10. <https://doi.org/10.12707/RV20096>

---

Papalia, D. E., & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento Humano* (12ª edição). Porto Alegre: AMGH Editora Ltda.

Pereira, H. G. (2017). *Adaptação transcultural para o português (Brasil) do instrumento Kidcope* (Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte). Recuperado de <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/23530>

Pereira, H. G., Maia, R. S., Hazin, I. A., & Chaves, E. M. C. (2016). Adaptação transcultural para o português (Brasil) do Kidcope. *Liberabit*, 22(2), 209-218. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v22n2/a08v22n2.pdf>

Pertence, L. e Kohlsdorf, M. (2020). Resiliência Familiar no Processo de Hospitalização Infantil . *Perspectivas Em Psicologia*, 24(1). Recuperado de <https://seer.ufu.br/index.php/perspectivasem psicologia/article/view/58078>

---

Seow, H.Y., Wu, M.H.L., Mohan, M. *et al.* (2022). The effect of transactional analysis training on emotional intelligence in health professions students. *BMC Med Educ* 22, 383 . <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03455-y>

Silveira, K. A., Lima, V. L., & Paula, K. M. P. (2018). Estresse, dor e enfrentamento em crianças hospitalizadas: análise de relações com o estresse do familiar. *Revista da SBPH*, 21(2), 5-21. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v21n2/v21n2a02.pdf>

Spirito, A., Stark, L. J., & Williams, C. (1988). Development of a brief coping checklist for use with pediatric populations. *Journal of Pediatric Psychology*, 13(4), 555-574. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/13.4.555>

Vicente, S. R. C. R. M. (2017). Proposta de intervenção psicológica para melhorar as estratégias de enfrentamento da criança hospitalizada [Tese de doutorado não publicada]. Universidade Federal do Espírito Santo, ES.

Vos, J., & van Rijn, B. (2022). The Effectiveness of Transactional Analysis Treatments and Their Predictors: A Systematic Literature Review and Explorative Meta-Analysis. *Journal of Humanistic Psychology*, 0(0). <https://doi.org/10.1177/00221678221117111>

Zimmer-Gembeck, M. J., Lees, D., & Skinner, E. A. (2011). Children's emotions and coping with interpersonal stress as correlates of social competence. *Australian Journal of Psychology*, 63(3), 131–141. <https://doi.org/10.1111/j.1742-9536.2011.00019.x>

