



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**ESCALA DE COPING DA HOSPITALIZAÇÃO (COPE-H):
PROCESSO DE ADAPTAÇÃO**

DANIELE DE SOUZA GARIOLI

Vitória, ES

2016

DANIELE DE SOUZA GARIOLI

**ESCALA DE COPING DA HOSPITALIZAÇÃO (COPE-H):
PROCESSO DE ADAPTAÇÃO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em Psicologia, sob a orientação da Professora Doutora Sônia Regina Fiorim Enumo e co-orientação da Professora Doutora Alessandra Brunoro Motta Loss.

Universidade Federal do Espírito Santo

Vitória - ES, 2016

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

G232e Garioli, Daniele de Souza, 1984-
Escala de coping da hospitalização (COPE-H): Processo de adaptação : Processo de adaptação / Daniele de Souza Garioli. - 2016.
403 f. : il.

Orientadora: Sônia Regina Fiorim Enumo.
Coorientadora: Alessandra Brunoro Motta Loss.
Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais.

1. Psicologia. 2. Hospitalização. 3. Processo de Adaptação. 4. Escala Psicológica. I. Enumo, Sônia Regina Fiorim. II. Loss, Alessandra Brunoro Motta. III. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Humanas e Naturais. IV. Título.

CDU: 159.9

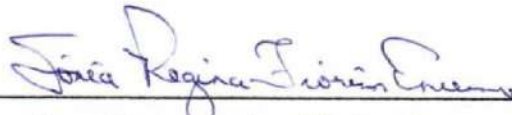
Escala de Coping da Hospitalização (COPE-H):

Processo de adaptação

DANIELE DE SOUZA GARIOLI

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutora em Psicologia.

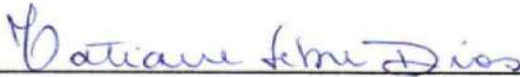
Aprovada em 31 de agosto de 2016, por:



Professora Doutora Sônia Regina Fiorim Enumo - Orientadora/UFES



Professora Doutora Alessandra Brunoro Motta Loss - co-orientadora/UFES.



Professora Doutora Tatiane Lebre Dias - UFMT



Professor Doutor Wagner de Lara Machado - PUC/Campinas



Professora Doutora Kely Maria Pereira de Paula - UFES



Doutora Kelly Ambrósio Silveira - UFES

DEDICATÓRIA

Este trabalho eu dedico...

A todas as crianças e familiares que participaram da coleta de dados e compartilharam comigo suas maiores angústias e emoções, e me ensinaram a ser feliz em qualquer situação, simplesmente pela alegria de estar vivo e lutar pela vida. Vocês estarão para sempre em meu coração! Obrigada!

AGRADECIMENTOS

A Deus, agradeço por tudo que tenho e tudo que sou, pois sem Ele nada posso; A Nossa Senhora por cuidar de mim em todos os momentos da minha vida;

Aos meus pais, mais uma vez, pelo amor incondicional, igual a esse eu sei que não existe, e por acreditar em meu trabalho me apoiando sempre com muita dedicação e torcida. Eu amo vocês;

À minha irmã, por me levar pela mão nos momentos que mais precisei, por torcer e vibrar por mim a cada conquista! Você é muito especial em minha vida...Obrigada por aguentar todos os momentos de desespero e angústia... Eu amo você;

Ao meu amor, por cuidar de mim, entender os momentos de ausência, e esperar sorrindo. Eu te amo!

À Professora Doutora Sônia Regina Fiorim Enumo, primeiramente pelo amor à pesquisa e por ter me acolhido no Doutorado, num momento que talvez eu ainda não estivesse pronta para isso. Você sempre foi grande incentivadora e exemplo para mim quanto profissional e também motivo de eu querer tanto chegar até aqui. Gostaria de ter sido mais, muito mais para você. Obrigada pelas orientações e por acreditar em mim sempre.

À Professora Doutora Alessandra Brunoro Motta Loss, inicialmente por ter me entregado o produto de anos de dedicação e amor: o AEH, confiando em mim e no meu trabalho. Obrigada por todos os puxões de orelha, por permitir que eu chegasse mais perto e conhecesse essa linda pessoa, que tanto admiro hoje. Obrigada pelo apoio e por todas as contribuições!

À Professora Doutora Kely Maria Pereira de Paula, primeiramente pela escolha durante a entrevista do meu primeiro projeto de pesquisa, e posteriormente na entrada para o Mestrado, realizando assim, um sonho...

A todos os professores da pós-graduação, em especial a Profa. Heloísa Moulin de Alencar, por todo amor e carinho que sempre dedicou e por despertar em mim a vontade de estudar o desenvolvimento infantil. Obrigada ainda, ao Prof. Sávio Silveira de Queiroz, que sempre despertou em mim a vontade de saber sempre mais! Aos professores Paulo Menandro e Maria Cristina Meira Menandro, por todos os momentos de trabalho e diversão em pesquisas desenvolvidas durante a graduação.

À Professora Doutora Tatiane Lebre Dias (UFMT) e à Professora Doutora Valeschka Martins (PPGP/UFES), pelas valiosas críticas e contribuições no Exame de Qualificação;

Ao Professor Doutor Wagner Machado, pela grande e valiosa ajuda no processamento e análise dos dados. Você é fantástico! Obrigada sempre e para sempre!

Às amigas do Grupo de Pesquisa Psicologia Pediátrica da UFES, pelos conhecimentos compartilhados, em especial à Doutora Christyne Gomes de Toledo, pela generosidade e pelo profissionalismo como neuropsicóloga (obrigada por me mostrar o caminho!) e professora universitária! Você sabe amiga querida, o quanto é importante em minha vida e em minha trajetória. Te amo! Obrigada por tudo! À irmã de mestrado e doutorado, Grace Rangel Felizardo Lorencini, por toda a ajuda e profissionalismo, e pelo carinho de sempre! Obrigada por compartilhar as angústias e alegrias dessa fase tão desafiadora, e ao mesmo tempo, tão bonita.

À minha amiga e irmã do coração, Ariadne Dettman Alves, que me acompanha desde o primeiro período do curso de graduação e que sonhou comigo o dia em que nos tornaríamos primeiro mestres e agora doutoras...Obrigada pelo carinho e por todos os momentos (inesquecíveis) que passamos juntas! Eu amo você!

À secretária da Pós-Graduação em Psicologia da UFES, Sra. Lúcia Maria Fajóli, por sua disponibilidade em ajudar, sua competência no que faz, pela alegria contagiante que já faz parte do PPGP. Obrigada pelo carinho e pela gentileza de sempre;

Ao CNPq, pelo apoio ao projeto de pesquisa, ao qual esta tese está vinculada;

Ao desenhista do AEH, Raul Nigro, pelo lindo trabalho! O AEH ficou sensacional! E ao Prof. Dr. Lucas de Francisco Carvalho pelas contribuições no processo de construção e validação de conteúdo dos itens.

Aos bolsistas Janine Oliveira do Nascimento, Ana Carolina Maffazoli, Guilherme Decotti, Bianca Almeida Correia e Larissa Esminder, pela disponibilidade e profissionalismo sempre!

Aos dirigentes do setor de Saúde Mental do Hospital Infantil Nossa senhora da Glória - Vitória/ES e Hospital Infantil Francisco de Assis em Cachoeiro de Itapemirim/ES; e aos profissionais das enfermarias, pela disponibilidade em ajudar sempre que era possível!

Aos pais das crianças hospitalizadas, pela confiança ao permitir a participação de seus filhos em um momento de contínua luta e esperança e por compartilhar suas vidas e mostrar que amor de mãe e pai não tem limites! E as crianças, pela espontaneidade, pelo carinho, pelo amor a vida, pelos momentos

de alegrias e tristezas compartilhados comigo e pela confiança! Obrigada, sem a participação de vocês, nada disso seria possível!

Garioli, Daniele de Souza (2016). *Escala de Coping da Hospitalização (COPE-H): Processo de adaptação*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, ES. 402 pp.

RESUMO

Há poucos estudos sobre como as crianças enfrentam o contexto hospitalar, especialmente pela falta de instrumentos de avaliação do *coping* da hospitalização. Esta medida tem sido feita no país e em Portugal, desde 2001, pelo *Instrumento de Avaliação da Estratégias de Enfrentamento da Hospitalização* (AEH), uma escala tipo *likert* com 20 cenas mostrando comportamentos facilitadores e não facilitadores da hospitalização. Este estudo teve por objetivo adaptar o AEH segundo a Teoria Motivacional do *Coping* e verificar suas evidências de validade. O *coping* é definido como regulação da ação sob estresse, em uma perspectiva desenvolvimentista. Foram elaborados os itens, compondo as duas versões de uma nova escala denominada *Coping da Hospitalização* (COPE-H e COPE-H-Cuidador), submetidas a cinco juízes para avaliação da pertinência da linguagem, prática e teórica. A versão final do COPE-H e COPE-H-Cuidador obteve 100% de concordância entre os juízes. Ficou composta por um caderno de aplicação (feminino e masculino), que contém 18 cenas coloridas representando respostas de *coping*, com 65 itens inseridos em cartões no formato de balões de pensamento, e um formulário de resposta e um de correção e interpretação. Participaram de um estudo-piloto 20 crianças e seus cuidadores. Compuseram a amostra 133 crianças de 6 a 12 anos e seus cuidadores, em dois hospitais de referência no atendimento infantil do Estado do Espírito Santo. As evidências de validade baseadas em variáveis externas foram obtidas com dois instrumentos: *Kidcope*, medindo o mesmo constructo, e o *Child Behavior Checklist* (CBCL- 6-18 anos) avaliando um constructo diferente, no caso, problemas de comportamento. A busca de validade baseada na consequência de testagem foi realizada através de entrevistas com 32 profissionais de saúde que atendiam essas crianças. A aplicação dos instrumentos seguiu os princípios éticos em pesquisa. A análise

fatorial sugeriu três fatores: 1) *Coping Mal Adaptativo da Hospitalização*, 2) *Coping Adaptativo da Hospitalização* e 3) *Coping de Desengajamento Involuntário e Voluntário da Hospitalização*, com alfa de Cronbach satisfatórios (0,69-0,98). Foi feita a normatização para esses três fatores, para idade, sexo e a população geral. O COPE-H-Cuidador não obteve evidências de validade de estrutura interna pela análise fatorial exploratória. A análise de redes de correlações mostrou: a) validade convergente entre o Fator 1 do COEP-H e a dimensão de *Coping Negativo* do Kidcope; e b) indicadores de validade discriminativa, com total divergência entre problemas de comportamento (CBCL) e o *coping*. Com relação às consequências de testagem, as entrevistas com os cuidadores mostraram diferenças comportamentais positivas em 76% das crianças após aplicação do COPE-H. A amostra apresentou uma prevalência de respostas de *coping* adaptativo (*assistir televisão, tomar remédio, conversar, sentir coragem e rezar/orar*) em relação às respostas mal adaptativas (*esconder-se e pensar em fugir*). O *coping* de desengajamento ocorreu principalmente em crianças mais novas. A análise de redes das variáveis mostrou 2 blocos: a) variáveis do CBCL (6-18 anos); e b) medidas de *coping* e os dados de caracterização e aspectos clínicos das crianças. Considera-se, assim, que o COPE-H apresenta propriedades psicométricas adequadas para ser aplicado em crianças de 6 a 12 anos, podendo fazer parte de protocolos de assistência à criança hospitalizada.

Palavras-Chave: *Coping*; Hospitalização; Avaliação psicológica; Validade do Teste.

Áreas de conhecimento: 7.07.00.00-1 Psicologia

Subárea(s) de conhecimento: 7.07.07.00-6 Psicologia do Desenvolvimento Humano; 7.07.01.03-2 Construção e Validade de Testes, Escalas e Outras Medidas Psicológicas.

Garioli, Daniele de Souza (2016). *Coping with Hospitalization Scale (COPE-H): Adaptation process*. Doctoral Thesis, Graduate Program in Psychology, Center for Humanities and Natural Sciences of the Federal University of Espirito Santo. Vitoria, ES, Brazil. 402 pp.

ABSTRACT

There are few studies on how children deal with the hospital setting, especially on the lack of evaluation instruments for coping with hospitalization. This measure has been taken in Brazil and Portugal since 2001, by the *Coping Strategies of Hospitalization Assessment (CSH)*, a likert scale with 20 scenes depicting facilitators and non-facilitators behaviors of hospitalization. This study aimed to adapt the CSH according to the Motivational Theory of Coping and check its validity evidences. Coping is defined as regulation of action under stress, in a developing perspective. The items were elaborated, making a new scale, named *Coping with Hospitalization (COPE-H)*, with two versions (COPE-H and COPE-H-Caregiver), submitted to five judges to evaluate the relevance of the language, practical and theoretical. The final version of the COPE-H and the COPE-H-Caregiver obtained an agreement of 100% between the judges. It was composed of an application booklet (for male and female) that contained 18 colorful scenes depicting coping responses, with 65 items inserted into cards in the form of thought balloons, a response form and a correction and interpretation one. Twenty children and their caregivers attended the pilot study. The sample was composed by 133 children aged 6 to 12 years old and their caregivers took part, in two child care referral hospitals from the state of Espirito Santo, Brazil. The validity evidences based on external variables were obtained with two instruments: the Kidcope, measuring the same construct and the Child Behavior Checklist (CBCL- 6-18 years old) evaluating a different construct, in this case, behavioral problems. The search for validity based on the result of the testing was carried out through interviews with 32 health professionals that were responsible for these children. The application of the instruments followed the research ethical principles.. Exploratory factor analysis suggested three factors: 1) *Maladaptive Coping with Hospitalization*, 2) *Adaptive Coping with Hospitalization*, and 3) *Involuntary and Voluntary Disengagement Coping with*

Hospitalization, with satisfactory Cronbach's alpha (0.69 to 0.98). The norms was made to these three factors, for age, sex and general population. The CHS-Caregiver did not obtain validity evidences of internal structure by the exploratory factor analysis. The correlation network analysis showed: a) convergent validity between Factor 1 of COPE-H and the Negative Coping dimension of Kidcope; and b) indicators of discriminative validity, with a total divergence between behavior problems (CBCL) and coping. Regarding the consequences of testing, interviews with caregivers showed positive behavioral changes in 76% of children after the application of the COPE-H. The sample presented prevalence of adaptive coping behaviors (*watching television, taking medicine, talking, feeling courage, and praying*) in relation to maladaptive coping behaviors (*hiding and thinking of escaping*). The disengagement coping occurred mainly in younger children. A network analysis of the variables showed two blocks: a) CBCL scales (6-18 years old); b) coping measures, characterization data and clinical features in children. It is considered therefore that the COPE-H presents psychometric properties suitable to be used on 6 to 12 year-old, and may be part of treatment protocols for hospitalized children.

Keywords: *Coping*; Hospitalization; Psychological Evaluation; Test Validity.

Garioli, Daniele de Souza (2016). *Coping de l'Hospitalisation (COPE-H): le processus d'adaptation*. Thèse de Doctorat, Programme d'Etudes Supérieures en Psychologie, Centre de Sciences Naturelles de l'Université Fédérale de Espirito Santo. Vitoria, ES, Brésil. 402 pp.

RÉSUMÉ

Il y a peu d'études sur la façon dont les enfants confrontent le milieu hospitalier, spécialement pour le manque d'outils d'évaluation du *coping* de l'hospitalisation. Cette mesure a été prise dans le Brésil et au Portugal depuis 2001, à travers de Le Instrument de Mesure des Stratégies Adaptatives des Enfants face à l'Hospitalisation (SAEH), une échelle *likert* avec 20 scènes illustrant les comportements facilitateurs et non facilitateurs d'hospitalisation. Cette étude visait à adapter le SAEH selon la Théorie de Motivation du *Coping* et de vérifier ses évidences de validité. Le *coping* est définie comme la régulation de l'action sous contrainte, dans une perspective de développement. Les articles ont été élaborés, en composant a nouvelle l'échelle intitulée *Échelle du Coping de l'Hospitalisation (COPE-H)*, con deux versions (COPE-H et COPE-H-Soignant), soumises à cinq juges pour évaluer la pertinence de la langue, pratique et théorique. La version finale du COPE-H et COPE-H-Soignant a obtenu 100% d'accord entre les juges. Il était composé d'un cahier d'application (pur mâle et femelle) qui contient 18 scènes colorées représentant des réponses de *coping*, avec 65 items insérés dans des cartes sous la forme de ballons de pensée, et une cahier de réponse et un de formulaire de correction et d'interprétation. Vingt enfants et leurs aidants ont participé à une étude-pilote. L'échantillon était composé de 133 enfants âgés de 6 à 12 ans et leur soignants ont participé dans deux hôpitaux de référence dans la prise en charge de soins pour les enfants de l'état d'Espirito Santo, Brésil. Les preuves de validité en fonction des variables externes ont été obtenus avec deux instruments: Kidcope, la mesure de la même construction et *Child Behavior Checklist (CBCL- 6-18 ans)* l'évaluation d'une construction différente, dans ce cas, les problèmes de comportement. La recherche de validité sur la base du résultat des tests a été réalisée au moyen d'entrevues avec 32 professionnels de la santé qui assistaient à ces enfants. L'application des instruments a suivi les principes

éthiques de la recherche. L'analyse factorielle a suggéré trois facteurs: 1) *Coping Mal adaptative à l'Hospitalisation*, 2) *Coping Adaptive à l'Hospitalisation* et 3) *Coping de Désengagement Involontaire et Volontaire*, avec alpha de Cronbach satisfaisante (0,69 à 0,98). La normalisation a été faite à ces trois facteurs pour l'âge, le sexe et la population général. Le COPE-H-Soignant n'a pas obtenu la preuve de validité de la structure interne par une analyse factorielle exploratoire. L'analyse de réseaux de corrélations a montré: a) la validité convergente entre le Facteur 1 du COPE-H et la taille du *Coping Négatif* du Kidcope; et b) les indicateurs de validité discriminative, avec une divergence totale entre les problèmes de comportement (CBCL) et le *coping*. En ce qui concerne les conséquences des essais, des entrevues avec les soignants ont montré des différences de comportement positifs chez 76 % des enfants après application du COPE-H. L'échantillon a montré une prévalence des adaptative *coping* (*regarder la télévision, prendre des médicaments, parler, sentir le courage et prier*) en ce qui concerne le coping maladaptative (se cacher et penser de s'en fuir). Le *coping* de désengagement s'est produit surtout chez les jeunes enfants. L'analyse des réseaux des variables a montré deux blocs : a) variables du CBCL (6-18 ans) ; et b) mesures de *coping* et les données de caractérisation et aspects cliniques de l'enfant. C'est considéré, donc, que le COPE-H présente des propriétés psychométriques appropriées à appliquer aux enfants de 6 à 12 ans et peut faire partie de protocoles d'assistance des enfants hospitalisés.

Mots-clés: *Coping*; Hospitalisation; Évaluation psychologique; Validation.

LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Mapa da Tese	31
<i>Figura 2.</i> Modelo de processo da relação entre o contexto social, o <i>self</i> , o enfrentamento e resultados do desenvolvimento.....	46
<i>Figura 3.</i> Hierarquia da estrutura do coping segundo a Teoria Motivacional do Coping.	49
<i>Figura 4.</i> Exemplo da segunda versão das pranchas do AEH: versão menina e versão menino.....	65
<i>Figura 5.</i> Fluxograma dos participantes das etapas de busca de evidências de validade.....	91
<i>Figura 6.</i> Fluxograma dos resultados da tese.....	114
<i>Figura 7.</i> Cena sentir coragem do COPE-H.....	118
<i>Figura 8.</i> Cena Fazer chantagem (AEH) e fazer um acordo (COPE-H).....	119
<i>Figura 9.</i> Exemplo da alteração nas vestimentas do personagem Pedro	120
<i>Figura 10.</i> Exemplo da alteração nas feições e nas vestimentas da enfermeira	121
<i>Figura 11.</i> Exemplo na prancha ouvir música da alteração na posição do personagem	122
<i>Figura 12.</i> Exemplo da inserção de frases em formato de pensamentos para melhor entendimento do desenho na cena de negociação	123
<i>Figura 13.</i> Texto de apresentação da Escala COPE-H (versão masculina).....	137
<i>Figura 14.</i> Cena que representa o comportamento de coping: brincar, do COPE-H, versão menina.	138
<i>Figura 15.</i> Exemplo da aplicação do item 3 da cena brincar (versão feminina).....	140
<i>Figura 16.</i> Apresentação da Escala COPE-H-Cuidador	147
<i>Figura 17.</i> Gráficos de centralidade dos itens da Escala COPE-H.....	181
<i>Figura 18.</i> Gráfico de correlação distribuídas em Comunidades dos itens da Escala COPE-H.....	184
<i>Figura 19.</i> Frequência da classificação da amostra nas Escalas de Problemas Internalizantes, Externalizantes Totais e de Competência social, de acordo com a CBCL/6-18.....	195
<i>Figura 20.</i> Frequência das respostas de coping no COPE-H de crianças hospitalizadas (N = 133).....	203
<i>Figura 21.</i> Gráfico da distribuição da frequência de crianças classificadas nos três fatores (Fator 1 - Coping mal adaptativo da hospitalização, Fator 2 - Coping adaptativo da hospitalização, e Fator 3 - Coping de desengajamento involuntário e voluntário da hospitalização) do COPE-H (N = 133).....	204
<i>Figura 22.</i> Gráfico da porcentagem de crianças do Grupo 1 (6-9 anos e 11 meses) e do Grupo 2 (10-12 anos e 11 meses), classificadas do Fator 1 (mal adaptativo) do COPE-H (N = 133).	205
<i>Figura 23.</i> Porcentagem de estratégias de enfrentamento por idade no Fator 1 (Coping Mal adaptativo) do COPE-H, em crianças hospitalizadas (N = 133).	206
<i>Figura 24.</i> Gráfico da porcentagem de crianças classificadas em inferior, médio inferior, médio, médio superior e superior do Fator 2 (adaptativo) do COPE-H para o Grupo 1 (6-9 anos e 11 meses) e para o grupo 2 (9-12 anos e 11 meses) (N = 133).207	207

<i>Figura 25. Porcentagem de estratégias de enfrentamento por idade, no Fator 2 (Coping Adaptativo) do COPE-H, em crianças hospitalizadas.</i>	207
<i>Figura 26. Gráfico da porcentagem de crianças classificadas em inferior, médio inferior, médio, médio superior e superior do Fator 3 (Desengajamento involuntário e voluntário) do COPE-H para o Grupo 1 (6-9 anos e 11 meses) e para o grupo 2 (9-12 anos e 11 meses) (N = 133).</i>	208
<i>Figura 27. Porcentagem de estratégias de enfrentamento por idade, no Fator 3 (Coping de Desengajamento Involuntário e voluntário) do COPE-H, em crianças hospitalizadas.</i>	209
<i>Figura 28. Correlação geral com todas as variáveis do estudo: CBCL/6-18, Kidcope, COPE-H e dados de caracterização da amostra.</i>	220
<i>Figura 29. Gráficos de centralidade com todas as variáveis do estudo de validação do COPE-H.</i>	223

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. As 12 macrocategorias de enfrentamento da Teoria Motivacional do Coping	47
Tabela 2. Relações entre as macrocategorias de coping, sua função e os processos adaptativos	48
Tabela 3. As 12 macrocategorias de coping e exemplos de estratégias de enfrentamento	50
Tabela 4. Descrição de possíveis mudanças de desenvolvimento nas estratégias de enfrentamento até à adolescência.....	55
Tabela 5. Resultados dos Estudos que utilizaram o AEH	73
Tabela 6. Etapas do processo de validação da Escala COPE-H e da Escala COPE-H-Cuidador.....	83
Tabela 7. Dimensões do coping segundo o Kidcope	100
Tabela 8. Análises estatísticas utilizadas conforme cada objetivo do estudo e os respectivos softwares usados para os cálculos	110
Tabela 9. Avaliação dos juízes na dimensão teórica, clareza de linguagem, pertinência teórica e prática dos itens da Escala COPE-H (N = 5).....	126
Tabela 10. Itens do COPE-H reformulados com as sugestões dos juízes	131
Tabela 11. Composição das cenas e itens do COPE-H, segundo as estratégias de enfrentamento, as macrocategorias de coping, o tipo de desfecho adaptativo, percepção do estressor e necessidade psicológica básica.....	134
Tabela 12. Conjunto dos itens da versão final do COPE-H.....	142
Tabela 13. Adaptação dos itens da Escala COPE-H para a Escala COPE-H-Cuidador	148
Tabela 14. Caracterização da amostra do estudo-piloto do COPE-H (N = 20).....	152
Tabela 15. Caracterização dos participantes da amostra utilizada para obtenção das evidências de validade baseada na estrutura interna da Escala COPE-H (N = 133) .	157
Tabela 16. Tabela reduzida com os principais dados de caracterização dos aspectos clínicos da amostra (n=133)	158
Tabela 17. Distribuição das cargas fatoriais da Escala COPE-H, de acordo com a Análise Fatorial exploratória (N = 133)	161
Tabela 18. Composição de cada fator do COPE-H, segundo as estratégias de enfrentamento, as macrocategorias de coping, o tipo de desfecho adaptativo, percepção do estressor e necessidade psicológica básica.....	166
Tabela 19. Reclassificação dos itens do COPE-H após a análise fatorial.....	179
Tabela 20. Comparação dos itens do COPE-H, segundo a classificação dos juízes, da análise fatorial e da análise de comunidades	186
Tabela 21. Caracterização dos participantes da validação baseada na estrutura interna da Escala COPE-Cuidador (N = 133)	189
Tabela 22. Caracterização dos pais quanto a escolaridade e estado civil (N = 133)..	190
Tabela 23. Frequência das EE da hospitalização, segundo a Escala Kidcope (N=124).	192
Tabela 24. Frequência das três dimensões de coping da hospitalização, segundo a Escala kidcope (N=124)	192

Tabela 25. <i>Frequência da eficácia das EE da hospitalização, segundo a Escala Kidcope (N=124)</i>	193
Tabela 26. <i>Resultados da correlação entre os três fatores do COPE-H e as dimensões do Kidcope</i>	194
Tabela 27. <i>Resultados da correlação entre os três fatores do COPE-H e o CBCL (6-18 anos) (N = 133)</i>	196
Tabela 28. <i>Aspectos comportamentais/emocionais alterados nas crianças após aplicação da Escala COPE-H, de acordo com os profissionais de saúde (N = 32)</i>	198
Tabela 29. <i>Frequência do Pós-Coping segundo a escala COPE-H</i>	209
Tabela 30. <i>Resultados e classificação dos percentis no COPE-H para o caso 1</i>	212
Tabela 31. <i>Resultados e classificação dos percentis de acordo com as normas gerais para o estudo de caso 2</i>	213
Tabela 32. <i>Resultados e classificação dos percentis de acordo com as normas por idade para o Estudo de Caso2</i>	214
Tabela 33. <i>Avaliação dos juizes na dimensão teórica, clareza de linguagem, pertinência teórica e prática dos novos itens da Escala COPE-H</i>	386
Tabela34. <i>Caracterização clínica dos participantes da amostra utilizada para obtenção das evidências de validade baseada na estrutura interna da Escala COPE-H (N = 133)</i>	388
Tabela35. <i>Normas do Fator 1 – Coping mal adaptativo da Escala COPE-H para população geral(N=133)</i>	393
Tabela 36. <i>Normas do Fator 2 - Coping adaptativo da Escala COPE-H para população geral (N=133)</i>	394
Tabela 37. <i>Normas do Fator 3 – Coping de Desengajamento Involuntário e voluntário da Escala COPE-H para população geral (N = 133)</i>	395
Tabela38. <i>Normas do Fator 1 - Coping Mal Adaptativa da Escala COPE-H para o Grupo 1 (6 anos a 9 anos e 11 meses) (N = 72)</i>	396
Tabela39. <i>Normas do Fator 2 – Coping adaptativo da Escala COPE-H para o Grupo 1 (6 anos a 9 anos e 11 meses) (N = 72)</i>	396
Tabela40. <i>Normas do Fator 3 –Coping de Desengajamento involuntário e voluntário da Escala COPE-H para o Grupo 1 (6 anos a 9 anos e 11 meses)(N = 72)</i>	397
Tabela 41. <i>Normas do Fator 1- Coping Mal Adaptativo da Escala COPE-H para o Grupo 2 (10 anos a 12 anos e 11 meses)(N = 61)</i>	398
Tabela42. <i>Normas do Fator 2 - Coping adaptativo da Escala COPE-H para o Grupo 2 (10 anos a 12 anos e 11 meses)(N = 61)</i>	399
Tabela 43. <i>Normas do Fator 3–Coping de Desengajamento Involuntário e voluntário da Escala COPE-H para o Grupo 2 (10 anos a 12 anos e 11 meses)(N = 61)</i>	399

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A - Descrição das 12 macrocategorias de coping, de acordo com Skinner et al. (2003).....	313
APÊNDICE B - Modelo de planilha preenchida na etapa de elaboração dos itens da escala.....	317
APÊNDICE C - Cenas da Escala COPE-H (versão feminina).....	320
APÊNDICE D - Cenas da Escala COPE-H (versão masculina).....	329
APÊNDICE E - Formulário enviado aos juízes para classificação dos itens da Escala COPE-H	338
APÊNDICE F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pais para participação em estudo-piloto	357
APÊNDICE G - Escala Faces de Dor - Revisada (Poveda et al., 2010).....	359
APÊNDICE H - A Escala COPE-H (Formulário impresso).....	360
APÊNDICE I - A Escala AEH-Cuidador (formulário impresso).....	368
APÊNDICE J - Pontuação dos critérios para classificação do nível socioeconômico (ABEP, 2013).....	376
APÊNDICE K - Prontuário de Acompanhamento do Hospital.....	377
APÊNDICE L - Protocolo de Entrevista Semiestruturada com Profissionais de Saúde.....	378
APÊNDICE M - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação em pesquisa para pais.....	379
APÊNDICE N - Termo de Assentimento para participação em pesquisa.....	381
APÊNDICE O - Termo de Consentimento para a realização da pesquisa para o hospital.....	383

APÊNDICE P - Formulário de correção e interpretação dos resultados do COPE-H	385
APÊNDICE Q - Avaliação de Conteúdo dos novos itens do COPE-H.....	386
APÊNDICE R – Caracterização Clínica da Amostra.....	388
APÊNDICE S - Normas gerais para o Fator 1, Fator 2, Fator 3 da Escala COPE-H.....	393
APÊNDICE T - Normas para o Fator 1, Fator 2, Fator 3 da Escala COPE-H para o Grupo 1.....	396
APÊNDICE U - Normas para o Fator 1, Fator 2, Fator 3 da Escala COPE-H para o Grupo 2.....	398

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 – Parecer do Comitê de ética da UFES.....	401
---	-----

LISTA DE SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Estudos Populacionais
ACAAPSI	Ambiente de Apoio a Avaliações Psicológicas
ADM	Software Assessment Data Manager
AEH	Avaliação das Estratégias do Enfrentamento da Hospitalização
AEH <i>comp</i>	Avaliação das Estratégias do Enfrentamento da Hospitalização versão computadorizada
AEH <i>comp dor</i>	Avaliação das Estratégias do Enfrentamento da Hospitalização versão computadorizada adaptado para dor.
AERA	American Educational Research Association
AFE	Análise Fatorial Exploratória
AFN	Afeto Negativo
AntClín	Antecedentes Clínicos
APA	American Psychological Association
AnsDep	Ansiedade e de Depressão
BAADS	Behavioral Approach – Avoidance and Distress Scale
BIN	Busca por informação
BSU	Busca por Suporte
CA	<i>Coping</i> Adaptativo
CAMPIS	Child Adult Medical Procedure Interaction Scale
CBCL/6-18	Child Behavior checklist for ages 6-18
CBC-CC	Child Adult Medical Procedure Interaction Scale- Short Form
CCHN/UFES	Centro de Ciências Humanas e Naturais, da Universidade Federal do Espírito Santo
CID-10	Classificação Internacional de Doenças – 10
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CMA	<i>Coping</i> Mal Adaptativo
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde

CODI	<i>Coping</i> with a Disease
CompAgr	Comportamento Agressivo
CompOpos	Comportamento Opositor
COPE	Adolescent Coping Orientation for Problem Experiences
COPE-H	Escala de <i>Coping</i> da Hospitalização
CSI	Coping Strategies Inventory
CRI	Coping Response Inventory
CRI-Y	Coping Response Inventory - <i>Youth Form</i>
CVC	Coeficiente de Validade de Conteúdo
CQS-C	Coping Strategies Questionnaire for Children
DESEN	Desengajamento
DES	Desamparo
DEL	Delegação
DSM	Manual do Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EBIC	Extended Bayesian Information Criterion
EE	Estratégias de Enfrentamento
EF-R	Escala de Faces Revisada
EMEC	Escala Multidimensional de Estilos de Coping
EMEP	Escala Modos de Enfrentamento de Problemas
ERI-K	Emotional Reactions Instrument–Korean
EscM	Escolaridade da Mãe
EscP	Escolaridade do Pai
ESQ	Esquiva
GravDoen	Gravidade da Doença
HCS	Hospitalization Coping Scale
HEINSG	Hospital Estadual Infantil Nossa Senhora da Glória
HIFA	Hospital Estadual Infantil Nossa Senhora da Glória
Intecorr	Intercorrências Médicas
MudComp	Mudança de Comportamento
NCME	National Councilon Measurement in Education
NEG	Negociação
OPO	Oposição
PC	Problemas de Conduta
PCF1	Pós- <i>Coping</i> do Fator 1
PCF2	Pós- <i>Coping</i> do Fator 2
PCQ	Pain Coping Questionnaire

PE	Problemas de externalização
PI	Problemas Internalizantes
PPCI	Pediatric Pain Coping Inventory
PRI	Pain Response Inventory
ProbAfet	Problemas Afetivos
ProbAten	Problemas de Atenção
ProbSoc	Problemas de Sociabilidade
ProbPens	Problemas com o Pensamento
QueSom	Queixas Somáticas
RISCS	Role-Play Inventory of Situations and Coping Strategies
RPR	Resolução do Problema
SESA	Secretaria do Estado da Saúde do ES
Soc	Competências Sociais
SUB	Submissão
TDAH	Transtorno de Hiperatividade e Déficit de Atenção
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMC	Teoria Motivacional do Coping
TOD	Transtorno de Oposição Desafiante
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
UTI	Unidade Tratamento Intensiva
UTIN	Unidade Tratamento Intensiva Infantil
UVV	Universidade de Vila Velha

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	27
1. INTRODUÇÃO	32
1.1 A hospitalização e o impacto no desenvolvimento infantil	32
1.2. Processos de estresse e seu enfrentamento	35
1.3 Processos de enfrentamento – aspectos desenvolvimentistas.....	51
1.4 Processos de enfrentamento e sua aplicação no contexto de saúde	56
1.5 A avaliação do processo de enfrentamento	59
1.5.1 O Instrumento de Avaliação das Estratégias de Enfrentamento - AEH	63
1.6 O problema de pesquisa.....	75
1.7 Objetivo	77
1.7.1 Objetivos Específicos.....	77
2. MÉTODO.....	78
2.1 ETAPA 1 - Adaptação do AEH e verificação de evidência de validade baseada no conteúdo.....	84
2.1.1 Adequação do AEH ao formato Escala de Avaliação das Estratégias de Enfrentamento da Hospitalização – COPE-H.....	84
2.1.2 Fase 2 - Obtenção de evidência de validade baseada no conteúdo do COPE-H e do COPE-H Cuidador	86
2.1.3 Fase 3 - Estudo-piloto - verificação dos itens e dos desenhos do COPE-H em uma amostra-alvo	88
2.1.3.1 Participantes e Local de Coleta de dados.....	88
2.1.3.2 Instrumentos e Materiais de Estudo Piloto.....	88
2.1.3.3 Procedimentos de Coleta e de análise dos Dados do Estudo Piloto.....	89
2.2 ETAPA 2 - Evidências de validade baseada na estrutura interna, na relação com outras variáveis e na consequência de testagem	90
2.2.1 Participantes.....	90
2.2.1.1 Critérios de Inclusão e de Exclusão da Amostra.....	92
2.2.1.2 Locais de Coleta de Dados.....	93
2.2.2 Instrumentos e Materiais	95
2.2.2.1 Instrumentos para Seleção e Caracterização da Amostra.....	95

2.2.2.2 Instrumentos para Obtenção de Evidências de Validade baseada na estrutura Interna do COPE-H.....	96
2.2.2.3 Instrumentos para Obtenção de Evidências de Validade do COPE-H baseada na Relação com Outras Variáveis.....	97
2.2.2.4 Instrumentos para Obtenção de Evidências de Validade baseada nas consequências do Uso do COPE-H.....	102
2.3 Procedimento da Coleta de dados.....	103
2.2.4 Processamento e análise dos dados.....	105
2.2.4.1 Análise Descritiva.....	105
2.2.4.2 Análises Inferenciais.....	107
2.2.4.2.1 Análise de Redes.....	107
2.2.4.2.2 Análise Fatorial.....	108
2.5 Análise ética e riscos.....	111
3. RESULTADOS	112
3.1 Características psicométricas da Escala COPE-H e COPE-H-Cuidador	115
3.1.1 A reelaboração da Escala AEH – a formatação do COPE-H.....	115
3.1.2 Evidências de Validade da Escala COPE-H e da Escala COPE-H-Cuidador e seus dados normativos.....	124
3.1.2.1 Evidências de Validade Baseada no Conteúdo dos Itens do COPE-H e do COPE-H Cuidador	125
3.1.2.1.1 OS Itens da Escala COPE-H.....	125
3.1.2.1.2 COPE-H.....	136
3.1.2.1.3 Escala COPE-H Cuidador.....	146
3.1.2.1.4 Estudo Piloto da Escala COPE-H e da Escala COPE-H Cuidador.....	151
3.1.2.1.4.1 Participantes e Local da Coleta do Estudo Piloto.....	151
3.1.2.1.4.2 Procedimentos de Coleta de Dados do Estudo Piloto.....	152
3.1.2.1.4.3 Resultados do Estudo Piloto.....	153
3.1.2.2 Evidências de Validade Baseadas na Estrutura Interna da Escala COPE-H e da Escala COPE-H Cuidador.....	157
3.1.2.2.1 Estrutura Interna da Escala COPE-H.....	157
3.1.2.2.2 Estrutura Interna da Escala COPE-H Cuidador.....	189

3.1.2.3 Evidências de Validade da Escala COPE-H Baseada nas Relações com Variáveis Externas.....	191
3.1.2.3.1 Evidências de Validade Convergente para Escala COPE-H.....	191
3.1.2.3.2 Evidências de Validade Discriminante para Escala COPE-H.....	194
3.1.2.4 Evidências de Validade da Escala COPE-H Baseada na Consequência de Testagem.....	197
3.1.2.5 Processo de Normatização da Escala COPE-H.....	200
3.2. Resultados da aplicação dos instrumentos na amostra	202
3.2.1 Resultados do <i>coping</i> da hospitalização da amostra	203
3.2.1.1 Descrição dos Casos.....	210
3.2.1.1.1 Descrição de Caso 1.....	210
3.2.1.1.2 Descrição do Caso 2.....	213
3.2.2 Relações entre as variáveis do estudo	215
4. DISCUSSÃO.....	224
4.1 Discussão da análise psicométrica da Escala COPE-H e da Escala COPE-H Cuidador.....	230
4.2 Análise do processo de enfrentamento das crianças hospitalizadas através da Escala COPE-H e suas relações com as demais variáveis	258
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	269
6. REFERÊNCIAS.....	272
GLOSSÁRIO	311
APÊNDICES.....	313
APÊNDICE A - Descrição das 12 macrocategorias de <i>coping</i> , de acordo com Skinner et al. (2003)	313
APÊNDICE B - Modelo de planilha preenchida na etapa de elaboração dos itens da escala	317
APÊNDICE C - Cenas da Escala COPE-H (versão feminina)	320
APÊNDICE D - Cenas da Escala COPE-H (versão masculina)	329
APÊNDICE E - Formulário enviado aos juízes para classificação dos itens da Escala COPE-H	338
APÊNDICE F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pais para participação em estudo-piloto.....	357
APÊNDICE G - Escala Faces de Dor - Revisada (Poveda et al., 2010).	359
APÊNDICE H - A Escala COPE-H (Formulário impresso)	360

APÊNDICE I - A Escala AEH-Cuidador (formulário impresso)	368
APÊNDICE J - Pontuação dos critérios para classificação do nível socioeconômico (ABEP, 2013).	376
APÊNDICE K - Prontuário de Acompanhamento do Hospital.....	377
APÊNDICE L - Protocolo de Entrevista Semiestruturada com Profissionais de Saúde	378
APÊNDICE M - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação em pesquisa para pais	379
APÊNDICE N - Termo de Assentimento para participação em pesquisa	381
APÊNDICE O - Termo de Consentimento para a realização da pesquisa para o hospital.....	383
APÊNDICE P - Formulário de correção e interpretação dos resultados do COPE-H	385
APÊNDICE Q - Avaliação de Conteúdo dos novos itens do COPE-H	386
APÊNDICE R - Caracterização clínica da amostra.....	388
APÊNDICE S - Normas gerais para o Fator 1, Fator 2, Fator 3 da Escala COPE-H..	393
APÊNDICE T - Normas para o Fator 1, Fator 2, Fator 3 da Escala COPE-H para o Grupo 1	396
APÊNDICE U - Normas para o Fator 1, Fator 2, Fator 3 da Escala COPE-H para o Grupo 2	398
ANEXO.....	400

APRESENTAÇÃO

Esta Tese de Doutorado é produto de um aprendizado científico iniciado ainda na graduação em Psicologia, na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), como bolsista de Iniciação Científica do CNPq/MCTI, entre os anos de 2007 e 2008, no Grupo de Pesquisa em Psicologia Pediátrica, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, coordenado pela Professora Doutora Sônia Regina Fiorim Enumo. Este Grupo tem centrado seus estudos, desde 1999, na análise do processo de enfrentamento em contextos de risco ao desenvolvimento infantil. Participei de estudos sobre a avaliação e intervenção cognitiva no contexto da prematuridade, colaborando em pesquisas de Mestrado (Oliveira, 2008; Oliveira, Enumo, Azevedo Jr., & Queiroz, 2011) e de Doutorado (Turrini, 2011; Turrini, Oliveira, Garioli, & Enumo, 2014), além de outros estudos da área de Psicologia (Enumo, Oliveira, Turrini, Garioli, Alves, & Felizardo, 2008; Enumo, Turrini, & Garioli, 2008; Enumo, Turrini, Oliveira, Garioli, & Alves, 2007).

Ao ingressar no Mestrado em 2009, sob a orientação da Professora Doutora Kely Maria Pereira de Paula, a questão da avaliação psicológica se manteve como um interesse de investigação, com estudo sobre a avaliação cognitiva das funções executivas em crianças com Anemia Falciforme e suas relações com seu processo de enfrentamento (*coping*) da doença e da dor (Garioli, 2011; Oliveira, Garioli, Felizardo, Paula, & Enumo, 2011). Para verificar esta relação, nesse estudo financiado pela Capes, foi utilizado o Instrumento de Avaliação das Estratégias de Enfrentamento (AEH*comp*) adaptado para o contexto da dor em 12 crianças (8-10 anos) e um instrumento para avaliação do funcionamento executivo, o Wisconsin Card Sorting Test – WCST. O grupo

apresentou reduzida intensidade das crises álgicas durante a coleta e déficits no funcionamento executivo. As estratégias de enfrentamento mais relatadas foram *ruminação*, seguidas de *solução de problemas* e *reestruturação cognitiva*. Na correlação entre as variáveis, foi possível verificar que as crianças que apresentaram um maior prejuízo nas funções executivas, também demonstraram um maior número de estratégias de *coping* mal adaptativas, conforme estudos que sugerem que um comprometimento de tais funções pode estar ligado a dificuldades na adoção de processos de *coping* eficazes.

A pesquisa de Mestrado fez parte de um estudo integrado¹ na área da Psicologia Pediátrica, intitulado “Estratégias de enfrentamento: Estudos em contextos de riscos ao desenvolvimento”. O objetivo era analisar as variáveis que afetam a forma como o indivíduo enfrenta situações de risco ao desenvolvimento, mais especificamente aquelas ligadas ao contexto de saúde, além de avaliar formas de intervenção psicológica direcionadas a pacientes, familiares e profissionais. Entre os vários estudos desse projeto, participei da adaptação do Instrumento Informatizado de Avaliação do Enfrentamento da Hospitalização – *AEHcomp* (Motta, 2007; Motta & Enumo, 2010), para o contexto da dor em crianças com Anemia Falciforme (Oliveira, 2013; Oliveira et al. 2011). Esta temática se manteve nesta pesquisa de Doutorado, como parte de novo projeto financiado pelo CNPq/MCTI². Com caráter metodológico, o presente estudo visou a investigar as evidências de validade desse instrumento baseadas no conteúdo, na estrutura interna, nas relações com variáveis externas e nas consequências da testagem (Primi, Muniz, & Nunes, 2009).

¹Pesquisa coordenada pela Profa. Dra. Sônia Regina Fiorim Enumo (CNPq – Edital MCT/CNPq Universal 14/2009; Proc. n. 481483/2009-8).

²Pesquisa coordenada pela Profa. Dra. Sônia Regina Fiorim Enumo (CNPq – Edital Universal14/2014, Proc. n. 455543/2014-3).

Com este estudo, pretende-se contribuir para a área da Psicologia Pediátrica (Roberts & Steele, 2009), com auxílio da Psicometria, considerando a falta de instrumentos padronizados para avaliação do *coping* de crianças no contexto da hospitalização (Blount, Simons, Devine, Jaaniste, Cohen, Chambers, & Hayuyin, 2008; Ramos, 2012; Ramos, Enumo, & Paula, 2015).

A Tese está organizada em cinco tópicos, descritos a seguir e resumida no mapa (Figura 1). Na Introdução, descreve-se o impacto da hospitalização no desenvolvimento infantil, e como o estresse causado por essa condição pode afetar o cotidiano de crianças com doenças crônicas. Será então, discutido o processo de estresse-*coping*, para, em seguida, apresentar os principais estudos na área de avaliação do processo de enfrentamento e os instrumentos mais utilizados, mostrando assim, a relevância teórica e prática da adaptação do *Instrumento de Avaliação das Estratégias de Enfrentamento da Hospitalização* (AEH), elaborado por Motta e colaboradores (Motta & Enumo, 2002, 2004a, 2004b, 2010). Será, então, apresentado o problema de pesquisa e, em seguida, os objetivos gerais e específicos do estudo.

No Método, é descrita a adaptação do AEH segundo o referencial teórico da Teoria Motivacional do *Coping* (*Motivational Theory of Coping*) (Skinner & Edge, 2002b; Skinner & Wellborn, 1994; Skinner, Edge, Altman, & Sherwood, 2003), assim como o processo de validação da escala, que, em sua nova versão, passou a ser denominada *Escala de Coping da Hospitalização* (COPE-H). Descrevem-se, primeiramente, as etapas de adaptação do COPE-H e sua validação de conteúdo e, em seguida, as evidências de validade baseada na estrutura interna, na relação com outras variáveis e nas consequências de testagem. Nesse momento, são apresentados os participantes, locais de coleta

de dados, instrumentos e materiais utilizados, bem como os procedimentos de coleta e análise dos dados da escala.

Os Resultados estão apresentados em três partes: na primeira, são descritos os resultados referentes às evidências de validade que foram encontradas e o processo de normatização do COPE-H, finalizando com o exemplo de dois estudos de caso. Na segunda parte, são apresentadas as relações encontradas entre os instrumentos utilizados, a partir da Análise de Redes (Machado, Vissoci, & Epskamp, 2015) e de comunidades (Guimerà, Danon, Díaz-Guilera, Giralt, & Arenas, 2003). A última parte mostra os dados do *coping* da hospitalização de uma amostra de crianças de seis a 12 anos, que foi composta para buscar as evidências de validade.

Na Discussão, os resultados obtidos no estudo são discutidos. Inicialmente, são analisados os dados psicométricos do COPE-H e, em seguida, é discutido o processo de *coping* da hospitalização, dentro do referencial teórico-metodológico abordado.

Nas Considerações Finais, são abordadas as contribuições e limitações do estudo e, mais especificamente, da nova Escala - COPE-H.

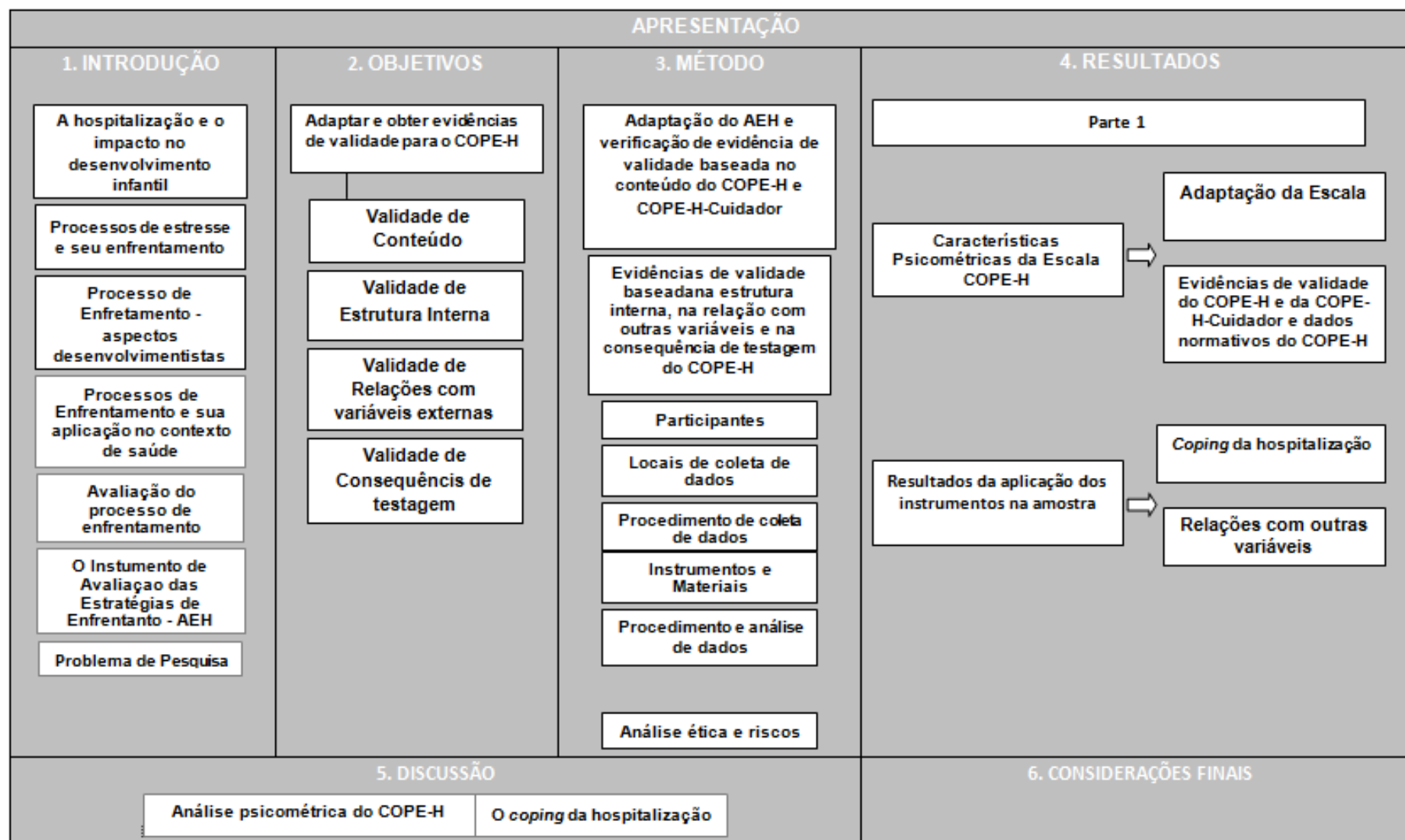


Figura 1. Mapa da Tese

1. INTRODUÇÃO

A Psicologia Pediátrica, uma importante área da Psicologia, tem se consolidado com objetivo de efetivar ações preventivas voltadas para o desenvolvimento infantil (Crepaldi, Linhares, & Perosa, 2006; Roberts & Steels, 2009). Esta área se constituiu como um campo de aplicação do saber psicológico à saúde da criança e do adolescente, tanto no âmbito do hospital como em outros contextos, nas situações de doenças agudas e crônicas, prematuridade, internações, tratamentos e cirurgias, com foco no diagnóstico precoce de alterações no processo de desenvolvimento e intervenção (American Psychological Association [APA], 2006; Crepaldi, Linhares, & Perosa, 2006).

A Psicologia Pediátrica também tem centrado seus estudos na comparação entre processos adaptativos e não adaptativos, acompanhando, assim, a área da Psicopatologia do Desenvolvimento na análise das eventuais consequências no desenvolvimento do sujeito (Achenbach & Rescorla, 2004; Crepaldi et al., 2006; Klein & Linhares, 2007). Ao mesmo tempo, esta área tem a preocupação com a promoção de saúde e a qualidade de vida sob um enfoque preventivo (Barros, 2003; Menezes, Moré, & Barros, 2008; Sapienza & Pedromônico, 2005). Nesse sentido, a hospitalização e seus impactos na trajetória desenvolvimental da criança é um dos temas relevantes dessa área.

1.1 A hospitalização e o impacto no desenvolvimento infantil

Atualmente, os índices de sobrevivência e expectativa de vida estão cada vez maiores, fazendo com que a doença crônica leve a uma rotina de tratamentos longos e invasivos, além de visitas frequentes a hospitais e unidades de tratamento (Alves, Gonçalves, Martins, Silva, Auwerter, Zagonel,

2006; Dias, Baptista, & Baptista, 2003; Silva, 2001). Assim, observa-se como consequência a dor aguda ou crônica, implicações na dimensão socioemocional e comportamental, além de várias e extensivas hospitalizações (Castro, 2007; Hostert, Enumo, & Motta, 2015; Query, Reichelt, & Christoferson, 1990; Silva, 2001). As pesquisas têm apontado como consequências adversas da hospitalização, a restrição do convívio social, ausências frequentes na escola, o aumento da angústia e tensão familiares (Alves et al., 2006; Andraus, 2005; Castro, 2007; Coyne, 2006; Eiser, 1992; Peterson, Harbeck, Chaney, & Farmer, 1990; Siegel & Hudson, 1992; Small, Melnyk & Sidora-Arcoleo, 2009), além de emoções negativas, como medo, raiva e tristeza (Barros, 2003; Crnković, Divčić, Rotim, & Čorić, 2009; Haiat, Bar-Mor, & Shonchat, 2003) e dificuldades na vida social e familiar. Ressalta-se ainda, que esta dificuldade ao longo do processo de hospitalização podem levar à privação afetiva, levando ao que se conhece como "hospitalismo" que se relaciona ao atraso no desenvolvimento físico, linguístico e mental (Crnković et al., 2009; Sptiz, 1988).

Quando a internação é motivada por uma condição de doença crônica, os estudos na área mostram que o paciente precisa enfrentar muitas perdas ao longo da hospitalização: a perda de um corpo saudável, a perda de papéis ou responsabilidades, a perda dos sonhos e a possibilidade de um menor tempo de vida, afetando a adaptação emocional e social do indivíduo (McDaniel, Hepworth, & Doherty, 1994; Santos & Sebastini, 2001). Assim, a internação pode ser vivenciada como uma agressão quando ocorre de forma abrupta e inesperada, pois não permite uma adaptação gradativa à realidade. Esse contexto pode desencadear reações de estresse significativas (Ferreira, 2006;

Salmela, Salantera & Aronen, 2010). Segundo os autores, a criança hospitalizada pode desenvolver problemas psicológicos ou de comportamento que, mesmo temporários, são capazes de desencadear alterações psicopatológicas ao longo do desenvolvimento (Castro, 2007; Dias et al., 2003; Hostert, Enumo, & Loss, 2014).

Nessa direção, a investigação da literatura internacional centra-se, principalmente, na minimização do *distress*³ decorrente da exposição a procedimentos médicos invasivos (Blount, Sturges, & Powers, 1990; Chambers, Taddio, Uman, & McMurtry, 2009; Chen, Zeltzer, Craske, & Katz, 1999; Claar, Walker, & Smith, 2002; Cohen, 2002; Cohen, Bernard, Greco, & McCellan, 2002; Khan & Weisman, 2007; Klosky et al., 2004; MacLaren & Cohen, 2005; Manne, Redd, Jacobsen, Gorfinkle, & Schorr, Rapkin, 1990; Peterson, Sherman, & Zink, 1994; Slifer, Tucker, & Dahlquist, 2002; Taddio et al., 2010; Tak & Van Bon, 2006; Williamson, Walters, & Shaffer, 2002). Na literatura nacional na área da Psicologia e da Pediatria, a revisão mostra a relevância de trabalhos relativos à avaliação e intervenção psicológica com crianças portadoras de doenças crônicas e suas consequências, como o estresse, dando ênfase aos aspectos relacionados à adesão ao tratamento (Arruda & Zannon, 2002; Ferreira, 2006), ao manejo de procedimentos médicos invasivos (Costa Jr., 1999; Miyazaki, 2001; Soares, 2003; Zannon, 1999), às estratégias de enfrentamento [EE] (*ways of coping*) (Garioli, 2011; Motta & Enumo, 2002; Oliveira, 2013). Particularmente no contexto de saúde, o conceito de EE tem se mostrado importante, por se associar com desfechos

³*Distress*: O *distress* é definido como uma experiência emocional desagradável e multifatorial, de natureza psicológica, social e/ou espiritual, que oscila entre a percepção da própria vulnerabilidade, tristeza, fantasias e medo ante o desconhecido e reações mais intensas como depressão, ansiedade, pânico, crises existenciais e isolamento social (National Comprehensive Cancer Network, 2007).

adaptativos positivos ou negativos em diversas condições de doença (Aldwin, 2009). Esta é uma das razões pelas quais o processo de enfrentamento (*coping*) será adotado como constructo básico nesta pesquisa. *Coping* é um termo original do inglês, significando “lidar com”. Nessa pesquisa, utilizaremos ainda os termos “processo de enfrentamento” ou “enfrentamento”, para se referir a esse constructo.

1.2. Processos de estresse e seu enfrentamento

O estresse tem sido estudado por vários autores desde sua sistematização por Hans Selye (Selye, 1946) e a partir de então tem sido alvo de muitos estudos (Aldwin, 2009; Chamon, 2006; Krohne, 2002; Lazarus & Folkman, 1984; Savóia, 2000). Inicialmente, as pesquisas realizadas se dedicavam a populações adultas, de forma que o estresse na infância e na adolescência foi reconhecido como um problema recentemente (Raimundo & Pinto, 2006)

O conceito de estresse foi proposto em 1939, através do estudo de Cannon, com a Síndrome de Ativação, sendo expandido por Selye (1946), ao avaliar os efeitos da exposição prolongada à ativação fisiológica sobre a produção de estados de exaustão e de doença. Este último autor definiu o estresse do ponto de vista da fisiologia e o descreveu como uma resposta não específica a qualquer demanda aversiva que se imponha ao corpo, chamando de Síndrome Geral de Adaptação ou Síndrome do Estresse Biológico. Esse conceito continuou a ser estudado e modificado, de forma que atualmente, o estresse é visto como um estado de tensão mental e físico que produz um desequilíbrio no funcionamento global do ser humano e enfraquece seu sistema imunológico, deixando-o sujeito a infecções e doenças (Lipp, 2010).

Aldwin (2009) define o estresse como uma resposta a uma situação que ultrapassa os limites e recursos que um indivíduo possui para enfrentá-lo. Engloba dimensões objetivas e subjetivas e a abordagem cognitiva no processo de percepção do estresse. Skinner e Wellborn (1994) consideram que há estresse quando eventos são percebidos como ameaça ou desafio às necessidades básicas de relacionamento, competência e autonomia.

Considerando que o conceito de estresse foi mudando ao longo do tempo, surgiram três abordagens na literatura (Aldwin, 2009; Chamon, 2006; Savóia, 2000): (a) o estresse visto como uma reação do sujeito frente ao estressor (Elliott & Eisdorfer, 1982); (b) o estresse como um estímulo, sendo o ambiente a fonte de perturbação e causa do estresse (Miller, 1953 citado por Lazarus & Folkman, 1984); e (c) o estresse tido como um processo complexo de interações contínuas entre o indivíduo e o seu ambiente (Lazarus & Folkman, 1984), também conhecido como Modelo Transacional do *Coping*. Nesta última concepção, são considerados três tipos de avaliação do estresse: (a) dano, que se refere ao prejuízo ou perda psicológica que já ocorreu diante da situação; (b) ameaça, que ocorre quando o indivíduo antecipa um dano iminente à situação; e (c) desafio, que ocorre quando a pessoa percebe a possibilidade de coordenar e resolver a situação estressora (Lazarus & Folkman, 1984).

Essa evolução dos estudos sobre o estresse e suas consequências levou também a um avanço nos estudos sobre *coping* (Krohne, 2002), já que se considera que a raiz deste constructo está nas diferentes formas das pessoas lidarem com o estresse (Aldwin, 2009). A ocorrência ou não do estresse depende da forma como o sujeito interpreta cognitivamente o evento

estressor, podendo levar a respostas comportamentais e/ou cognitivas diferentes. Sendo assim, a variação do efeito que o mesmo estressor pode ter em diferentes pessoas depende de uma série de fatores. O que irá determinar a ocorrência ou não do estresse é a capacidade que o indivíduo possui em tolerar as exigências do momento, independente de serem de natureza positiva ou negativa, e da sua percepção sobre o evento estressante (Lipp, 2000; 2010; Lipp & Tanganelli, 2002).

Com a mudança no conceito de estresse, também surgiram diferentes modelos teóricos sobre *coping* ao longo do estudo sobre esse fenômeno, podendo ser descritas três abordagens. A primeira entende o *coping* baseado principalmente no conceito psicanalítico de mecanismo de defesa, como estilos hierárquicos, e tem como autores principais K. Menninger, N. Haan e G. E. Vaillant, para explicar o uso de uma ou outra EE. Nesse modelo, o enfrentamento era visto como algo estrutural, que incluía desde comportamentos mais adaptativos ou saudáveis até defesas mais neuróticas e psicóticas, destacando assim os traços de personalidade (Aldwin, 2009; Lazarus & Folkman, 1984). Seguindo essa linha de raciocínio, o processo de enfrentamento seria pouco influenciado pelo contexto no qual o indivíduo estava inserido (Lazarus, 1993a, Lazarus & Folkman, 1984, Skinner & Zimmerman-Gembeck, 2007). No entanto, de acordo com Antoniazzi et al. (1998) e Lazarus (1993), essa abordagem foi criticada devido à falta de concordância na caracterização dos traços da personalidade sobre os quais se apoiava, à confusão entre o enfrentamento e seus resultados, à limitação do conceito de *coping* em função do contexto cultural ao qual o sujeito encontrava-se inserido e, por último, à dificuldade em se avaliar o *coping*, já que a psicanálise

considera que os mecanismos de enfrentamento são inconscientes (Cramer, 2000).

Em uma segunda perspectiva, denominada cognitiva, o *coping* é compreendido como um conjunto de aptidões cognitivas e comportamentais que são empregadas pelos indivíduos na tentativa de lidar com situações adversas (Antoniazzi, Dell'Angelo, & Bandeira, 1998; Folkman & Lazarus, 1985; Savóia, Santana, & Mejias, 1996). Essa abordagem (originada na década de 70 e 80) busca conhecer os determinantes cognitivos e comportamentais do *coping*, de forma a compreendê-lo como um processo resultante da interação indivíduo-meio. Essa proposta ficou conhecida como “modelo integrativo do estresse e *coping*”, ou “modelo cognitivo do estresse e *coping*”, e ainda, “perspectiva cognitiva do *coping*”. Como destaque dessa abordagem, são referência os estudos liderados por Lazarus e seus colaboradores (Folkman & Lazarus, 1985; Folkman et al., 1986; Folkman & Moskowitz, 2004; Lazarus, 1993a, 1993b; Lazarus & Folkman, 1984). A perspectiva cognitiva do processo de estresse-*coping* propõe a divisão do *coping* em duas categorias: focalizados no problema e focalizados na emoção (Lazarus & Folkman, 1984). O primeiro é usado para modificar a relação entre a pessoa e o ambiente, administrando ou mudando alguns aspectos do problema que originou o estresse; e o segundo é usado para ajustar a resposta emocional ao problema, quando não é possível mudar a situação adversa. Ambas podem ser utilizadas em todos os episódios de enfrentamento de estressores, de forma que quando as situações são avaliadas como modificáveis, as respostas são focadas no problema, e quando as situações são percebidas como inalteráveis, as respostas são focadas na

emoção (Antoniazzi et al., 1998; Dell'Aglio, 2003; Lazarus & Folkman, 1984; Folkman et al., 1986).

Já a terceira abordagem surgiu na década de 1990 e entende o *coping* como ação regulatória, e tem por base os estudos de Compas e colaboradores sobre aspectos do enfrentamento em crianças e adolescentes (Compas, 1987, 2006; Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen, Wagsworth, 2001; Compas, Malcarne, & Banez, 1992; Compas, Malcarne, & Fondacaro, 1988). Para Compas et al. (2001), o enfrentamento compreende “*esforços intencionais conscientes para regular a emoção, cognição, comportamento, fisiologia e ambiente, em resposta a eventos estressantes ou circunstâncias*” (p. 89). Essa abordagem será descrita mais adiante como o constructo básico deste estudo.

Segundo Tamayo e Tróccoli (2002), existe um consenso entre a segunda e a terceira abordagem, modelo cognitivo do *coping* e *coping* como ação regulatória, respectivamente. Em relação à forma como percebem o *coping*, ambas o avaliam como um processo, que é consequência da relação entre o sujeito e o ambiente em que ele está inserido, avaliando-o como estressante ou não, independente de ser ou não adaptativo.

No que diz respeito às três abordagens descritas acima, aquela desenvolvida por Lazarus e colaboradores (Folkman & Lazarus, 1985; Folkman et al., 1986; Folkman & Moskowitz, 2004; Lazarus, 1993a, 1993b; Lazarus & Folkman, 1984) foi a que apresentou maior impacto, devido principalmente, à modificação na ideia do estudo do enfrentamento baseado nos traços de personalidade, possibilitando um aumento no campo de pesquisas do fenômeno e, segundo a revisão realizada por Ramos, Enumo e Paula (2015), no Brasil, a perspectiva de Lazarus tem sido a mais utilizada.

Contudo, ainda segundo Compas et al. (2001), esta perspectiva não aborda os aspectos desenvolvimentais do enfrentamento. Assim, as pesquisas que vêm adotando a teoria sob a perspectiva cognitivista para estudar o *coping* infantil estão sendo alvo de críticas, já que os instrumentos elaborados para avaliar o enfrentamento com base nessa abordagem foram construídos para avaliar o *coping* em adultos, sendo utilizado posteriormente também em crianças. Compas (1987) destaca que, no que se refere ao *coping* infantil, é necessário que sejam utilizados instrumentos destinados a esse tipo de população. Blount et al. (2008) afirmam que a EE utilizada depende de competências relacionadas ao desenvolvimento. Antoniazzi, Dell’Aglia e Bandeira (1998) corroboram essa ideia ao enfatizar a importância e a necessidade de uma teoria de *coping* específica para crianças, tendo em vista as mudanças cognitivas que ocorrem no curso de seu desenvolvimento. No entanto, apesar dessa importância, são poucas as investigações nessa área (Compas et al., 2001). Nesse sentido, Skinner e Zimmer-Gembeck (2009) apontam a importância de se estudar o *coping* sob uma perspectiva desenvolvimentista, levando em consideração que o enfrentamento precisa ser visto como uma ação regulatória sob estresse.

Essa perspectiva do *coping* como ação regulatória, proposta por Compas et al. (2001), será adotada como referencial teórico no presente projeto de pesquisa, representada por Skinner e colaboradores (Aldwin, Skinner, Zimmer-Gembeck, & Taylor, 2010; Skinner, 1992, 1999, 2007; Skinner & Edge, 1998, 2002a, 2002b; Skinner & Wellborn, 1994, 1997; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007, 2009; Skinner et al., 2003; Zimmer-Gembeck, Lees, Bradley, & Skinner, 2009; Zimmer-Gembeck, Lees & Skinner, 2011; Zimmer-

Gembeck & Skinner, 2008, 2009; 2011). É conhecida como Teoria Motivacional do *Coping* (TMC) e foi proposta por Skinner e colaboradores (Skinner et al., 2003; Skinner & Wellborn, 1994; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007)

Apesar de não ser focado somente no desenvolvimento infantil, a TMC traz uma preocupação acerca da perspectiva do desenvolvimento humano (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen, & Wadsworth, 2001; Lees, 2007). O *coping* é entendido, a partir da TMC, como “[...] *regulação da ação em situações frente ao estresse, sendo um construto organizacional que captura interações entre comportamento, emoção, atenção, cognição e motivação*” (Skinner & Wellborn, 1994, p. 112). Dessa forma, os processos de enfrentamento são ajustados em torno de objetivos e motivações específicas (Compas, 2009; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2009). Conseqüentemente, as pessoas têm um papel ativo no processo de enfrentamento das situações diversas (Aldwin, 2009; Skinner, 1999).

Assim, as principais diferenças entre a TMC e as abordagens anteriores referem-se à ênfase no processo regulatório e nas mudanças das EE ao longo das diferentes idades (Couceiro, 2008; Lees, 2007). Essa mudança do *coping* ao longo do desenvolvimento tem sido estudada, principalmente, por Skinner e colaboradores (Skinner, 1998; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007; Zimmer-Gembeck, 2009; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011), de forma a ser avaliada por Aldwin (2009) como “[...] *a mais compreensiva teoria do desenvolvimento das estratégias de enfrentamento na infância*” (p. 23).

Todas essas abordagens geraram instrumentos para avaliação do *coping* em diversos contextos. Skinner et al. (2003) verificaram o pouco consenso que havia entre os estudos que analisavam as categorias de

enfrentamento em crianças e adolescentes, no que se refere à distinção entre as categorias de *coping*, sua nomeação e forma de medir. Isso levou os autores a uma revisão sistemática, a qual identificou 100 estudos da área. Segundo Skinner et al. (2003), a falta desse acordo entre os estudos, desacelerou o progresso na área, devido à dificuldade de se comparar os diferentes resultados das pesquisas, uma vez que cada pesquisa utilizava números e categorias diferentes para o enfrentamento. Assim, sua comparação só era possível ao analisar cada uma das escalas utilizadas, além das mesmas considerarem diferentes idades e fontes de estresse.

Ao reverem as 100 pesquisas dos últimos 20 anos, esses autores encontraram cerca de 400 categorias de *coping*, que foram avaliadas segundo sete critérios fundamentais para a elaboração de uma boa taxonomia, e que deveriam ser atendidos para que o sistema fosse válido (Skinner et al., 2003):

- 1) a definição da categoria é clara;
- 2) as categorias são mutuamente exclusivas;
- 3) o conjunto de categorias é compreensivo ou exaustivo (se refere a estrutura da categoria);
- 4) cada categoria é funcionalmente homogênea;
- 5) as categorias são funcionalmente distintas entre si;
- 6) as categorias são produtivas; e
- 7) as categorias são flexíveis, isto é, podem ser aplicadas a vários estressores, contextos e níveis de idade.

Foram, então, propostas cinco categorias de *coping*: *solução de problemas*, *busca de apoio*, *fuga*, *distração* e *reestruturação cognitiva*, que foram analisadas nessas 100 escalas, que tinham domínio específico

(doenças, por exemplo) e geral, sendo dirigidas a crianças, adolescentes ou adultos. Além dessas, outras quatro categorias foram consideradas como fortes candidatas a serem categorias de alta ordem dentro de um sistema hierárquico: *ruminação, desamparo, isolamento social e regulação emocional*, encontradas em diferentes idades e estressores. Na proposta final, foram incluídas no sistema 12 categorias de alta ordem ou macrocategorias (*family of coping*), que foram testadas separadamente, de forma a encontrar resultados que a caracterizam como unidimensional e relativamente homogênea: são denominadas de macrocategorias de *coping*: *Resolução de problemas, Busca de informações, Autoconfiança, Busca de suporte, Acomodação, Negociação, Delegação, Desamparo, Fuga, Isolamento, Submissão e Oposição* (Skinner et al., 2003) (vide definições dessas macrocategorias no APÊNDICE A).

Skinner et al. (2003) propõem uma organização hierárquica dessas macrocategorias, baseada no Modelo dos Sistemas Autorreferenciais para o Desenvolvimento Motivacional (Connell & Wellborn, 1991; Deci & Ryan, 1985; Grolnick & Ryan, 1992), que serviu como base para a TMC (Skinner et al., 2003; Skinner & Wellborn, 1994; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007).

Esse modelo leva em consideração três necessidades psicológicas básicas no processo de enfrentamento de situações estressantes: (a) *Relacionamento*, que se refere à necessidade que o indivíduo possui de se sentir seguro e de manter conectado a outras pessoas, fazendo parte da vida delas; (b) *Competência*, que diz respeito à necessidade de interagir de forma efetiva com o ambiente social e físico, em busca de resultados positivos; e (c) *Autonomia*, referindo-se à necessidade de expressar o *self* de forma autêntica e de senti-lo como a fonte da ação (Skinner, 1999). Segundo esse modelo,

quando as três necessidades psicológicas básicas são atendidas, pode-se dizer que os indivíduos estarão engajados; do contrário, quando as necessidades básicas não forem satisfeitas, os indivíduos estarão desengajados. O engajamento envolve três componentes: (a) comportamento motivado *versus* desmotivado; (b) emoção positiva *versus* negativa; e (c) orientação, no caso, comprometimento *versus* alienação (Skinner & Wellborn, 1994). Sendo assim, quando o indivíduo encontra-se engajado na tarefa, possui um comportamento motivado, com esforço e persistência nas tentativas de enfrentar o estressor. Esse indivíduo também possui emoções positivas, como entusiasmo, interesse, felicidade, e uma orientação direcionada ao comprometimento. De outro lado, indivíduos desengajados possuem comportamentos de evitação, passividade, resistência, desistência e fuga, além de emoções negativas, como raiva, tédio, ansiedade e medo. Sua orientação está direcionada à alienação das metas de relacionamento, competência e autonomia.

Com base nessa perspectiva de engajamento e desengajamento, o *coping* de desengajamento inclui esforços voluntários de *coping*, destinados a regular, tanto a fonte de estresse, como uma das reações ao estresse, e as respostas involuntárias cognitivas, afetivas, comportamentais e fisiológicas (Compas, Conner, Osowiecki, & Welch, 1997). Os esforços de enfrentamento voluntários estão sob controle do indivíduo, conscientes e são orientados para uma regulação das respostas cognitivas, comportamentais, emocionais ou fisiológicas a um estressor ou para o próprio estressor (Lazarus & Folkman, 1984). As respostas involuntárias ao estresse incluem reações baseadas no temperamento e condicionamentos, que podem ou não ser conscientes, e não

estão sob controle volitivo ou voluntário, como a excitação emocional e fisiológica, os pensamentos intrusivos, a ruminação e o entorpecimento emocional (Compas, Davis, Forsythe, & Wagner, 1987). As respostas de desengajamento são orientadas para longe de um estressor e incluem respostas de evitação ou esquiva (Skinner & Wellborn, 1994).

Ao se deparar com o contexto estressor, o indivíduo desenvolve formas de enfrentá-lo, de forma que se ele encontra no *self* e no contexto social recursos que favoreçam suas três necessidades psicológicas básicas, seu desenvolvimento será adaptativo, flexível e ativo. Por outro lado, caso suas necessidades não estejam satisfeitas, o indivíduo percebe o estressor como uma ameaça agindo de forma passiva, rígida e punitiva (Skinner & Wellborn, 1994). Sendo assim, ao se deparar e avaliar a situação estressora, o indivíduo evoca uma tendência de ação (padrões de emoção, orientação e comportamento), de forma a interpretar a situação como ameaça ou desafio ao Relacionamento, à Competência e à Autonomia.

Na compreensão do processo do *coping*, dois aspectos precisam ser considerados: a percepção de controle e o suporte social (Skinner & Edge, 2002b; Skinner & Wellborn, 1994). De acordo com a percepção do estressor e do contexto social que o indivíduo está inserido, os resultados estarão vinculados aos processos de engajamento ou de distanciamento, influenciando de forma direta o desenvolvimento cognitivo, social e da personalidade. A Figura 2 descreve a relação entre o estressor, os processos de *coping*, e os resultados de desengajamento e de desenvolvimento (Skinner & Wellborn, 1994).

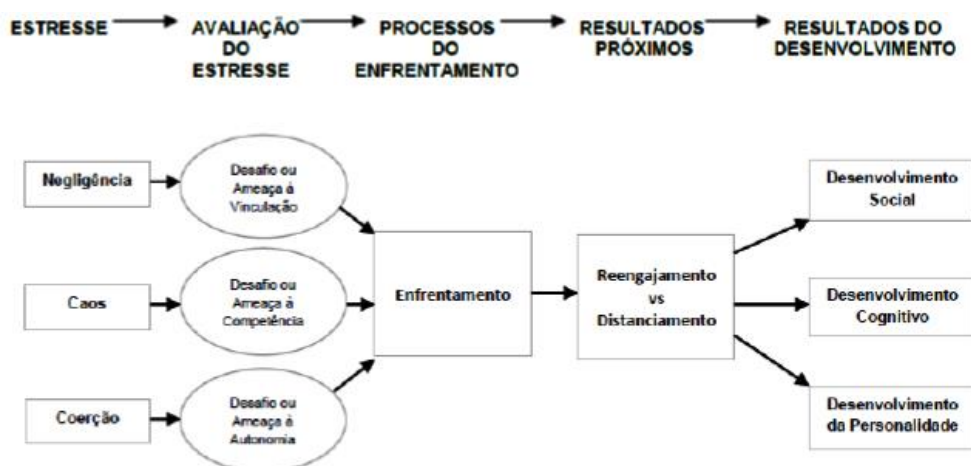


Figura 2. Modelo de processo da relação entre o contexto social, o *self*, o enfrentamento e resultados do desenvolvimento.

Fonte. Mascella (2016, p. 72, tradução de Skinner & Wellborn, 1994, p. 107, para uso em pesquisa).

Considerando os princípios do Modelo dos Sistemas Autorreferenciais para o Desenvolvimento Motivacional, a análise do *coping* tem contado com um sistema hierárquico de categorias de ordem inferior e de ampla ordem (macrocategorias). Na Tabela 1, é possível visualizar as 12 macrocategorias de *coping*, descritas em termos do comportamento, da emoção e da orientação motivacional, em relação às três necessidades básicas. A parte superior da tabela descreve as macrocategorias teoricamente associadas à percepção do estressor como um desafio às necessidades, sendo, portanto, referidas como adaptativas. De outro lado, a parte inferior da tabela apresenta as macrocategorias relacionadas à percepção de ameaça às três necessidades básicas, sendo referidas como mal adaptativas (Skinner et al., 2003).

O primeiro conjunto de “macrocategorias” de *coping* é organizado em termos de desafio (*Autoconfiança, Busca de suporte*) ou ameaça (*Delegação e Isolamento*) ao Relacionamento. O segundo conjunto é organizado em termos de desafio (*Resolução de problemas e Busca de informação*) ou ameaça (*Desamparo e Fuga*), à necessidade de Competência. Por fim, o terceiro

conjunto é organizado em termo de desafio (*Acomodação e Negociação*) ou ameaça (*Fuga e a Submissão*), à necessidade de Autonomia (Skinner et al., 2003) (Tabela 1).

Tabela 1. As 12 macrocategorias de enfrentamento da Teoria Motivacional do Coping

RELACIONAMENTO		COMPETÊNCIA		AUTONOMIA	
DESAFIOS ao		DESAFIOS ao		DESAFIOS ao	
SELF	CONTEXTO	SELF	CONTEXTO	SELF	CONTEXTO
Autoconfiança	Busca de suporte	Resolução de problemas	Busca de informações	Acomodação	Negociação
Assumir/arcar	Busca de conforto Busca de ajuda	Planejar estratégias	Estudar Observar	Cooperação Concessão Empenho	Compromisso
Acalmar-se Aceitar responsabilidades Preocupação com os outros	Confiança	Encorajamento Determinação Confiança	Interesse Otimismo Esperança	Aceitação	Ausência de culpa Assumir a perspectiva do outro
Proteção Blindagem Autofala positiva	Reconhecimento Valorização	Reparação Domínio	Prevenção Planejamento	Compromisso Convicção	Tomada de decisão Definição de objetivos Definição de prioridades
AMEAÇAS ao		AMEAÇAS ao		AMEAÇAS ao	
SELF	CONTEXTO	SELF	CONTEXTO	SELF	CONTEXTO
Delegação	Isolamento	Desamparo	Fuga	Submissão	Oposição
Dependência Exigência Depender dos outros Importunar	Afastamento Paralisar	Tentativas aleatórias Autoflagelação Sucumbir	Escapar Evitação	Perseveração Rigidez Apatia	Agressão
Autopiedade Lamentação Vergonha	Solidão Desolação Saudade	Dúvidas Desânimo Culpa	Pessimismo Desesperança Medo	Autoculpa Descontentamento /desgosto	Projeção Culpar os outros Desabafo Explosão Raiva
Abandono Irritação	Desconectar-se	Pânico Confusão	Procrastinação	Obsessão Ruminação Pensamentos intrusivos	Vingança

Fonte: Ramos (2012, p. 61, traduzido de Skinner et al., 2003, p. 239, para uso em pesquisa).

Da mesma forma, essas 12 macrocategorias foram relacionadas ao processo adaptativo. Para o primeiro conjunto de macrocategorias, o processo adaptativo é a coordenação de ações e contingências, o segundo conjunto é a coordenação da confiança e dos recursos sociais disponíveis, e por último, o terceiro conjunto, os processos adaptativos envolvidos são a coordenação de preferências e opções disponíveis (Tabela 2).

Tabela 2. *Relações entre as macrocategorias de coping, sua função e os processos adaptativos*

Macrocategorias de <i>coping</i>	Função da macrocategoria no processo adaptativo	Processo Adaptativo
Resolução de problemas	Ajusta ações para ser efetivo	Coordenar ações e contingências no ambiente
Busca de informações	Encontrar contingências adicionais	
Desamparo	Encontrar limites das ações	
Fuga	Fuga de ambiente não contingente	
Autoconfiança	Proteger recursos sociais disponíveis	Coordenar a confiança e os recursos sociais disponíveis
Busca de suporte	Usar recursos sociais disponíveis	
Delegação	Encontrar limites dos recursos	
Isolamento	Afastar-se de contexto no qual não há suporte	
Acomodação	Flexibilidade para ajustar preferências e opções	Coordenar preferências e opções disponíveis
Negociação	Encontrar novas opções	
Submissão	Desistir de preferências	
Oposição	Remover restrições	

Fonte: Ramos (2012, p. 64; baseado em Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007).

Para melhor compreender e mensurar o *coping*, essas 12 macrocategorias foram inseridas em um sistema estrutural e hierárquico, com distinção de níveis em que as instâncias de *coping* (comportamentos), as EE e o processo adaptativo se relacionam (Figura 3) (Skinner et al., 2003). No nível inferior dessa estrutura, estão as instâncias de *coping* ou comportamentos de *coping*, que se referem ao que o sujeito faz ou pensa para lidar com o

estressor; o segundo nível é formado pelas EE, que são categorizações das instâncias de *coping* a partir de seu propósito, do seu significado ou valor funcional); e, por último, nos níveis mais elevados estão as macrocategorias de *coping*, que são classificações das EE que fazem ligação com os processos adaptativos, e são multidimensionais e multifuncionais (Ramos, 2012; Skinner et al., 2003). A Figura 3 apresenta esse sistema hierárquico.

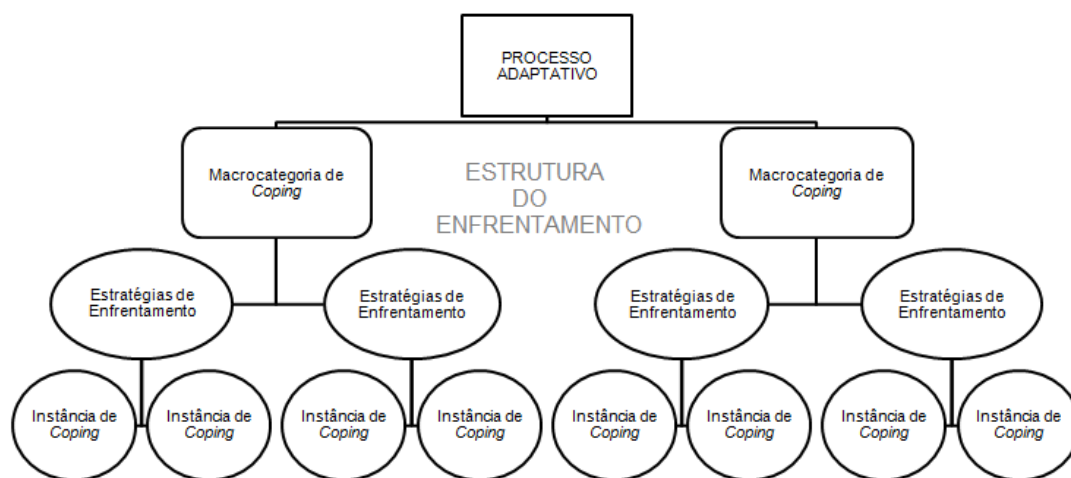


Figura 3. Hierarquia da estrutura do coping segundo a Teoria Motivacional do Coping. Fonte: Skinner et al. (2003, p. 218, tradução livre para uso em pesquisa).

Para exemplificar a aplicação do modelo teórico (Skinner et al., 2003) no contexto da hospitalização, descrições do tipo “*tomei remédio para melhorar a dor*” seriam um tipo de comportamento ou instância de *coping*, que seria agrupado dentro da EE *ação instrumental*, que, por sua vez, pertence à macrocategoria de *coping Resolução de Problemas*. Essa hierarquização permite que várias EE estejam juntas em um mesmo grupo, de acordo com as características comuns. Assim, todas as EE que estão na mesma macrocategoria possuem um tipo particular de avaliação, um padrão típico de comportamento, de emoção e de orientação que caracterizam uma tendência

de ação (Skinner & Edge, 2002b). Assim, cada uma das macrocategorias pode englobar várias EE (Tabela 3)

Tabela 3. As 12 macrocategorias de coping e exemplos de estratégias de enfrentamento

MACROCATEGORIAS DE COPING	DEFINIÇÃO		EXEMPLOS DE ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO
1. Autoconfiança	Proteger recursos sociais disponíveis usando	⇒	Regulação emocional, Regulação comportamental, Expressão emocional, Aproximação emocional
2. Busca de suporte	Usar recursos sociais disponíveis por meio de	⇒	Busca de contato, Busca de conforto, Ajuda instrumental, Referenciamento social
3. Resolução de problemas	Ajustar ações para ser efetivo incluindo	⇒	Planejar estratégias, Ação instrumental, Planejamento, Domínio
4. Busca de informações	Encontrar contingências adicionais	⇒	Ler, Observar, Perguntar a outros
5. Acomodação	Ajuste flexível de preferências às opções disponíveis por meio de	⇒	Distração cognitiva, Reestruturação cognitiva, Minimização, Aceitação
6. Negociação	Encontrar novas opções usando	⇒	Barganha, Persuasão, Estabelecimento de prioridades
7. Delegação	Limitação no uso de recursos por meio de	⇒	Reclamação, Autoculpa, Lamentação, Busca de suporte mal adaptativo
8. Isolamento	Afastamento de contextos sociais não apoiadores por meio de	⇒	Afastamento social, Evitação de outros, Dissimulação, "Congelar"/Paralisar
9. Desamparo	Encontrar limites para a ação por meio de	⇒	Confusão, Interferência cognitiva, Exaustão cognitiva, Passividade
10. Fuga	Fugir de ambientes não contingentes por meio de	⇒	Evitação comportamental, Afastamento mental, Negação, Pensamento desejoso
11. Submissão	Desistir de preferências por meio de	⇒	Ruminação, Pensamentos intrusivos, Perseveração rígida
12. Oposição	Remover obstáculos por meio de	⇒	Culpar outros, Projeção, Agressão, Desafiar

Fonte: Ramos (2012, p.63; baseado em Skinner et al., 2003; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007, 2009; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008).

Esta proposta de classificação das macrocategorias de enfrentamento feita por Skinner e colaboradores (Skinner et al., 2003; Skinner & Zimmer-

Gembeck, 2007), com base na TMC, tem sido utilizada em pesquisas nacionais (Carnier, 2010; Carnier, Padovani, Perosa, & Rodrigues, 2015; Foch, 2015; Garioli, 2011; Guimarães, 2015; Hostert, 2010; Justo, 2015; Moraes & Enumo, 2008; Motta & Enumo, 2010; Oliveira, 2013; Ramos, 2012; Ramos et al., 2015, Silva, 2013; Silveira, 2014) e internacionais da área (Beers, 2012; Kramer & Drapeu, 2009; Lees, 2007; Skinner & Edge, 2002a; Skinner et al., 2003; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2003, 2007; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008, 2011; Zimmer-Gembeck, Lees, Bradley, & Skinner, 2009; Zimmer-Gembeck, Lees, & Skinner, 2011). Como citado, este sistema de categorias também foi utilizado na proposta de análise do AEH e do AEHcomp (Carnier, 2010; Garioli, 2011; Lima, 2009; Lima, Barros, & Enumo, 2014; Moraes & Enumo, 2008; Motta & Enumo, 2010; Oliveira, 2013).

Considerando a perspectiva desenvolvimental da TMC, a seguir, estão descritos alguns estudos que mostram diferenças do *coping* durante a infância.

1.3 Processos de enfrentamento – aspectos desenvolvimentistas

Compas et al. (1991), ao analisarem o *coping* no processo de desenvolvimento do indivíduo, assinalam que as competências para um enfrentamento *focado no problema* parecem ser adquiridas mais cedo, nos anos pré-escolares, desenvolvendo-se até aproximadamente os 8 e 10 anos de idade. As competências para um *coping focado na emoção* tendem a aparecer mais tarde, durante a infância, e se desenvolvem durante a adolescência, já que as crianças muito pequenas ainda não têm consciência dos seus próprios estados emocionais e de como podem modificá-los. Considera-se também que, aprender as competências relacionadas ao *coping* focalizado na emoção seria mais difícil do que aprender as competências de *coping* focalizadas no

problema, através de processos de modelagem⁴. No caso dos adolescentes, verifica-se a utilização de mais EE *focalizadas na emoção* do que as crianças, mas não diferem dos jovens adultos, sugerindo que essas mudanças no desenvolvimento de *coping* ocorrem até ao final da adolescência.

Zimmer-Gembeck e Skinner (2011) identificaram que as categorias de *coping* que mais aparecem em estudos com crianças e adolescentes são a *Busca de suporte*, a *Resolução de problemas*, a *distração* e a *Fuga*. O predomínio de uma ou outra EE irá depender da idade e do estressor. A *Acomodação* e a *Autoconfiança* também têm sido encontradas, segundo os autores. Durante o ciclo vital, Skinner et al. (2007) identificaram que as EE mais comuns em todas as idades são a *busca por suporte* e a *busca por ajuda*, de forma que, nos primeiros anos de vida, as crianças são mais capazes de procurar ajuda nas figuras de vinculação, como os pais, quando sujeitas a situações estressantes. É importante ressaltar que esse tipo de EE, por ser complexa e multidimensional, depende de alguns fatores como: idade; existência de agentes de suporte, os quais podem ser os pais, professores ou pares; domínio (se está relacionado a questões de saúde, por exemplo); tipo de suporte procurado, podendo ser conforto ou orientação; e meio pelo qual procura esse tipo de suporte, como expressões de estresse, referência social, busca de proximidade ou pedidos verbais). De acordo com Zimmer-Gembeck e Skinner (2011), estudos de diferenças de idade são difíceis de integrar, principalmente porque eles examinam grandes faixas etárias e utilizam sobreposição de categorias de enfrentamento.

⁴ Modelagem: É um processo pelo qual determinados comportamentos vão sendo incentivados, através de reforço positivo até adquirirem uma forma determinada (condicionamento operante). Essa técnica é utilizada com objetivo de produzir repertórios novos e adaptativos ao ambiente atual do indivíduo (Carvalho Neto & Tourinho, 1999).

Entretanto, entre quatro e 12 anos de idade, existe um declínio na EE de *Busca de suporte* em adultos, e um aumento da *Busca de suporte* nos pares durante a adolescência, de forma que, quando as situações são incontroláveis ou em situações que os adultos têm autoridade, os mais novos procuram seu apoio. Assim, com a idade, as crianças estão cada vez mais habilitadas a identificar situações em que o apoio dos adultos é apropriado; e, com a chegada da adolescência, especialmente entre 10 e 16 anos de idade, elas tornam-se mais eficazes em determinar a melhor fonte de apoio para diferentes problemas (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007).

Skinner e Zimmer-Gembeck (2007) avaliaram as diferenças de idade na EE de *solução de problemas*. As crianças menores de oito anos mostraram baixos níveis de utilização da *solução de problemas*. Em crianças com mais de seis anos, quando as escalas de avaliação incluíam *solução cognitiva de problemas*, esta EE foi usada mais frequentemente, especialmente, pelas crianças mais velhas.

A *distração* é uma das estratégias mais encontradas em estudos de *coping* em crianças. No que diz respeito às diferenças de idade, a *distração* é bastante encontrada em crianças pequenas, até mesmo antes dos quatro anos. No entanto, com o passar da idade, esse tipo de estratégia se torna mais organizada, flexível, específica para o problema e combinada a outras EE (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011).

Em revisão de literatura feita por Fields e Prinz (1997), foi possível constatar que crianças da fase pré-escolar tendem a ter EE focadas no problema e EE de evitamento ou esquiva. Quando as crianças passam para o Ensino Fundamental, começam a utilizar EE focadas na emoção, além de EE

de *distração*. Couceiro (2008) ainda identificou que algumas EE, como a *catastrofização* e a *distração*, vão diminuindo com a idade, enquanto que outras, como o *suporte social*, a *culpabilização* e a *reestruturação cognitiva* e mantêm mais estáveis.

A Tabela 4 resume as principais mudanças desenvolvimentais ocorridas nas EE do nascimento até o final da adolescência, segundo revisão de Skinner e Zimmer-Gembeck (2009).

Tabela 4. Descrição de possíveis mudanças de desenvolvimento nas estratégias de enfrentamento até à adolescência

Período de desenvolvimento	Idade aproximada	Natureza do coping	Papel dos pares sociais	Natureza da regulação
Infância	Nascimento até 18 meses	Desde reflexos até <i>esquema de ação</i> coordenada	Realizar ações de <i>coping</i> com base nas intenções expressas do bebê	Corregulação interpessoal
Idade pré-escolar	2 a 5 anos	<i>Coping</i> usando ações diretas voluntárias	Disponível para ajuda direta e participação	Autorregulação intrapessoal
Infância-Média	6 a 8 anos	<i>Coping</i> usando meios cognitivos	Cooperar e apoiar os esforços de <i>coping</i> da criança	Autorregulação coordenada
Início da adolescência	10 a 12 anos	<i>Coping</i> usando Meios metacognitivos	Lembretes de <i>coping</i>	Autorregulação pró-ativa
Adolescência média	14 a 16 anos	<i>Coping</i> baseados em valores pessoais	<i>Coping</i> reserva	Autorregulação de identificação
Adolescência tardia	18 a 22 anos	<i>Coping</i> baseado em objetivos de longo prazo	<i>Coping</i> de monitoração	Autorregulação integrada

Fonte: Vicente (2013), p. 14, tradução de Skinner & Zimmer-Gembeck, 2009, p. 12, para uso em pesquisa).

Silva e Caires (2010) sugerem que, além da idade, o fator gênero também influencia os tipos de EE. Segundo esses autores, em adolescentes meninas, as EE mais utilizadas foram: *busca de apoio*, sendo familiar ou fora da família, *fuga*, *comportamentos (verbais) agressivos* e *solução de problemas*; e os meninos usaram de forma mais recorrente EE relacionadas à *distração* e *relativização da situação*. No estudo de Kristensen, Schaefer e Busnello (2010), que corrobora com o estudo de Dell’Aglia e Hutz (2002), a EE que apresentou relevância estatística quanto ao gênero foi a de *afastamento*. Esta foi mais utilizada pelos meninos do que pelas meninas. Lynch, Kashikar-Suck, Goldschneider e Jones (2006), ao examinarem diferenças de sexo e idade nas EE de pacientes pediátricos com dor crônica, também observaram diferenças significativas em relação ao sexo nas EE. Os resultados apontaram que meninas usam mais a EE de *Busca por suporte social* e os meninos usam mais técnicas de *distração comportamental*.

1.4 Processos de enfrentamento e sua aplicação no contexto de saúde

Além das diferenças quanto à idade e ao gênero, um fator que se mostra passível de estudos é a divergência entre a autoavaliação infantil e as percepções de familiares que cuidam da criança. Assumpção, Kuczynski, Sprovieri e Aranha (2000), ao realizarem uma revisão da área, verificaram baixos índices de correlação entre a autoavaliação infantil e as percepções paternas e da equipe médica em contato com a criança. Löhr (1992), ao avaliar crianças com leucemia, também verificou divergências entre o comportamento das crianças e a descrição dos pais sobre as mesmas. Esses mesmos achados corroboram com os estudos de Canning, Hanser, Shade e Boyce (1992) e Canning (1994). Oliveira (2013), ao aplicar o Protocolo de Caracterização da

Dor na Anemia Falciforme, na versão cuidadores e versão criança, verificou que, no momento da dor, há uma diferença significativa em relação ao tipo de dor e avaliação da última crise de dor. Esta era perceptível para a criança como mais forte do que as anteriores, diferentemente da percepção dos cuidadores. Estes, por sua vez, acreditavam que a última crise de dor não foi mais forte que as anteriores. Esses dados corroboram os dados apresentados por Correia e Linhares (2008) e Graumlich et al. (2001). Houve concordância, porém, entre as crianças e as mães no que se refere ao processo de enfrentamento: as crianças relataram com maior frequência a EE de *ruminação* e *Desamparo*, indicando a presença de comportamentos que demonstram passividade, desânimo e pessimismo. Nas respostas das mães, também se verificou maior frequência de EE de *ruminação* e o *Desamparo*. Coelho (2015) avaliou a diferença entre a percepção da dor, dos estressores e das EE da hospitalização, de acordo com a criança internada e de seus cuidadores em 19 díades (criança e cuidador). Os resultados mostraram que crianças e cuidadores perceberam a presença de dor nas últimas 24 horas, sendo que os procedimentos médicos invasivos foram percebidos pelas crianças como principais estressores da hospitalização, enquanto os cuidadores destacaram a alteração da rotina diária. Os comportamentos de *coping* mais frequentes foram tomar remédio, assistir TV e rezar, referidos pelas crianças e por seus cuidadores. Verificou-se a maior proporção de macrocategorias de *coping* referentes a *Acomodação* para crianças e cuidadores. A comparação entre o autorrelato da criança e dos cuidadores não indicou diferenças significativas na percepção de dor e no enfrentamento. Esses dados afirmam os estudos de

avaliação das EE no contexto da dor crônica e da hospitalização (Garioli, 2011; Lima, 2009; Oliveira, 2013; Motta & Enumo, 2010).

Alguns estudos têm centrado sua temática no objetivo de avaliar as EE de crianças e adolescentes frente a uma doença crônica e/ou hospitalização, sua medida, os processos envolvidos, bem como a nomenclatura utilizada e sua efetividade (Cerqueira, 2000; Compas et al., 1991, 2001). Nessa avaliação do *coping* na área da Saúde, verifica-se a predominância de estudos sobre o enfrentamento da dor e do *distress* decorrentes da exposição a procedimentos médicos invasivos, como vacinas (Cohen, Blount, Cohen, & Johnson, 2004; McCellan, Cohen, & Joseph, 2003), a hospitalização para cirurgia eletiva (Altshuler, Genevro, Ruble, & Bornstein, 1995; Costa Jr., 1999), o tratamento médico da anemia (Gil, Willians, Thompson, & Kinney, 1991) e o tratamento odontológico (Brown, O’Keeffe, Sanders, & Backer, 1986; Curry & Russ, 1985; Moraes et al., 2006). O enfrentamento da dor decorrente de doenças reumatológicas (Varni et al., 1996), gastrointestinais (Walker, Smith, Garber, & Van Slyke, 1997) e oncológicas (Blount, Landolf-Fritsche, Powers, & Sturges, 1991; Costa Jr., 1999; Manne, Bakeman, Jacobsen, & Dennig, 1993; McCaffrey, 2006; Motta & Enumo, 2004a; Tucker, Sliffer, & Dahlquist, 2001; Weisz, Mac Cabe, & Dennig, 1994) também têm caracterizado os estudos sobre avaliação do enfrentamento em crianças.

Entretanto, avaliar o *coping* continua sendo um dos maiores problemas na área, principalmente devido à carência de instrumentos para a população e o contexto a serem avaliados (Aldwin, 2009; Folkman & Moskowitz, 2004). Esta questão será discutida no tópico a seguir.

1.5 A avaliação do processo de enfrentamento

Assim como há várias concepções sobre o processo de enfrentamento, várias são as formas de medi-lo, gerando uma diversidade de escalas. Em uma revisão dos instrumentos que avaliam o estresse e as EE, realizado por Blount et al. (2008), foram encontradas 12 medidas que avaliam o *coping*, entre escalas e medidas de observação para crianças, adolescentes e adultos. Entre elas, foram citadas: (a) *A-Cope* (Patterson & Mc Cubbin, 1987); (b) *Coping Response Inventory – Youth Form - CRI-Y* (Ebata & Moos, 1991); (c) *Coping Strategies Inventory - CSI* (Tobin, 1991); (d) *Kidcope* (Spirito, Stark, & Williams, 1988); (e) *Role-Play Inventory of Situations and Coping Strategies – RISCs* (Quittner, Tolbert, & Regoli, 1996); (f) *Ways of Coping - Revised version* (Folkman & Lazarus, 1980); e para medir o *coping* da dor foram incluídos: (g) *Pain Coping Questionnaire – PCQ* (Reid, Gilbert, & McGrath, 1997); (h) *Pain Response Inventory – PRI* (Walker, Smith, Garber, & Van Slyke, 1997); (i) *Pediatric Pain Coping Inventory – PPCI* (Varni et al., 1996); (j) *Behavioral Approach – Avoidance and Distress Scale– BAADS* (Hubert, Jay, Saltoun, & Hayes, 1988); (k) *Child Adult Medical Procedure Interaction Scale - CAMPIS* e *CAMPIS-R* (Blount et al., 1989, 1997) e (l) *Child Adult Medical Procedure Interaction Scale- Short Form - CAMPIS-SF* (Blount et al., 2001). Os instrumentos que avaliam o *coping* em crianças, especificamente, serão descritos a seguir.

Para avaliar o *coping* em criança, é referida a escala *Kidcope* (Spirito et al., 1988), que é uma medida de autorrelato que pretende avaliar as EE utilizadas por crianças e adolescentes. É constituída por 15 itens que geram 10 EE, que resultaram de um conjunto inicial de 24 itens, baseando-se, na

definição de Lazarus e Folkman (1984). Tem sido utilizada em diversos estudos, especialmente com populações clínicas pediátricas (Blount et al., 2012).

O *Role-Play Inventory of Situations and Coping Strategies* (RISCS) (Quittner, Tolbert, & Regoli, 1996) é um instrumento para avaliar o *coping* específico de crianças que têm fibrose cística, com quatro versões: para a criança em idade escolar, para a mãe de crianças em idade escolar, para adolescentes e para a mãe de adolescentes. O RISCS possui 31 itens com situações-problema que são frequentes no dia a dia dessa população. Ele possui boa confiabilidade e boa validade preditiva e concorrente (DiGirolamo, Quittner, Ackerman, & Stevens, 1997).

O questionário desenvolvido por Reid, Gilbert e McGrath (1998), o *Pain Coping Questionnaire* (PCQ), é uma medida multidimensional de enfrentamento da dor, com 39 itens para crianças e adolescentes, com todos os tipos de dor, como dor de cabeça e cólica menstrual, levando em consideração a duração do dor. As respostas focam o que as crianças e adolescentes dizem, fazem ou pensam quando têm dor. O instrumento possui consistência interna e validade preditiva satisfatória, e está sendo traduzido para diferentes línguas, sendo utilizado em diferentes países, demonstrando assim seu uso generalizado e sua aplicabilidade (Blount et al., 2012).

O *Pain Response Inventory* (PRI), de Walker, Smith, Garber, e Van Slyke (1997), é um questionário multidimensional construído para avaliar as respostas de enfrentamento das crianças à dor abdominal recorrente. Ele possui 60 itens, divididos em 16 fatores, apresenta boa consistência interna, porém, assim como o CRI-Y (Ebata & Moos, 1991), não possui coeficiente de

teste-reteste satisfatório, devido às mudanças das EE ao longo do tempo (Blount et al., 2008).

O *Pediatric Pain Coping Inventory* (PPCI) (Varni et al., 1996), foi criado para avaliar o *coping* da dor em crianças, adolescentes e pais. São inventários com formas idênticas para cada uma dessas populações (crianças de cinco a 12 anos, adolescentes de 13 a 18 anos e os pais), diferenciando somente a linguagem utilizada. O instrumento final, após validação de conteúdo e constructo, possui 41 itens, além de indícios de validade preditiva (Varni et al., 1996).

É importante ressaltar que, entre as 12 medidas no formato de escalas apontadas por Blount, Piira e Cohen (2003), somente seis avaliam o *coping* em crianças. Lemétayer e Chateaux (2008) realizaram uma revisão de literatura internacional acerca de instrumentos disponíveis que avaliam enfrentamento de crianças com doenças crônicas. Segundo os autores, mais de 200 artigos foram selecionados, mas somente seis instrumentos avaliavam o enfrentamento em crianças. Dos seis encontrados, quatro deles também foram apontados por Blount et al. (2008), e descritos acima, sendo: Kidcope, PPCI, PRI e PCQ. Essa revisão citou ainda o *Coping Strategies Questionnaire for Children* (CQS-C) (Gil et al. 1993) e o *Coping with a Disease* (CODI) (Petersen et al. 2004). O CQS-C é a versão infantil do CQS para adultos e avalia a dor em crianças com anemia falciforme. No entanto, segundo os autores, não possui índices psicométricos adequados. Já o CODI, que avalia o enfrentamento de crianças com dor crônica, é considerado com bons níveis de estrutura interna.

Foi encontrado ainda, o estudo de Li, Chung, Wong, e Ho (2010), que desenvolveu o Inventário de Comportamentos de Enfrentamento (CBC-CC) para crianças chinesas com idade entre 7-12 anos. Esse inventário busca avaliar a capacidade das crianças para lidarem com procedimentos médicos estressantes e hospitalização, através de cinco estratégias divididas em *coping* focado no problema e focado na emoção, de acordo com Lazarus e Folkman (1984). O instrumento obteve adequado nível de consistência interna e de confiabilidade teste-reteste. Ainda foram achados instrumentos que avaliam o *coping* em familiares de crianças hospitalizadas com câncer, a escala HCS (*Hospitalization Coping Scale*) desenvolvida por Lyu et al. (2016). Segundo os autores, esse inventário possui bom índice de estrutura interna, avaliada pelo Alfa de Cronbach (Lyu et al., 2016). Ademais, foi localizado um instrumento que avalia as reações emocionais em crianças hospitalizadas, a ERI-K (Kim, Park, Foster, & Cheng, 2011). Entretanto, essa última não avalia o constructo do *coping*.

Ainda não existem protocolos de avaliação de EE validados para a população infantil nacional com foco na hospitalização (Ramos et al., 2015). Uma exceção é o Instrumento de Avaliação das Estratégias de Enfrentamento da Hospitalização [AEH], elaborado por Motta e colaboradores (Motta & Enumo, 2002, 2004b). Este instrumento avalia as EE da hospitalização, sendo composto por 20 pranchas, com cenas que retratam comportamentos de enfrentamento da hospitalização, que permitem explorar, a partir das escolhas e relato da própria criança, suas EE. Vários estudos utilizaram o AEH, já no formato computadorizado - *AEHcomp* (Motta, 2007; Motta & Enumo, 2010) para avaliar o *coping* em crianças com doenças crônicas e hospitalizadas, mais

especificamente: câncer (Caprini, 2014; Hostert, 2010; Hostert, Enumo, & Motta, 2015; Lima, Barros, & Enumo, 2014); anemia falciforme (Dias, Oliveira, Enumo, & Paula, 2013; Garioli, 2011; Oliveira, 2013; Oliveira, Garioli, Felizardo, Paula, & Enumo, 2011); internação para cirurgia (Carnier, 2010); e motivos de hospitalização diversos (Moraes, 2007; Moraes & Enumo, 2008; Motta et al., 2015). Essa iniciativa de investigar o *coping* na infância gerou, ainda, interesse de outros pesquisadores da área, resultando em uma procura pelo instrumento e a expansão para uso profissional (Azevêdo, 2010).

1.5.1 O Instrumento de Avaliação das Estratégias de Enfrentamento - AEH

O AEH foi desenvolvido na dissertação de Mestrado de Motta (2001), que avaliou as EE da hospitalização em crianças com câncer, com idade entre seis e 12 anos. A versão inicial considerou as propriedades metodológicas de instrumentos já disponíveis sobre estresse, ansiedade infantil e qualidade de vida e o uso do desenho como instrumento de coleta de dados, em pesquisas sobre conceitos de saúde, doença e morte, além da observação de crianças no contexto hospitalar (Motta & Enumo, 2002, 2004a, 2004b). A definição do construto adotada foi a proposta por Lazarus e Folkman (1984), no qual o enfrentamento é concebido como um conjunto de esforços, tanto cognitivos quanto comportamentais, utilizados pelas pessoas para lidar com situações vividas como estressantes.

O instrumento foi composto por um caderno espiral de desenho, com 21 pranchas de papel (17 x 21cm), ilustradas com desenhos em preto e branco, apresentando 21 comportamentos que retratavam possíveis EE da hospitalização. Esses comportamentos foram previamente classificados como

EE positivas (*brincar, assistir televisão, cantar e dançar, estudar, ler gibi, conversar, buscar informações, tomar remédio, ouvir música e rezar*) e EE negativas (*chorar, ficar triste, desanimar, dormir, esconder-se, pensar em fugir, sentir raiva, fazer chantagem, pensar em milagre, sentir culpa e sentir medo*) (Motta & Enumo, 2002, 2004a, 2004b).

Para o registro da resposta, eram apresentados a cada criança cinco círculos de velcro, de tamanho e cores iguais, que deveriam ser fixados no círculo preso ao caderno de respostas, de acordo com uma escala do tipo *likert*: um círculo, quando avaliava que havia feito apenas às vezes o que estava exposto na prancha; dois círculos, no caso de *quase sempre*; três círculos, no caso de *sempre*, e *nenhum*, para o caso de nunca ter realizado o que estava proposto no desenho. Após o registro, a criança era solicitada a justificar a sua resposta através de um inquérito sobre o que tinha feito, pensado ou sentido durante esse período (suas EE da hospitalização), o que gostaria de fazer no hospital e o brincar no hospital. Essa entrevista era gravada para posterior análise (Motta & Enumo, 2002, 2004a, 2004b).

Para a análise dos dados, esta versão inicial do AEH permitia descrever os comportamentos relatados pelas crianças durante a hospitalização, gerando uma pontuação de EE *positivas* e *negativas*, posteriormente renomeadas como EE *facilitadoras* e *não facilitadoras* da hospitalização, respectivamente. Já para análise das justificativas dadas pelas crianças para as suas respostas, foi proposta uma análise funcional do comportamento, identificando os eventos antecedentes e consequentes da resposta de *coping* escolhida pela criança na prancha (Motta & Enumo, 2002, 2004a, 2005).

Entre 2003 e 2007, foi realizada uma revisão da literatura na área e uma análise das forças e fragilidades do instrumento, levando a uma revisão do AEH. Algumas das pranchas, cujas descrições recebidas não atingiram o percentual mínimo de 80% de adequação ou necessitaram de ajuda da pesquisadora (*sentir raiva, desanimar, esconder-se do médico, sentir culpa e rezar*) foram reformuladas, o que fez com que todas as demais também fossem refeitas (Motta & Enumo, 2004b).

A segunda versão impressa do AEH foi feita com desenhos coloridos e organizados em dois formatos: um para meninos e outro para meninas, com uma personagem principal do sexo masculino e feminino, respectivamente, e uma nova prancha foi incluída, denominada “prancha de apresentação”, na qual a personagem principal convida a criança a participar da atividade. Com essa reformulação, o AEH passou a ser composto por 20 pranchas ilustradas com desenhos coloridos, sem a prancha dormir, com dois formatos, um para cada gênero (Figura 4). Em termos de conteúdo, o instrumento manteve sua caracterização inicial, em que cada uma das pranchas representava comportamentos classificados previamente como facilitadores e não facilitadores (Motta & Enumo, 2002, 2004a, 2004b, 2005).



Figura 4. Exemplo da segunda versão das pranchas do AEH: versão menina e versão menino.

Fonte: Motta, 2007.

A proposta de análise das justificativas das crianças também passou por reformulação. Buscando desenvolver uma base teórica para o AEH, a análise passou a ser realizada através de um sistema de categorias adequado para classificar as EE, já que antes era realizada uma análise funcional dos relatos das crianças (Motta & Enumo, 2002, 2004b, 2005). Esta tomada de decisão baseou-se na revisão da literatura sobre *coping* (Compas, 1987; Compas et al., 2001; Folkman & Moskowitz, 2004; Peterson, 1989; Rudolph et al., 1995; Skinner et al., 2003), que mostram as diferentes formas de metodologias propostas para a avaliação do processo de enfrentamento. Assim, as informações obtidas pelo AEH foram organizadas estruturalmente, considerando que os comportamentos representados nas pranchas, descritos como facilitadores e não facilitadores, se referiam às “instâncias” ou comportamentos de *coping*, localizados na base da estrutura proposta por Skinner et al. (2003). Os relatos emitidos pelas crianças, ao justificarem suas escolhas das pranchas foram analisados e classificados em “estratégias de enfrentamento”. As instâncias (comportamentos) e as EE (identificadas a partir dos relatos) foram incluídas nas “macrocategorias” de enfrentamento e, por fim, a estrutura termina com a associação dessas dimensões ao processo adaptativo.

A análise de adequação dos desenhos e dos comportamentos do AEH verificou que o instrumento se mostrava adequado à compreensão e ao atendimento psicológico à criança, já que ampliou a possibilidade da criança hospitalizada de expressar seus sentimentos, comportamentos e pensamentos, servindo como instrumento facilitador para identificar e compreender os aspectos psicológicos da hospitalização, e possibilitando a criação de

intervenções psicológicas (Motta & Enumo, 2004b). Esta segunda versão impressa do AEH foi aplicada em pesquisas nacionais, com crianças hospitalizadas, por Caprini (2014), Carnier (2010), Hostert (2010), Moraes e Enumo (2008), Silva (2009); e em Portugal (Lima, 2009; Lima et al., 2014), em crianças hospitalizadas com câncer, comparando seus dados com o Kidcope (Spirito et al., 1988).

Esta segunda versão do AEH teve sua versão impressa (Motta & Enumo, 2002, 2004a, 2004b) implantada no Ambiente de Apoio a Avaliações Psicológicas - ACAAPSI, um *software* livre, desenvolvido em duas dissertações de Mestrado do Programa de Mestrado em Informática da UFES (Leal, 2005; Soprani, 2005; Soprani, Leal, Menezes, & Enumo, 2005). Entretanto, essa primeira versão informatizada manteve-se restrita ao desenvolvimento de um protótipo, que necessitava de complementação.

Em 2010, por meio de uma parceria entre a UFES e a Universidade Vila Velha (UVV), iniciou-se o projeto de desenvolvimento do *software* AEHcomp (Motta, Felizardo, Enumo & Silva, 2011). Esta proposta visava facilitar a aplicação e o processamento dos dados para o psicólogo, além de favorecer a adesão e a motivação da criança, tendo como base a carência de produtos informatizados ainda existente nessa área (Joly, Martins, Abreu, Souza, & Cozza, 2004; Prado, 2005).

Utilizando a versão computadorizada do AEH, ainda como um protótipo em um ambiente computacional (Leal, 2005; Soprani, 2005), vários pesquisadores estudaram as EE da hospitalização de crianças em condições diversas. Achados desses estudos serão descritos a seguir.

Em pesquisa de Doutorado, Motta (2007) avaliou os efeitos comportamentais de um programa de intervenção psicológica lúdica em 12 crianças com câncer, de sete a 12 anos. Para isso, utilizou o *AEHcomp* com o objetivo de avaliar as EE e os comportamentos facilitadores e não facilitadores da hospitalização dessas crianças, divididas aleatoriamente em dois grupos, sendo um, submetido a intervenção lúdica focalizada no enfrentamento (Grupo 1) e, outro, focalizado na brincadeira livre (Grupo 2, de comparação). Segundo Motta e Enumo (2010), os resultados desse delineamento experimental mostraram que houve um aumento nas médias de comportamentos facilitadores no pós-teste para os dois grupos, mas a diferença entre pré e pós-teste não foi significativa, mesmo para G1, que passou pela intervenção. No caso de comportamentos não facilitadores, as autoras verificaram a redução das médias, no pós-teste, para ambos os grupos. A análise intragrupo revelou que essa diferença foi estatisticamente significativa, mas apenas para G1. Em relação às EE, a comparação entre os grupos não indicou diferenças significativas no pré-teste. No pós-teste, a análise intergrupos das EE indicou uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos em *Solução do problema*. Nesse caso, pode-se afirmar que, após o período de intervenção, G1I apresentou uma média da EE de *Solução do problema* significativamente superior à média apresentada pelo G2. Os achados deste estudo mostram a contribuição desse tipo de intervenção para a redução significativa de comportamentos não facilitadores, indicando um caminho possível para a atuação do psicólogo no hospital.

Moraes e colaboradores (Moraes, 2007; Moraes & Enumo, 2008) analisaram as EE da hospitalização de 28 crianças, com idade de nove anos e

cinco meses, em média, internadas por motivos diversos em um hospital público de Vila Velha/ES, também utilizando o AEHcomp. Segundo as autoras, *Ruminação* e *Distração* foram as EE mais referidas, e os comportamentos que mais apareceram foram *conversar* e *tomar remédio*.

Silva (2009) buscou compreender as EE utilizadas por crianças hospitalizadas com doenças crônicas e agudas, aplicando o AEH em 10 crianças, de ambos os sexos, com idade entre sete e 12 anos, internados por um período mínimo de três dias nas clínicas cirúrgicas e médicas de um hospital infantil no Sul do país. Os resultados indicaram um *coping* mais adaptativo, com comportamentos, como *assistir televisão*, *conversar* e *tomar remédio*.

Carnier (2010) avaliou o nível de estresse e as EE em 63 crianças em situação pré-cirúrgica, com idade entre sete e 12 anos. Os dados apontaram que 12,7% das crianças apresentaram estresse e 23,8% possibilidade de estresse, especialmente para sintomas psicológicos (33%). As crianças apresentaram mais comportamentos facilitadores da hospitalização, como: *tomar remédio*, *assistir televisão* e *conversar*. Segundo a autora, as EE mais utilizadas pelas crianças foram: *Distração* e *Solução de problemas*. A *Reestruturação cognitiva* foi mais usada por crianças mais velhas e aquelas com experiência prévia com cirurgia e, ainda, para justificar a não emissão de alguns comportamentos de *coping*, como não se esconder.

Hostert e colaboradores (Hostert, 2010; Hostert et al., 2015) analisaram as EE, incluindo suas preferências lúdicas e suas relações com problemas emocionais e comportamentais, em 18 crianças, com idade entre seis e 12 anos, hospitalizadas com câncer em uma classe hospitalar, por um período de

47 dias em média. Segundo os autores, a *Distração* foi identificada como a mais frequente, seguida pela *Ruminação*, *Solução de problemas* e *Busca de suporte*; e os comportamentos mais escolhidos: *brincar*, *conversar*, *assistir televisão*, *tomar remédio* e *estudar*.

Lima e colaboradores (Lima, 2009; Lima, et al., 2014) analisaram a forma como os pais avaliam a adaptação de seus filhos à hospitalização, investigando, ainda, as EE em crianças portuguesas hospitalizadas com câncer. Utilizaram o AEH (Motta, 2007) e o Kidcope (Spirito et al., 1988). Os resultados ressaltaram níveis reduzidos de estresse, segundo os pais e as crianças. No que se refere às EE mais relatadas, também foram as mais adaptativas, como a *Solução de problemas* e a *Busca de suporte* e os comportamentos foram *brincar*, *assistir televisão*, *conversar* e *tomar remédio*. A pesquisa apontou que o AEH se revelou adequado tanto para fins clínicos como de investigação nesta população, na medida em que assegura a facilidade da comunicação e da compreensão das crianças com câncer.

Caprini (2014) também utilizou o AEH para avaliar crianças com câncer. Seu objetivo foi analisar as mudanças no processo de enfrentamento da hospitalização de seu grupo em dois momentos: no período logo após o diagnóstico e após dois meses. A autora também fez uso do Kidcope para avaliar o enfrentamento dessas crianças. Os resultados mostraram que não foram encontradas diferenças significativas no *coping* nos dois momentos de avaliação. Para lidar com a hospitalização, as crianças apresentaram EE adaptativas, principalmente relacionadas à macrocategoria *Acomodação*, porém, houve situações em que o estressor foi percebido como uma ameaça, e EE menos adaptativas, da macrocategoria de *Submissão*, foram observadas.

O AEH ainda foi utilizado no contexto de avaliação da dor na Anemia Falciforme [AEHcomp-Dor], com a adaptação de Oliveira e colaboradores (Oliveira et al., 2011; Oliveira, Enumo, & Paula, 2013)⁵. Esta adaptação foi realizada no formato computadorizado do instrumento, que foi modificado para mudar o foco do ambiente hospitalar para um contexto onde referências à dor pudessem ser identificadas. Assim, quatro telas (*tomar remédio*, *buscar informações*, *esconder-se* e *fugir*) sofreram alterações. Na tela *tomar remédio*, a enfermeira dando o medicamento para a criança em um copinho foi alterada pela figura de um cuidador (mãe) e o remédio foi dado em uma colher. Na tela *fugir*, a casa tinha o letreiro “hospital”, que foi retirado na adaptação. Nas telas *esconder-se* e *buscar informação*, a figura do médico foi retirada e substituída pela de um cuidador. O objetivo desse estudo foi analisar o processo de enfrentamento da dor em crianças com Anemia Falciforme, baseado na TMC. Pretendeu-se também verificar a eficácia de um programa de intervenção baseado na abordagem cognitivo-comportamental e em atividades lúdicas. O AEH-Dor foi aplicado em sete crianças, com idade entre oito e 11 anos. As principais EE foram *planejar estratégias*, *ruminação*, *aceitação*, *busca por conforto* e *regulação emocional*, seguidas de *passividade*, *reestruturação cognitiva* e *distração*. Os dados do processo de enfrentamento da dor do pré e pós-teste mostraram que a proposta de intervenção foi adequada, já que houve diminuição da frequência da maioria dos comportamentos não facilitadores e aumento significativo dos comportamentos facilitadores, o que refletiu no aumento, também significativo, das EE facilitadoras e na diminuição das EE não facilitadoras do enfrentamento da dor, no pós-teste.

⁵ Adaptação do instrumento com autorização das autoras: Alessandra Brunoro Motta e Sônia Regina Fiorim Enumo.

Garioli e colaboradores (Garioli, 2011; Oliveira, Garioli, Felizardo, Paula, & Enumo, 2011) também utilizaram o *AEHcomp-Dor* para avaliar as EE em crianças com Anemia Falciforme. Foram avaliadas 12 crianças, com idade entre 8 e 10 anos, e os dados mostraram que as EE mais utilizadas foram *ruminação* e *solução de problemas*, seguidas de *reestruturação cognitiva*. A presença da estratégia de *ruminação* indica a concentração das crianças nos aspectos negativos impostos pela doença, o que pode se constituir em fator de risco para o desenvolvimento de transtornos internalizantes, como depressão, como alertam Dias et al. (2003).

Os estudos de Garioli (2011) e Oliveira (2013) afirmaram que o instrumento AEH se mostrou adequado para avaliar as EE em crianças com anemia falciforme. Outros estudos (Carnier, 2010; Hostert, Motta, & Enumo, 2011; Lima, 2009; Moraes & Enumo, 2008; Motta & Enumo, 2010; Silva, 2009) apontaram para uma adequação do instrumento ao avaliarem o *coping* em crianças com outras doenças crônicas, uma vez que permitiu identificar repertórios comportamentais e descrever formas de enfrentamento, e ainda de realizar uma análise funcional do processo de *coping*, possibilitando analisar seu efeito adaptativo à hospitalização e à doença.

Abaixo, segue a Tabela 5 com os principais resultados dos estudos que utilizaram o AEH.

Tabela 5. Principais resultados dos Estudos que utilizaram o AEH

Estudo	N	Instrumento de Coping	Idade das Crianças	Resultados	
				EE mais referidas	Comportamentos mais referidos
Moraes e Colaboradores (2008)	28	AEH	Média de 9 anos e 5 meses	Ruminação e Distração	Conversar e Tomar Remédio
Silva (2009)	10	AEH	7 a 12 anos	Coping Adaptativo	Assistir televisão, Conversar e Tomar Remédio
Carnier (2010)	63	AEH	7 a 12 anos	Distração e Solução de Problemas	Tomar Remédio, Assistir Televisão e Conversar
Hostert e Colaboradores (2015)	18	AEH	6 a 12 anos	Distração, Ruminação, Solução de Problemas e Busca de Suporte	Assistir Televisão, Conversar, Brincar, Tomar Remédio e Estudar
Lima e Colaboradores (2014)	19	AEH e Kidcope	6 a 12 anos	Solução de problemas e Busca de Suporte	Brincar, Assistir Televisão, Conversar e Tomar Remédio
Caprini (2014)	12	AEH	6 a 12 anos	Acomodação e Submissão	Conversar, Tomar Remédio e Assistir Televisão
Oliveira e Colaboradores (2011)	7	AEHcomp dor	8 a 11 anos	Planejar Estratégias, Ruminação, Aceitação e Buca por Conforto e Regulação Emocional.	Tomar Remédio e Assistir Televisão
Garioli e Colaboradores (2011)	12	AEHcomp dor	8 a 10 anos	Ruminação, Solução de Problemas e Reestruturação Cognitiva.	Tomar Remédio e Assistir Televisão

Pesquisadores na área do *coping* destacam dificuldades teórico-metodológicas do constructo e a diversidade das metodologias propostas para a avaliação e análise do *coping* (Compas, 1987; Compas, Connor-Smith et al., 2001; Folkman & Moskowitz, 2004; Peterson, 1989; Rudolph et al., 1995; Skinner et al., 2003). Para alguns autores, a avaliação do *coping* deve ser feita em uma perspectiva multimetodológica, levando em consideração medidas de autorrelato, observação, entrevistas e outras formas de avaliação (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007; Skinner et al., 2003). Particularmente, em relação à TMC são poucos os estudos empíricos que investigam as EE em crianças (Ramos, 2012). Em revisão realizada por Ramos (2012), foram encontrados 28 estudos que avaliaram o *coping* infantil (Beltrão, Vasconcelos, Pontes, & Albuquerque, 2007; Benute, Nonnenmacher, Evangelista, Lopes, Lucia, & Zugaib, 2011; Correia, & Pinto, 2008; Costa Junior, 2000; Costa, Carvalho, Santana, Silva & Silva, 2010; Costa Junior, Coutinho, & Kanitz, 2000; Del Bianco & Cardoso, 2010; Dell'Aglio & Hutz, 2002a; Dell'Aglio, Hutz, 2002b; Faria, Oliveira, & Mendes, 2007; Kohlsdorf, & Costa Junior, 2008; Kohlsdorf, & Costa Júnior, 2009; Lisboa, Koller, Ribas, Bitencourt, Oliveira, Porciuncula & Marchi, 2002; Mensorio, Kohlsdorf & Costa Junior, 2009; Moraes & Enumo, 2008; Motta & Enumo, 2004a; Motta & Enumo, 2004b; Motta, & Enumo, 2010; Pacheco & Cabral, 2011; Raimundo & Pinto, 2006; Risso, Santos, Sabino, Bernardes-da-Rosa & Borim, B. 2001; Schmidt, Dell'Aglio & Bosa, 2007; Schwanck, & Silva, 2006; Seidl, Rossi, Viana, Meneses & Meireles, 2005; Silva, Collet, Silva & Moura, 2010; Silva, Guedes, Moreira & Souza, 2002; Siqueira, Casarin, & Rockembach, 2010; Troijo, Tavano, & Rodrigues, 2006). Assim, o uso de instrumentos padronizados poderia ser um recurso útil por

permitir que a avaliação fosse mais rápida e direcionada, além de permitir a comparação entre diferentes populações (Ramos, 2012), sendo importante a adaptação do AEH para a versão de escala.

1.6 O problema de pesquisa

O Instrumento de Avaliação das Estratégias de Enfrentamento da Hospitalização (AEH) (Motta, 2001, 2007; Motta & Enumo, 2002, 2004a, 2004b, 2005, 2010) é uma escala para crianças entre seis e 12 anos que tem se mostrado adequada para avaliação do *coping* no ambiente hospitalar. O AEH tem sido aplicado em crianças com câncer (Caprini, 2014; Hostert, 2010; Hostert, Enumo, & Motta, 2015), com doenças diversas (Moraes, 2007; Moraes & Enumo, 2008; Motta et al., 2015), e em outros contextos, como no enfrentamento da dor da anemia falciforme (Garioli, 2011; Oliveira, 2013), sendo aplicada no país e em Portugal (Lima et al., 2014). Contudo, ainda não haviam estudos psicométricos sobre suas validades, além da escala ter passado por mudanças teóricas a partir de 2007 (Moraes, 2007; Motta, 2007), coexistindo a proposição original dos seus 20 itens segundo a abordagem Transacional do *Stress-Coping* (Lazarus & Folkman, 1984), cujas respostas verbais podiam ser analisadas segundo a TMC (Skinner et al., 2003; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007; Skinner & Wellborn, 1984), em uma perspectiva desenvolvimentista do *coping*. Sendo assim, tornou-se relevante propor a reestruturação do instrumento baseado na TMC (Skinner et al., 2003; Skinner & Wellborn, 1994; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007), e ainda, buscar por evidências de validade do mesmo. Diante disso, houve a necessidade de mudança do nome do instrumento, que fazia referência às estratégias de enfrentamento (AEH – Instrumento de Avaliação das Estratégias de

Enfrentamento da Hospitalização), passando e se chamar Escala de Coping da Hospitalização (COPE-H).

Considerou-se que o instrumento no formato de uma escala permite ao avaliador maior facilidade e objetividade na avaliação e interpretação dos dados, garantindo melhor precisão para descrever o comportamento (Urbina, 2007). Uma escala é um instrumento constituído por vários itens que possuem uma estrutura interna lógica, ou seja, se agrupam em dimensões ou fatores, de forma que são capazes de medir ou ordenar o fenômeno de acordo com características quantitativas (Pasquali, 2010).

No novo formato, o COPE-H tem como objetivo incorporar algumas vantagens que permitirão estabelecer comparações e diferenças nas EE de crianças brasileiras hospitalizadas, tais como a estruturação e a padronização. Nessa versão, a aplicação do COPE-H poderá se tornar mais fácil para a criança que responde ao instrumento. Para o psicólogo, esse tipo de instrumento poderá viabilizar o manejo de uma quantidade maior de dados e sua posterior comparação e ainda, permitir o acesso aos processos de enfrentamento da criança de forma confiável e dinâmica. Essa avaliação poderá subsidiar a proposição de técnicas de intervenção que minimizem o impacto da hospitalização para a criança, contribuindo para a atuação da equipe de saúde, já que segundo Dias et al. (2003), as internações hospitalares podem desencadear problemas psicológicos ou de comportamento temporários, levando a alterações no desenvolvimento intelectual, afetivo e da personalidade.

A proposição do COPE-H considera ainda, como foi mostrado por Skinner et al. (2003), a complexidade desse constructo e o reduzido número de

estudos no país sobre as EE em crianças submetidas a frequentes hospitalizações (Carnier, 2010; Moraes & Enumo, 2008, Ramos et al., 2015). Ademais, considera-se importante ressaltar a falta de um instrumento padronizado para a população brasileira que avalie o *coping* da hospitalização.

Dessa forma, espera-se contribuir para a produção científica nas áreas da Psicologia do Desenvolvimento e da Psicologia Pediátrica, bem como da Avaliação Psicológica.

1.7 Objetivo

Esta pesquisa teve como objetivo adaptar e obter evidências de validade para Escala de Coping da Hospitalização (COPE-H), no formato para crianças, com idade entre 6 e 12 anos.

1.7.1 Objetivos Específicos

Mais especificamente, pretendeu-se:

- a) obter evidências de validade do instrumento baseada no conteúdo, nas relações com variáveis externas, nas consequências da testagem, e na estrutura interna da escala;
- b) obter os dados normativos da escala;
- c) identificar, descrever e analisar as estratégias de enfrentamento de crianças hospitalizadas por doenças diversas, com idade entre 6 e 12 anos;
- d) identificar e analisar os problemas de comportamento de crianças hospitalizadas, com idade entre 6-12 anos;
- e) adaptar a Escala COPE-H para a versão dos cuidadores (COPE-H Cuidador).

2. MÉTODO

A proposição de adaptar o AEH para o formato de uma escala implicou em procedimentos psicométricos, os quais são apresentados neste tópico. A racional que orientou a adaptação e a busca por evidências de validade do AEH foi baseada na proposta de Messick (1980). Este autor, em consonância com o *Standards for Educational and Psychological Testing* (AERA), a *American Psychological Association* (APA), a *American Educational Research Association* e o *National Council on Measurement in Education* (NCME), formulou o conceito de validade como “[...] o grau em que as evidências embasam as inferências feitas a partir dos escores dos testes” (p. 9).

Seguiram-se os procedimentos descritos por Pasquali (1999) para a elaboração de uma escala psicológica: (a) teórico, (b) empírico, e (c) analítico ou estatístico. O primeiro procedimento visa a especificar os comportamentos que representam o objeto psicológico a ser medido, neste caso, o coping, e a operacionalização do construto em itens que irão compor a escala. Para a construção dos itens, foi necessário compreender, previamente, os fundamentos teóricos que orientaram o teste, pois, assim, se obtém maior pertinência dos itens à teoria, garantindo melhor adequação dos parâmetros psicométricos. No presente estudo, como já foi apontado anteriormente, a base teórica utilizada foi a TMC (Skinner et al., 2003; Skinner & Wellborn, 1994; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007). Nesse sentido, os itens foram elaborados de forma a representarem esse constructo, sendo baseados nas instâncias de coping que se configuraram, posteriormente, em EE, passíveis de serem classificadas nas “macrocategorias” de coping (Skinner et al., 2003).

A adequação do AEH aos pressupostos teóricos da TMC abrangeu não somente as estratégias de enfrentamento, mas também o processo de coping. Em consonância com essa adaptação, houve necessidade de mudança do nome do instrumento, que fazia referência às estratégias de enfrentamento (AEH – Instrumento de Avaliação das Estratégias de Enfrentamento da Hospitalização), passando e se chamar Escala de Coping da Hospitalização (COPE-H).

O segundo procedimento diz respeito ao polo experimental, que deve ser baseado em fontes de pesquisa (Pasquali, 2010). Este processo implica na análise da literatura e de testes já existentes, assim como na realização de entrevistas com a população-alvo, com o objetivo final de criação dos itens que representam esse constructo, para compor a versão preliminar do instrumento.

O terceiro e último procedimento é realizado através do tratamento estatístico, com fins de validação e verificação de precisão do instrumento, por meio da análise de juízes, e a testagem de um piloto para os ajustes finais. No processo de confiabilidade, supõe-se que o traço que é medido se mantém constante em diferentes ocasiões (Pasquali, 2010).

Indo além da construção ou adaptação do COPE-H, procedeu-se a busca de validades do instrumento, que diz respeito ao "que o teste mede e com que eficácia ele o faz" (Anastasi & Urbina, 1997, p.133). Tradicionalmente, a validade de um instrumento é avaliada sob três formas: a) validade de conteúdo, que avalia o conteúdo dos itens verificando se são adequados para representar um domínio de comportamentos; b) de constructo, que se trata da medida em que um teste mede um constructo ou traço; e c) de critério, que se

refere à eficácia com a qual o teste prediz variáveis externas e de critério. (Anastasi & Urbina, 1997, p.133).

No entanto, Messick (1980) critica esse processo de validade operacionalizada e classificada em três tipos. Este autor argumenta que, tanto a validade de conteúdo, como a de critério apresentam informações sobre o constructo, ou seja, todo o tipo de validade já seria uma forma de verificá-lo. Assim, validade de constructo se tornou um sinônimo de validade, de forma que o termo “tipos de validade” foi alterado para “fontes de evidências de validade”, na tentativa de torná-lo um conceito único, que explicita formas diferentes de obter interpretações dos escores de um teste (Primi et al., 2009). Dessa forma, Messick (1980) junto a AERA, APA e a NCME, consideram desde 1999 que “[...] *não se valida um instrumento em si, mas as interpretações dos escores dos testes vinculadas aos usos propostos dos testes*” (Primi et al., 2009, p. 250).

Segundo a AERA, APA e NCME (1999), o processo de validade é cumulativo, agregando um conjunto de evidências científicas que asseguram as interpretações dos escores. Dessa forma, atualmente são buscadas *evidências de validade* baseadas: no *conteúdo*, nas relações com outras variáveis, na estrutura interna, nas consequências de testagem e no processo de resposta.

As evidências de validade baseadas no conteúdo buscam as relações entre o conteúdo do teste (itens) e o domínio que se quer avaliar. Para isso, é necessária a avaliação de especialistas da área que irão analisar se a descrição do conteúdo está de acordo com a literatura, sendo verificado ainda,

a pertinência prática e teórica dos itens, bem como a clareza de linguagem (AERA, APA, & NCME, 1999).

Já as evidências de validade baseadas nas relações com outras variáveis, têm como objetivo verificar as relações entre os escores do teste e outras variáveis que medem características relacionadas (convergente) ou características diferentes (discriminante) (AERA, APA & NCME, 1999).

A evidência de validade baseada na estrutura interna é realizada através de análises estatísticas, de forma a saber, a contribuição de cada item no resultado total do teste. O objetivo é constatar se os itens estão adequados para avaliação do domínio que se pretende medir (AERA, APA, & NCME, 1999).

Tem-se ainda, as evidências de validade baseadas nas consequências da testagem. Esse tipo de validade verifica se as implicações da utilização do teste se relacionam com os resultados desejados de acordo com a finalidade em que foi criado (AERA, APA, & NCME, 1999). Por último, as evidências de validade baseadas no processo de resposta, fornecem dados sobre processos mentais presentes durante a execução do teste (AERA, APA, & NCME, 1999).

Durante o processo de construção dos testes, ainda é verificado a padronização do instrumento, bem como sua precisão e normatização. O processo de padronização se refere à uniformidade em todos procedimentos no uso de um teste válido, que vão desde as precauções a serem tomadas na aplicação do teste (ambiente de testagem, material do teste, condições favoráveis de aplicação e domínio do teste pelo psicólogo), como também nos critérios para a interpretação dos resultados obtidos. A precisão de um teste diz respeito à estabilidade, de forma que é esperada uma constância dos

resultados dos sujeitos em diferentes situações de aplicação ou com aplicações advindas de testes similares. Já a normatização se refere à uniformidade na interpretação dos escores dos testes, já que os resultados brutos não transmitem nenhum sentido. Assim, por meio de métodos estatísticos descritivos, é possível dar sentido aos dados, de forma a facilitar sua compreensão e utilização (Anastasi & Urbina, 2000).

Dessa forma, pode-se considerar que, no que se refere aos conceitos de validade e de precisão de testes psicológicos, vale destacar que eles são elementos indispensáveis para garantir a confiabilidade dos resultados das aplicações. Sendo assim, julga-se importante e necessário a adaptação de um instrumento que avalie o *coping* da hospitalização, contribuindo assim para a área da Psicologia Pediátrica e da Avaliação Psicológica.

Com esse enfoque, para o alcance dos objetivos propostos, realizou-se um estudo de cunho metodológico, que se iniciou com a adaptação do AEH para uma versão de escala padronizada e normatizada, que foi seguido pelos procedimentos para obtenção de evidências de validade. Assim, a fim de operacionalizar a descrição dos procedimentos metodológicos que foram executados nesta pesquisa, baseados no conceito de validade proposto pela AERA (1999), o estudo está apresentado em duas grandes etapas, a saber: (a) Adaptação do COPE-H e verificação de evidência de validade baseada no conteúdo; e (b) Evidências de validade baseada na estrutura interna, nas relações com outras variáveis e nas consequências de testagem. Cada uma dessas etapas foi constituída de fases, conforme descrição, a seguir. Buscou-se ainda, o índice de confiabilidade da escala e o processo de normatização da mesma. A Tabela 6 resume essas etapas, que estão descritas nos Resultados.

Tabela 6. *Etapas do processo de validação da Escala COPE-H e da Escala COPE-H-Cuidador*

Etapa	Etapa 1 (Adaptação)			Etapa 2 (validades baseadas na estrutura interna, nas outras variáveis e na consequência da testagem) (Junho/2015 a Dezembro/2015)					
Fase	<i>Fase 1</i>	<i>Fase 2</i>	<i>Fase 3</i>	<i>Fase 1</i>	<i>Fase 2</i>	<i>Fase 3</i>	<i>Fase 4</i>	<i>Fase 5</i>	
	Adaptação AEH	Validade de conteúdo do COPE-H	Estudo-piloto	Seleção da amostra	Validade baseada na estrutura interna	Validade convergente	Validade discriminante	Validade baseada na consequência de testagem	Processo de Fidedignidade e Normatização da escala
Amostra		5 juízes	20 crianças	---	133 Crianças, 133 cuidadores	124 Crianças	133 Cuidadores	32 profissionais de saúde	133 crianças
Objetivos/ Atividades junto aos participantes	Construção dos itens baseado nas justificativas existentes para o AEH, adequando-o ao formato de escala	Adequação da linguagem, pertinência prática, relevância e dimensão teórica	Padronizar a forma de aplicação, além dos demais instrumentos	Contato com os participantes e <i>Aplicação:</i> - Termos de Consentimento	<i>Aplicação:</i> - COPE-H -COPE-H-Cuidador, para verificar a estrutura interna dos itens	<i>Aplicação:</i> - Kidcope	<i>Aplicação:</i> CBCL 6-18 anos	<i>Aplicação:</i> - Protocolo de Entrevista para os profissionais de saúde	Verificar a confiabilidade dos fatores e da escala e obter as normas para a Escala COPE-H
Análise dos dados	Análise qualitativa	CVC da pertinência prática, teórica, da adequação da linguagem e da dimensão teórica	Análise qualitativa	---	Análise Fatorial	Coefficiente de correlação da Análise de rede	Coefficiente de correlação da Análise de rede	Análise de Conteúdo	Alpha de Cronbach

2.1 ETAPA 1 - Adaptação do AEH e verificação de evidência de validade baseada no conteúdo

Esta etapa foi constituída pelas fases: (a) elaboração dos itens para a adaptação do AEH ao formato escala e estruturação do AEH; (b) verificação de evidência de validade de conteúdo; (c) adequação dos desenhos; e (d) realização de estudo-piloto. Este processo está descrito nos Resultados.

2.1.1 Adequação do AEH ao formato Escala de Avaliação das Estratégias de Enfrentamento da Hospitalização – COPE-H

A Fase 1, realizada entre maio de 2014 e novembro de 2014, consistiu na composição dos itens da escala, a partir da adequação dos relatos das crianças hospitalizadas que haviam respondido ao COPE-H para justificarem seus comportamentos de *coping*. Tais relatos foram extraídos de estudos anteriores com o AEH, sendo eles de Motta (2007), Carnier (2010) e Hostert (2010), nos quais a justificativa da criança era classificada em EE e macrocategorias de *coping*, conforme estudo de Skinner et al. (2003). Esse procedimento foi registrado em uma planilha, especialmente elaborada, que descrevia o comportamento de *coping*, o relato da criança, bem como a classificação do mesmo em uma EE que pudesse ser alocada em uma das macrocategorias de *coping* propostas por Skinner et al. (2003), ver APÊNDICE B. A partir desse procedimento, foi possível operacionalizar o constructo, com base na TMC (Skinner et al., 2003; Skinner & Wellborn, 1994; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007).

Com base nesses registros, foram elaborados os itens da escala, de modo a atender o sistema de macrocategorias da TMC. Dessa forma, a versão final do COPE-H ficou com 17 cenários de comportamentos de *coping* e uma

prancha inicial, na qual o personagem convida a criança a participar da aplicação da escala. Os comportamentos que foram contemplados no COPE-H são: *brincar, chorar, sentir raiva, assistir televisão, esconder-se, sentir-se triste, rezar/orar, sentir-se desanimado, fazer acordo, pensar em fugir, conversar, ouvir música, sentir culpa, sentir medo, sentir coragem, tomar remédio e buscar informação* (APÊNDICE C - versão feminina e APÊNDICE D - versão masculina).

No processo de elaboração dos itens, também foram considerados os critérios e diretrizes para elaboração de instrumentos psicométricos, tais como a adequação da linguagem à população de crianças (Pasquali et al., 2010). Pasquali (1999) lista dez critérios a serem seguidos para que os itens sejam elaborados de forma adequada: (a) critério comportamental- o item deve expressar um comportamento; (b) objetividade- facilidade na identificação da resposta; (c) simplicidade- expressar idéia única; (d) clareza- ser compreensível por todos os estratos da população-alvo; (e) relevância- avaliar o construto em questão; (f) precisão- cada item tem sua posição definida no construto, diferenciando-se dos demais; (g) variedade- variar a linguagem utilizada e o modo de formular os itens, como metade na afirmativa e metade na negativa; (h) modalidade- não utilizar expressões como “muito” e “excelente”; (i) tipicidade- frases com expressões típicas do atributo; e (j) credibilidade- item não deve parecer sem propósito ou inapropriado à faixa etária para a qual se destina.

Os itens elaborados foram, então, submetidos à validação de conteúdo da escala, conforme descrito a seguir.

2.1.2 Fase 2 - Obtenção de evidência de validade baseada no conteúdo do COPE-H e do COPE-H Cuidador

Após a elaboração dos itens da escala, a validação de conteúdo foi realizada por meio da análise de cinco juízes. Todos os cinco juízes eram psicólogos, sendo dois mestres, dois doutorandos e um doutor, além de especialistas em *coping* na TMC. Cada um dos juízes recebeu um formulário que continha os itens elaborados para compor o COPE-H, a partir da TMC, e procederam a uma primeira análise dos itens (APÊNDICE E).

Esses juízes atuaram como peritos, e foram solicitados a emitir seu parecer sobre a correspondência dos itens à clareza da linguagem (critério A), à pertinência prática (critério B), à relevância teórica (critério C) e à dimensão teórica (Pasquali, 2010). A clareza de linguagem considerou a linguagem utilizada nos itens, tendo em vista as características da população-alvo, que era de crianças de seis a doze anos. A pertinência prática verificou se o item foi elaborado de forma a avaliar o conceito de *coping* em crianças, verificando se cada item possui importância para o instrumento do ponto de vista prático. A relevância teórica analisa o grau de associação entre o item e a teoria, considerando se o item está relacionado ao constructo. Já a dimensão teórica investiga a adequação do item à teoria estudada, que foi a TMC, verificando a qual dimensão teórica esse item pertence, ou seja, a qual macrocategoria de *coping* esse item está relacionado.

Para mensurar os referidos critérios, os juízes deveriam responder a uma escala Likert, que variava de 1 a 5 pontos, em que o 1 representava *pouquíssimo*, o 2 representava *pouco*, o 3 representava *médio*, o 4 representava *muita* e o 5 representava *muitíssima*. Para avaliar a dimensão

teórica, foi descrita a TMC (Skinner et al., 2003; Skinner & Wellborn, 1994; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007) e as 12 macrocategorias propostas por Skinner et al. (2003). Assim, os juízes julgavam a qual macrocategoria (dimensão teórica) cada item pertencia.

Após a devolução dos formulários preenchidos pelos cinco juízes, foi composto um banco de dados com cada uma das respostas dadas por eles. O objetivo era verificar a concordância entre os avaliadores e a resposta considerada ideal, ou seja, a categoria em que o item foi criado de acordo com a TMC. Assim, no intuito de criar uma forma para identificar os itens que não eram adequados aos objetivos do instrumento, foi utilizado o Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC), que mostra a concordância entre os juízes (Hernández-Nieto, 2002).

Os itens que não obtiveram 100% de concordância quanto à dimensão teórica foram retirados da escala e novos itens foram criados na tentativa de contemplar as 12 macrocategorias de *coping* baseadas na TMC. No que diz respeito aos outros três critérios que os juízes avaliaram, aqueles em que o CVC foi inferior a 1 foram reformulados.

Para a versão do COPE-H Cuidador, foram mantidos os itens propostos na versão para a criança, porém com adaptação da linguagem para o adulto, de forma que os cuidadores pudessem fornecer suas percepções sobre o enfrentamento da criança, no contexto da hospitalização. Após a adaptação da linguagem, também foram verificadas as evidências de validade de conteúdo da linguagem da escala.

Assim, ao final desse processo realizado entre Dezembro de 2014 e Maio de 2015, foram mantidos 66 itens que foram aplicados num primeiro estudo, o Estudo-piloto.

2.1.3 Fase 3 - Estudo-piloto - verificação dos itens e dos desenhos do COPE-H em uma amostra-alvo

Após obter evidências de validade baseada no conteúdo, foi realizado um estudo-piloto com o objetivo de testar os procedimentos de administração dos instrumentos na coleta, como orientações e condutas, bem como o *rapport* durante a aplicação da escala.

2.1.3.1 Participantes e local de coleta de dados

Foi composta uma amostra de 20 crianças, de ambos os sexos, com idade entre seis e 12 anos, selecionadas aleatoriamente na enfermaria Ortopédica do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória, em Vitória, ES. Os critérios de inclusão foram: (a) disponibilidade para participar do estudo; (b) repertório verbal para emitir informações acerca da doença e da hospitalização, bem como para compreender as atividades propostas; (c) ausência de problemas motores que impedissem o manuseio da escala. A escolha dessa enfermaria se justificou pelo grande número de leitos disponíveis e pela maior rotatividade do número de crianças hospitalizadas, de forma a agilizar o processo de coleta de dados do estudo-piloto.

2.1.3.2 Instrumentos e Materiais do Estudo-piloto

Para realizar o estudo piloto, os instrumentos foram aplicados individualmente, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Participação em Pesquisa (APÊNDICE F) e aprovação do

Comitê de Ética da Universidade Federal do ES - UFES - Campus Goiabeiras (Prot. n. 1.145.406) (ANEXO 1):

1) Escala de Faces Revisada [EF-R] (Poveda et al., 2010), para verificação do nível de dor da criança (APÊNDICE G);

2) Escala COPE-H: A versão do COPE-H foi composta por 66 itens referentes ao enfrentamento da hospitalização, distribuídos em 17 pranchas que retratavam os comportamentos de *coping* (APÊNDICE H);

3) Escala COPE-H Cuidador: foram listados os 66 itens do COPE-H (adequados quanto a linguagem). Não foram mantidas as cenas com desenhos de comportamentos, uma vez que seu objetivo é a característica lúdica do instrumento, capaz de facilitar o acesso da criança. Assim, os itens que contém a EE relacionada ao comportamento representado na prancha, foram listados em um formulário de respostas do Instrumento (APÊNDICE I).

Foram utilizados para esse registro gravadores de voz. Todas as aplicações foram transcritas para posterior análise.

2.1.3.3 Procedimento de Coleta e de Análise dos dados do Estudo-Piloto

Para realizar o estudo-piloto e os demais estudos que implicam na coleta de dados, foram treinados quatro alunos de Psicologia e cinco psicólogos na aplicação dos instrumentos.

Assim, foram aplicadas a Escala de Faces Revisada [EF-R] (Poveda et al., 2010) e, posteriormente, a Escala COPE-H, no período do mês de Maio do ano de 2015. As crianças responderam quanto à clareza da linguagem dos itens e dos desenhos. Nesse momento, era solicitado a elas que dessem exemplos de cada uma das situações que eram retratadas no item. Ao mesmo

tempo, os cuidadores responderam a Escala COPE-H Cuidador, impedindo assim, a comunicação entre o cuidador e a criança.

Todas as respostas fornecidas pelas crianças e pelos cuidadores sobre os itens e, também, sobre os desenhos, foram registradas e transcritas para posterior análise. A análise das entrevistas foi feita de forma a verificar o entendimento da linguagem de cada item, para a criança e para o cuidador, e também dos desenhos. Após a verificação da adequação dos itens e dos desenhos da Escala COPE-H e da Escala COPE-H Cuidador, deu-se início ao processo de busca dos outros tipos de evidência e validade.

2.2 ETAPA 2 - Evidências de validade baseada na estrutura interna, na relação com outras variáveis e na consequência de testagem

A apresentação desta etapa está estruturada em componentes descritivos do processo de coleta de dados, necessária para a obtenção de evidências de validade e determinação de normas para a Escala COPE-H.

2.2.1 Participantes

Uma amostra de conveniência foi composta por 133 crianças, sendo 92 do sexo masculino (69,2%) e 41 do sexo feminino (30,8%), com idade entre seis e 12 anos ($M = 9$ anos), internadas em 2 hospitais, um em Vitória, capital do Espírito Santo, e outro em Cachoeiro de Itapemirim, ES. Também participaram fornecendo informações sobre a criança, os cuidadores das crianças e os profissionais de saúde que estavam prestando atendimento às mesmas na ocasião da coleta de dados (Figura 5).

O fluxograma a seguir descreve a composição da amostra (Figura 5).

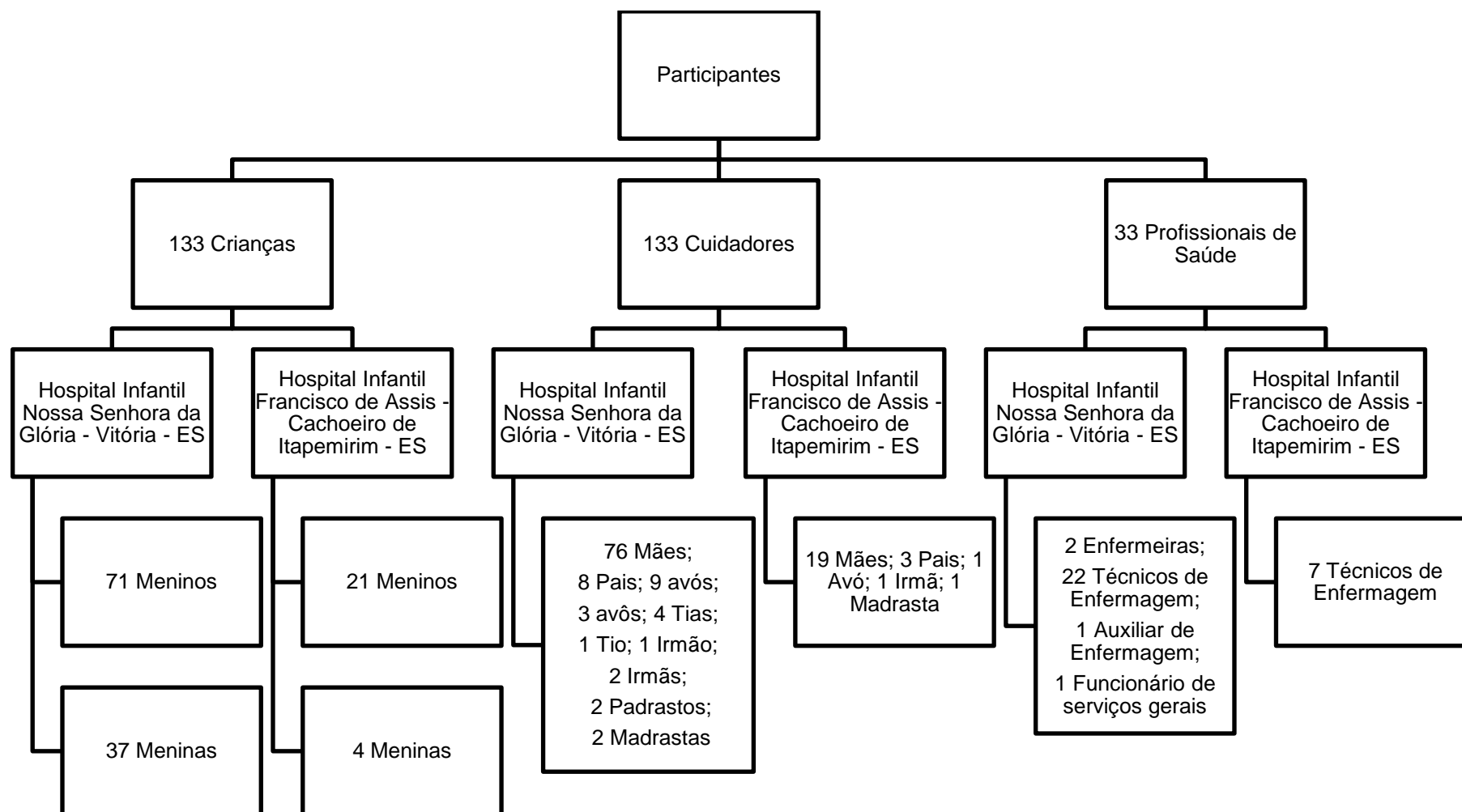


Figura 5. Fluxograma dos participantes das etapas de busca de evidências de validade para o COPE-H.

Para responder os instrumentos de caracterização da amostra, de problemas de comportamento e de avaliação do enfrentamento da hospitalização da criança na percepção do cuidador, foram convidados 133 cuidadores que estavam acompanhando a criança no processo de hospitalização. No entanto, quatro se recusaram a participar da pesquisa, alegando que precisavam ir trabalhar, pedindo então que o companheiro respondesse a pesquisa. Participaram então, 133 cuidadores, a saber: 106 pais (79,7%), 13 avós (9,8%), 5 tios (3,8%), 4 irmãos mais velhos (2,9%) e 5 padrastos/madrastas (3,8%) das crianças. Quanto aos profissionais de saúde, foram convidados 38 profissionais de saúde, ficando ao final a amostra constituída por 33 profissionais, sendo: 2 enfermeiros, 29 técnicos e enfermagem, 1 auxiliar de enfermagem, e 1 funcionário de serviços gerais. O motivo da não participação dos demais foi a falta de outro profissional que o substituísse no momento da aplicação da entrevista.

2.2.1.1 Critérios de inclusão e de exclusão na amostra

Os critérios de inclusão para a composição da amostra foram: (a) estar hospitalizado por, no mínimo, dois dias; e (b) ter repertório verbal para emitir informações acerca da doença e da hospitalização, bem como para compreender as atividades propostas.

Foram excluídas da amostra crianças: (a) com comprometimento motor que impossibilitava o manuseio dos instrumentos de avaliação psicológica, e (b) crianças com limitações impostas pelo quadro de maior gravidade característico da internação em UTI.

O critério de inclusão para responder a Escala COPE-H Cuidador foi a disponibilidade do cuidador para responder ao instrumento no momento da

coleta dos dados com a criança. Com relação aos profissionais de saúde, o critério de inclusão dessa amostra baseou-se na presença de cuidados de saúde que eles prestaram à criança durante o período de coleta de dados, assim como a disponibilidade para responder à entrevista no período após a aplicação do COPE-H.

Para calcular o tamanho da amostra ideal para aplicação da Escala COPE-H, seguiu-se o critério da “razão itens/participantes”, que recomenda que cada escala seja respondida por um número de sujeitos de cinco a dez vezes maior do que o número de itens que compõem o instrumento, para análises exploratórias (Pasquali, 1999). Entretanto, foram realizadas 133 aplicações do instrumento, quando eram necessárias no mínimo 330 aplicações (5 participantes x 66 itens). É importante considerar o fato da dificuldade em encontrar crianças com os critérios de inclusão/exclusão apontados pelo estudo como satisfatórios, durante o período de coleta de dados.

2.2.1.2 Locais de coleta de dados

A coleta de dados aconteceu dentro de dois hospitais públicos do Estado do Espírito Santo, sendo esses considerados hospitais de referência no processo de hospitalização de crianças e adolescentes no estado ES, atendendo a população do Centro, Norte e Sul.

O Hospital Estadual Infantil Nossa Senhora da Glória (HEINSG) se localiza em Vitória, ES. Foi inaugurado em 1935, com capacidade de 70 leitos. Atualmente, ele oferece atendimento à população infantil com 149 leitos de internação, além dos serviços de pronto socorro, com atendimentos de

urgência e emergência, além de procedimentos eletivos e ambulatoriais. Hoje, o hospital é referência no atendimento infantil na Grande Vitória, recebendo crianças do Sul e do Norte do Estado, atendendo a diagnósticos diversos, como: asma brônquica, doença celíaca, osteogênese, má formação da coluna/escoliose, fibrose cística, câncer, DST/AIDS, entre outros. Esses 149 leitos estão distribuídos nas enfermarias de Neurologia e Neurocirurgia, Infectologia, Traumato-ortopedia e Ortopedia Pediátrica, Oncologia, Hematologia, Pediatria Geral, Cirurgia Pediátrica e Clínica Médica Pediátrica; Neonatologia/UTIN, e UTI Pediátrica/UTIP (Secretaria do Estado da Saúde do ES [SESA], s/d).

Neste estudo, foram incluídas todas as enfermarias, com exceção da enfermaria de Oncologia, da UTI e da UTIN. No caso da enfermaria de Oncologia, o acesso da pesquisadora para a realização do estudo foi negado pelo fato de que outras pesquisas já estavam sendo realizadas junto às crianças e seus cuidadores. Já com relação à UTI e à Neonatologia/UTIN, não houve coleta de dados, uma vez que as crianças não preenchiam os critérios de inclusão da amostra, relativos ao intervalo de idade (Neonatologia/UTIN) e às limitações impostas pelo quadro de maior gravidade, que é característico da internação em UTI.

O Hospital Infantil Francisco de Assis (HIFA) se localiza em Cachoeiro de Itapemirim, ES, sendo hoje reconhecido também como referência no atendimento infantil. Foi inaugurado em 1971 e atende mais de 2000 crianças por mês oferecendo atendimento nas áreas de Neurocirurgia Pediátrica, Neurologia, Cirurgia Pediátrica e Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Além das

unidades de internação, oferece assistência ambulatorial, por meio de consultas e realização de exames (SESA, s/d).

A pesquisa foi realizada em todas as áreas do HIFA, exceto a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), uma vez que as crianças não atendem o critério de inclusão da amostra relacionado ao quadro de gravidade da doença.

2.2.2 Instrumentos e Materiais

Para a execução da pesquisa, foram aplicados, além das Escalas a serem validadas (COPE-H e o COPE-H Cuidador), um instrumento de avaliação do *coping* da hospitalização, instrumentos para caracterização da amostra, para avaliação do comportamento e para avaliação do nível de dor, que serão descritos abaixo.

2.2.2.1. Instrumentos para seleção e caracterização da amostra

Para a seleção e caracterização da amostra, foram aplicados quatro instrumentos descritos a seguir:

- 1) *Anamnese – Roteiro I* (Carretoni Filho & Prebianchi, 1994): protocolo de entrevista com nove questões, que permite a coleta de informações gerais sobre a criança e sua família, tais como a história pessoal (gestação, infância e escolaridade), hábitos e interesses, deficiência, história familiar, história socioeconômica, além de características comportamentais, cognitivas e emocionais da criança;
- 2) *Critério de Classificação Econômica Brasil* (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa [ABEP], 2014): trata-se de um sistema de classificação econômica, com 10 itens, que pontua as seguintes variáveis: número de automóveis, banheiros, empregadas domésticas, posse de máquina de lavar roupas, de lavar louças, secador de roupas, geladeira, *freezer* e DVD, microcomputador, microondas, motocicleta, e o nível de instrução do

responsável pela família. A partir desses critérios, as famílias puderam ser classificadas em sete classes econômicas, sendo: Estrato 1, com ponto de corte entre 43-100; Estrato 2, com pontos de corte entre 37-42; Estrato 3, com ponto de corte de 26-36; Estrato 4, com ponto de corte de 19-25; Estrato 5, com ponto de corte 15-18; Estrato 6, com ponto de corte de 11-14; e Estrato 7, com ponto de corte de 0-10. (APÊNDICE J);

3) *Prontuários de acompanhamento do hospital*: documento que reúne informações sobre o paciente. Neste estudo, foi utilizado para a obtenção de dados clínicos sobre a doença (diagnóstico, idade do diagnóstico, acompanhamento, exames, tratamento e comorbidades), bem como dados sociodemográficos dos participantes (nome, data de nascimento e sexo) (APÊNDICE K);

4) *Escala de Faces Revisada [EF-R]* (traduzida do estudo de Hicks, von Baeyer, Spafford, van Korlaar, & Goodenough, 2001, para a população brasileira por Poveda et al., 2010).

É composta por seis diferentes figuras de expressões faciais, as quais variam da expressão *sem dor* até *dor insuportável*, sendo: 0 = sem dor; 2 = dor mínima; 4 = dor leve; 6 = dor moderada; 8 = dor forte; e 10 = dor extrema (APÊNDICE G).

A escala foi usada para avaliar o nível de dor no momento da avaliação do *coping*; fornecendo subsídios para a avaliação do bem-estar da criança e controle do possível viés em sua resposta de enfrentamento, uma vez que em algumas situações estava sob o estresse da dor.

2.2.2.2. Instrumentos para obtenção de evidências de validade baseada na estrutura interna do COPE-H

1) *Instrumento de Avaliação das Estratégias de Enfrentamento da Hospitalização*– COPE-H - aplicado em crianças hospitalizadas no

formato impresso (APÊNDICE H). Composto por 65 itens que avaliam o enfrentamento da hospitalização e 17 cenas de comportamento de *coping*.

A versão final do COPE-H será descrita na sessão de resultados, por se tratar do objetivo do estudo;

2) *Instrumento de Avaliação das Estratégias de Enfrentamento da Hospitalização – COPE-H – versão Cuidador*, no formato impresso para os cuidadores das crianças hospitalizadas (APÊNDICE I).

2.2.2.3 Instrumentos para obtenção de evidências de validade do COPE-H baseada na relação com outras variáveis

Para obter evidências com base na relação com variáveis externas, foram aplicados dois instrumentos: (a) *Kidcope* (Carona, Silva, Barros, & Canavarro, 2010; Spirito et al., 1988), para verificar a convergência das escalas, por meio da medida do mesmo constructo, o *coping*; e (b) *Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes entre 6 e 18 anos [CBCL/6-18]* (Achenbach & Rescorla, 2004), empregado para verificar a discriminação dos constructos, no caso, problemas de comportamento. Ambos os instrumentos estão descritos, a seguir.

1) *Kidcope* (Spirito et al., 1988, e adaptado para o português por Carona et al., 2010).

É uma escala de autorrelato que avalia as estratégias de enfrentamento utilizadas por crianças e adolescentes. Tem versões para duas faixas etárias, sendo que neste estudo, foi utilizada a versão para crianças mais novas, com idades compreendidas entre sete e 12 anos. O instrumento permite examinar, de forma breve, EEqu que crianças e adolescentes referem para lidar com situações específicas do contexto hospitalar. O *Kidcope* é constituído por 15

itens que geram 10 EE, sendo quatro definidas como EE de evitamento: *distração*, incluindo os itens 1 e 2; *isolamento social*, com os itens 3 e 4; *pensamento ansioso*, com os itens 12 e 13; e *resignação*, com o item 15. Duas EE compõem o *coping* negativo, a saber: *autocrítica*, com o item 6; e *culpar os outros*, com o item 7. Os demais itens da escala definem as EE ativo, que são representadas pela *reestruturação cognitiva* (item 5), pela *resolução de problemas* (itens 8 e 9), pela *regulação da emoção* (itens 10 e 11) e, por fim, a *busca por suporte social* (item 14). Em cada item, a criança ou o adolescente responde a duas escalas, sendo uma relativa à *frequência* e, outra, relativa à *eficácia*. Na escala de frequência, a criança deve informar, por meio de respostas *sim* ou *não*, se ela faz o que está sendo referido no item. Na escala de eficácia, a criança deve informar o quanto a EE referida no item tem ajudado, ou seja, o quanto tem se mostrado eficaz. Para o registro da resposta da criança na escala de eficácia, utiliza-se um formato do tipo *Likert*, em que a resposta pode variar entre 0 = *nada* e 3 = *muito*. A pontuação total para a escala de frequência varia entre 0 e 10, enquanto que na escala de eficácia, a variação é entre 0 e 20. O Kidcope inclui, ainda, três questões adicionais que medem o nível de *distress* percebido pela criança diante da situação. Essas perguntas abordam reações emocionais de ansiedade (“Esta situação deixou-te nervoso?”); tristeza (“Esta situação deixou-te triste?”); e raiva (“Esta situação deixou-te irritado ou zangado?”). As respostas são marcadas em uma escala *Likert*, que varia entre 1 = *nada* e 5 = *muitíssimo*, variando o total da pontuação entre 3 e 15. Para a análise dos dados do Kidcope, foram consideradas as normatizações e orientações descritas no manual do instrumento (Corona, Silva, Barros, & Canavarro, 2010).

O Kidcope é analisado a partir da pontuação adquirida em cada uma das escalas, de forma que o resultado final obtido para a primeira escala (Frequência) indica o número de EE utilizadas pela criança para lidar com a

experiência de tratamento; na segunda escala (Eficácia), o resultado final obtido indica o grau de eficácia das EE utilizadas. Segundo o manual do Kidcope, a análise das EE utilizadas considera que, em situações em que mais de um item avalia a mesma EE, só se computa o item a que foi atribuído o valor mais elevado. Da mesma maneira, nas situações em que as EE não foram referidas pela criança, sua eficácia, igualmente, não é avaliada.

Em termos psicométricos do Kidcope (Spirito,1996), a estrutura interna do instrumento varia de acordo com as situações em que a escala é aplicada. A escala possui índice de fidedignidade de teste-reteste inaceitável (Spirito et al., 1988). Entretanto, tal fato pode ser devido aos diferentes tipos de estressores que foram utilizados em cada intervalo da avaliação. Os dados de validade concorrentes são satisfatórios, e foram realizados com dois instrumentos: a CSI (Tobin, 1991) e o A-COPE (Patterson & McCubbin, 1987). As correlações entre as dimensões do Kidcope e da CSI variam de 0,33 a 0,77, e as correlações entre o Kidcope e o A-COPE variam entre 0,08 e 0,62. A validade preditiva, verificada por Edgar e Skinner (2003) constatou que em adolescentes, o uso de EE de *reestruturação cognitiva* está relacionado diretamente com o bem-estar e, negativamente, com a depressão. Segundo os autores, o Kidcope pode ser utilizado para guiar intervenções, porém não há tratamento estatístico com os resultados.

Para a verificação da convergência das escalas (Kidcope e COPE-H), utilizou-se a medida da frequência das EE, ou seja, a avaliação do *distress* não foi utilizada nesta pesquisa, pois entende-se que o foco da utilização do instrumento seriam as EE, bem como sua eficácia. Apesar do Kidcope não ter propriedades psicométricas satisfatórias, a escolha por esse instrumento se deu pelo fato do Kidcope ter sido usado em pesquisas que analisam EE em crianças e adolescentes hospitalizadas (Spirito & Stark, 1994; Spirito, Stark,

Gil,&Tyc, 1995; Spirito, Stark, Grace, & Stamoulis, 1991), em crianças com leucemia (Pretzlik, 1997) e, também, junto com o COPE-H para avaliar crianças com câncer(Lima et al., 2014). Na Tabela 7, encontra-se as dimensões avalidas pelo Kidcope.

Tabela 7. *Dimensões do coping segundo o Kidcope*

Dimensões do Coping	Kidcope	
	Categorias de coping	Itens
Coping de Evitamento	Distração	1, 2
	Isolamento Social	3, 4
	Pensamento Mágico	12, 13
Coping Negativo	Resignação	15
	Autocritica	6
	Culpar os Outros	7
Coping Ativo	Reestrutração Cognitiva	5
	Resolução de Problemas	8, 9
	Regulação Emocional	10,11
	Suporte Social	14

Fonte: Spirito et al. e Stark (1984).

2) *Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes entre 6 e 18 anos (CBCL/6-18)*, de Achenbach e Rescorla (2004).

Foi desenvolvido por Achenbach (1991/2003) e submetido a um estudo preliminar de validação nacional por Bordin, Mari e Caeiro (1995). Ele é composto por 138 itens, dos quais 20 referem-se à avaliação da competência social e 118 à avaliação de problemas de comportamento. O perfil da criança na avaliação da competência social é obtido a partir de três escalas individuais: Atividades, Sociabilidade e Escolaridade, cuja soma compreende a Escala Total de Competência Social (Silvares, Meyer, Santos, & Gerencer, 2006). Esta escala é respondida pelos pais e/ou responsáveis, que emitem suas percepções comparando os comportamentos do filho com os de outra criança da mesma idade. Em relação aos problemas de comportamento, oito escalas individuais (retraimento, ansiedade/depressão, queixas somáticas, problemas com o contato social, atenção, pensamentos, comportamento de quebrar regras e comportamento agressivo) se agrupam para dar origem às escalas

gerais de Problemas de Internalização, as quais incluem comportamentos relativos a aspectos da criança (retraimento, queixas somáticas e ansiedade/depressão). A escala de Problemas de Externalização apresenta os comportamentos dirigidos ao ambiente (comportamento de quebrar regras e comportamento agressivo). Essas duas escalas se somam para gerar o perfil da Escala Total de Problemas de Comportamento. O instrumento pode ser autoaplicado ou realizado com a ajuda do aplicador; em ambas as situações, o informante deverá ter como base para as suas respostas os últimos seis meses de vida da criança. Na pesquisa, optou-se por aplicar o instrumento com a ajuda do pesquisador. As respostas podem ser dadas em uma escala de três pontos: item falso ou comportamento ausente (score = 0); item parcialmente verdadeiro ou comportamento às vezes presente (score = 1); item bastante verdadeiro ou comportamento frequentemente presente (score = 2). A pontuação bruta, obtida em cada uma das escalas, deve ser convertida em escores T, permitindo a classificação das crianças nos perfis *clínico*, *não clínico* e *borderline* (Achenbach, 1991). Com base nas normas do instrumento, nas Escalas de Competência Social (Atividades, Social e Escolar) considera-se o ponto de corte para a classificação *clínica* $T < 31$, para a classificação *borderline* T entre 31 e 35, e para a classificação *não clínica* $T > 35$. Na Escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais (Escala de Internalização e Escala de Externalização), o ponto de corte para a classificação *clínica* é $T > 63$, sendo que o intervalo entre 60 e 63 caracteriza a classificação *boderline*, e $T < 60$, *não clínica*. Por fim, para as Escalas de Problemas Emocionais/Comportamentais individuais (Ansiedade/Depressão, Retraimento/Depressão, Queixas Somáticas, Problemas de Sociabilidade, Problemas com o Pensamento, Problemas de Atenção, Violação de Regras e Comportamento Agressivo), o Escore $T > 69$ refere uma classificação *clínica*, escores T entre 65 e 69 referem uma classificação *boderline*, e *não clínica* quando $T < 65$.

As propriedades psicométricas da CBCL/6-18, foram descritas inicialmente no estudo de Achenbach & Rescorla (2001), que aponta bom índice de confiabilidade (0,9) teste-reteste e consistência interna. De acordo com o autor, para as escalas baseadas no DSM, o índice de teste-reteste foi de 0,88. A consistência interna da escala, verificada através do Alfa de Cronbach variou de 0,72 a 0,97. O instrumento ainda possui evidências de validade baseada no critério (Achenbach & Rescorla, 2001). A versão utilizada na população brasileira foi padronizada por Bordin, Mari, e Caeiro (1995). As autoras apontam evidências de validade satisfatórias, com alta sensibilidade desta versão brasileira quando comparado com o CID-10. Possui ainda evidências de validade convergente, realizada através do Inventário de Habilidades Sociais - IHSA, e divergente (Rocha & Silveiras, 2011; Rocha, Araujo, & Silveiras, 2008). É importante ainda considerar que a escala possui evidências de validade de conteúdo. A versão atual do Brasil do CBCL / 6-18 respeita os princípios da equivalência semântica (itens com significado semelhante em ambas as línguas), os critérios de equivalência (itens com a mesma interpretação em ambas as línguas) e equivalência conceitual (itens correspondentes à mesma construção teórica em ambas as línguas) (Flaherty, Gaviria, Pathak, Mitchell, Wintrob, & Richman, 1998).

O CBCL tem sido aplicado em pesquisas nacionais (Caprini, 2014; Garioli, 2011; Felizardo, 2011; Hostert, 2010; Oliveira, 2013; Moraes, 2008; Motta, 2007), inclusive com o AEH (Caprini, 2014; Hostert, 2010; Moraes, 2008; Motta, 2007; Oliveira, 2013).

2.2.2.4 Instrumento para obtenção de evidência de validade baseada nas consequências do uso do COPE-H

Com o objetivo de comparar a evolução das crianças, no que se refere a comportamentos e processos de enfrentamento da hospitalização, foi elaborada uma entrevista para ser aplicada nos profissionais de saúde.

1) *Entrevista Semiestruturada com o profissional de saúde*, que contém dados referentes à caracterização desse profissional, do tipo de contato que estabeleceu e formas de assistência à criança, avaliação do processo de enfrentamento da hospitalização e mudanças comportamentais e emocionais da criança (APÊNDICE L).

2.3 Procedimento da Coleta de dados

O processo de busca por evidências de validade do COPE-H foi feito em cinco etapas, correspondentes ao tipo de validade a ser obtida. Essas etapas serão descritas a seguir.

A coleta de dados com as crianças e seus cuidadores foi realizada em três fases: Composição da amostra, aplicação do COPE-H e do COPE-H Cuidador, aplicação do Kidcope, do CBCL/6-18 e dos instrumentos de caracterização sócioeconômico e clínico da criança.

Os participantes que compuseram a amostra foram selecionados por meio do protocolo de cadastro do hospital, que permitiu identificar aquelas crianças que estavam internadas durante o período da coleta. Nesse momento, era necessário respeitar os critérios de inclusão para compor a amostra.

O processo inicial caracterizou-se pela entrega, leitura e explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE M) para os cuidadores responsáveis pelas crianças. Com o consentimento dos cuidadores,

antes da aplicação do instrumento nas crianças, era entregue a elas o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE N). Todos os procedimentos eram explicados a criança e após o seu consentimento, a aplicação do COPE-H e do COPE-H Cuidador era conduzida, simultaneamente. É importante considerar que o nível de dor da criança era avaliado através da Escala de Faces Revisada [EF-R] (Poveda et al., 2010), e caso houvesse um nível de dor acima de 3 (nível moderado), uma sessão livre com atividades lúdicas e de distração era oferecida a criança, como desenho, pintura e modelagem (comumente utilizadas em programas de intervenção para pacientes com doenças crônicas), conforme seu nível de interesse e motivação. Assim, uma nova sessão para aplicação dos instrumentos de avaliação psicológica era remarcada com a família. Essa conduta ocorreu apenas uma vez durante todo o processo de aplicação do COPE-H. Posteriormente, a criança foi avaliada.

A aplicação da Escala COPE-H foi realizada no formato individual, tanto com as crianças quanto com os pais, de forma separada, para que uma aplicação não influenciasse na resposta do outro participante. Dessa forma, os pais eram convidados a responder a Escala COPE-H Cuidador e os demais instrumentos afastados da criança, que naquele momento respondia a Escala COPE-H. A aplicação da Escala COPE-H seguiu as normas que foram estabelecidas para o estudo-piloto, já que após esse estudo não houve necessidade de mudança.

Após a aplicação do COPE-H na criança, foi aplicado o Kidcope (Spirito et al., 1998), que também avalia o enfrentamento da hospitalização. Este procedimento visou a obtenção de evidências de validade externa com testes medindo o mesmo constructo (validade convergente). A escolha desse

instrumento em particular se deu pelo fato de apresentar indícios de validade ao ser aplicado junto ao *AEH* (Lima, 2009). É importante ressaltar que em todos os momentos era verificado o bem-estar da criança e o nível de dor.

Nos cuidadores, após a aplicação do COPE-H (versão cuidador), foi aplicado o CBCL/6-18 (Achenbach & Rescorla, 2004), para medir as evidências de validade discriminante com testes medindo constructos diferentes.

Para a realização da busca por evidências de validade baseada na consequência da testagem, foi realizado um seguimento com profissionais de saúde que atuaram diretamente com a criança no sentido de verificar o quanto o COPE-H pode direcionar a assistência à criança hospitalizada. Para tanto, foi aplicado um protocolo de entrevista com profissionais de saúde (APÊNDICE L). Este protocolo foi aplicado nos profissionais da área da saúde que tiveram contato com a criança hospitalizada durante o tratamento no hospital onde os dados foram coletados inicialmente. É importante considerar que ao final da aplicação do COPE-H, o pesquisador retornou ao hospital com objetivo de informar os resultados aos profissionais que acompanharam a criança, de forma que três dias após essa devolutiva, foi aplicada a entrevista semiestruturada no profissional.

Todas as aplicações de todos os instrumentos foram gravadas, com a devida autorização, para facilitar o processamento dos dados posteriormente.

2.2.4 Processamento e análise dos dados

2.2.4.1 Análise Descritiva

O processamento dos dados dos prontuários de acompanhamento da criança foi realizado por meio de uma análise descritiva dos dados clínicos sobre a doença (diagnóstico, idade do diagnóstico, acompanhamento, exames,

tratamento e comorbidades), bem como dos dados sociodemográficos dos participantes, como nome, data de nascimento e sexo; com cálculo de média, mediana e desvio-padrão ou frequência, de acordo com a natureza dos dados.

Os dados do instrumento de anamnese, aplicado por meio de entrevista com os cuidadores, também foram submetidos à análise estatística descritiva dos dados da história de desenvolvimento das crianças e de seus cuidadores. Foram corrigidos ainda o Kidcope e o CBCL/6-18 de acordo com as análises propostas em seus respectivos manuais. É importante considerar que a análise do CBCL/6-18 ocorreu após a inserção dos dados obtidos com o protocolo do instrumento no *software* para análise computadorizada⁶. O *software Assessment Data Manager* (ADM) permite a análise computadorizada do instrumento. Utilizou-se a norma estabelecida para a população inserida no Grupo 3, grupo este relacionado a população brasileira (Achenbach&Rescorla, 2007). Utilizou-se os escores T do CBCL/6-18 para análise de correlação com os demais dados.

Os dados gerados a partir das entrevistas com os profissionais foram categorizados, a partir da Análise de Conteúdo, proposta por Bardin (1994). Nessa análise, buscou-se categorizar as respostas dos profissionais, por meio de expressões que as representassem, como "menos triste", "mais corajoso", "mais alegre", "mais comunicativo", dentre outros.

Após essa análise, esses dados foram organizados em categorias numéricas (sexo, idade, família, escolaridade e nível socioeconômico), com objetivo de verificar a relação entre essas variáveis e as demais variáveis de interesse da pesquisa, a saber: *coping* (Escala COPE-H eKidcope), problemas

⁶*Software* adquirido com auxílio do CNPq/MCTI – Proc. n.485564/2006-8; dados processados com o auxílio de Alessandra Brunoro Motta, que fez o treinamento no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

de comportamento (CBCL/6-18), nível socioeconômico (ABEP) e dor (Escala de Faces).

2.2.4.2 Análises Inferenciais

A fim de obter as propriedades psicométricas para a Escala COPE-H, foram realizadas análises inferenciais através de uma série de procedimentos, que serão descritos a seguir.

2.2.4.2.1 Análise de Redes

Para realizar as análises de correlação entre as variáveis descritas, utilizou-se o procedimento de Análise de Redes (*network analysis*). Este tipo de análise combina modelos gráficos com algoritmos de associação. A relação (linhas) entre variáveis (nodos) é representada em um grafo bidimensional para tornar sua interpretação mais intuitiva. As linhas representando as associações entre variáveis podem variar na espessura, conforme a magnitude da associação e, também na cor, indicando associações negativas (vermelhas) e positivas (verdes). Um algoritmo de posicionamento é utilizado para aproximar variáveis relacionadas entre si e expelir aquelas com baixa ou nenhuma associação. Por fim, vários algoritmos são utilizados para identificar a associação entre variáveis. A matriz de correlação bivariada é a mais simples, e representa a mesma informação utilizada em análises fatoriais e técnicas semelhantes. Este tipo de matriz é pouco informativo, pois além de gerar muitas associações, não realiza nenhum controle estatístico sobre as associações (Machado, Vissoci, & Epskamp, 2015).

A fim de garantir uma informação de melhor qualidade, é utilizada uma técnica de estimação de correlações parciais, ou seja, associações após o controle multivariado de todas as demais variáveis no sistema. Esta técnica

garante que as relações restantes no modelo sejam aquelas mais estáveis e, portanto, menos afetadas pelas outras variáveis do sistema (Machado et al., 2015). O método para estimar as correlações parciais utilizado foi o *Graphical Least Absolute Shrinkage and Selection Operator* (Glasso, Friedman, Hastie, & Tibshirani, 2008), e a medida de ajuste o *Extended Bayesian Information Criterion* (EBIC; Chen & Chen, 2008).

2.2.4.2.2 Análise Fatorial

Com o objetivo de obter as evidências de validade baseada na Estrutura Interna, foi realizada a Análise Fatorial Exploratória (AFE), que é fundamentada no pressuposto de que uma série de variáveis observáveis (itens da escala) podem ser explicadas por fatores que são combinações lineares das variáveis observáveis (Cabral & Nick, 2006). A AFE tem como objetivo a redução do número de variáveis e a verificação da hipótese do traço latente, de forma a simplificar a descrição do comportamento, reduzindo o número de categorias de uma multiplicidade inicial de variáveis de teste para alguns fatores ou traços comuns.

A AFE foi conduzida pelo método de estimação de eixos principais e análises de componentes principais. Ambas as análises foram realizadas com o objetivo de identificar a combinação linear de variáveis que melhor explicam os conjuntos de variáveis do instrumento. Rotações oblíquas e ortogonais foram empregadas para comparar as soluções com os fatores correlacionados e não correlacionados, respectivamente. A solução final escolhida foi aquela condizente com o modelo teórico adotado no estudo.

Para a seleção do número de fatores a serem retidos recorreu-se a três critérios. O primeiro foi o gráfico de dispersão do qual se analisou o ponto de

inclinação em relação ao fecho formado pelos autovalores plotados em um plano cartesiano. O segundo critério foi uma análise paralela, comparando os autovalores observados com autovalores gerados por matrizes aleatórias. O terceiro e último critério foi pragmático, em que se observou a interpretabilidade das soluções de três e quatro fatores. Ao final, optou-se por interpretar a solução de três fatores para o COPE-H.

Dessa forma, foram considerados os itens cujas cargas fatoriais ficaram acima de 0,3, já que, segundo Castelo e Osborne (2005), esse é um valor considerado satisfatório. Assim, os itens com carga fatorial abaixo de 0,2 devem ser retirados da escala. Para estabelecer o sentido teórico dos fatores que a AFE sugeriu, procedeu-se então à análise dos itens agrupados em cada um dos três fatores. Para isso, foram verificados os itens com as maiores cargas fatoriais de cada um dos fatores.

A verificação da consistência da Escala COPE-H, foi realizada através do cálculo do índice de Alfa de Cronbach. Esse índice foi obtido através do programa SPSS®. O Alfa de Cronbach é uma ferramenta estatística que quantifica, numa escala de 0 a 1, a confiabilidade de um questionário, ou seja, mede a magnitude em que os itens de um instrumento estão correlacionados (Cortina, 1993), de forma que o valor mínimo aceitável para se considerar uma escala fidedigna é 0,7 (Damásio, 2012).

Foi realizado ainda, para obtenção dos dados normativos da Escala COPE-H, os estudos referencias. Para isso, os escores brutos, obtidos para cada fator na aplicação da Escala COPE-H, foram ordenados de acordo com idade da criança e sexo. Entretanto, como o tamanho da amostra por faixa etária era pequena, optou-se por agrupar algumas idades. Segundo Skinner e

Zimmer-Gembeck (2011), existem evidências de transições do *coping* durante os períodos de desenvolvimento, conforme Tabela 5. Há um período de mudanças entre os 6 e 8 anos e depois dos 10 aos 12 anos, de forma a deixar implícito que no período de transição entre os 8 e 10 anos há um processo contínuo do enfrentamento. Dessa forma, para composição dos grupos normativos, a amostra foi dividida em Grupo 1, com crianças entre 6 e 9 anos e 11 meses, e o Grupo 2 com crianças com 10 anos completos a 12 anos e 11 meses. A Tabela 8 apresenta as análises estatísticas utilizadas de acordo com cada objetivo do estudo e os respectivos *softwares* utilizados.

Tabela 8. *Análises estatísticas utilizadas conforme cada objetivo do estudo e os respectivos softwares usados para os cálculos*

Objetivo	Categoria de Análise	Estatística	Software usado
Adaptação, validação do instrumento	Psicométrica	a) Análise Fatorial Exploratória; b) Alfa de Cronbach; c) Análise de Redes.	
Descrever a amostra	Quantitativa Descritiva	Média, Desvio-Padrão, Mediana, frequência, e percentual	SPSS 20.0®
Verificar a relação com as variáveis analisadas	Quantitativa Inferencial	a) Análise de redes.	R
Descrever os resultados dos instrumentos psicológicos utilizados.	Quantitativa Descritiva	Média, Desvio-padrão, Mediana, Erro-padrão, mínimo, máximo, frequência, percentual.	SPSS 20.0®

2.5 Análise ética e riscos

É importante considerar que esta pesquisa seguiu a legislação que regulamenta as pesquisas com seres humanos, estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2012) e pelo Código de Ética, do Conselho Federal de Psicologia, que regulamenta o exercício do profissional do psicólogo (CFP, 12/2005). Para ser executado, este projeto inicialmente foi encaminhado ao Comitê de Ética do Centro de Ciências Humanas e Naturais, da Universidade Federal do Espírito Santo (CCHN/UFES), por meio da Plataforma Brasil para apreciação; obtendo a aprovação em janeiro de 2014 (ANEXO 1). Toda coleta de dados ocorreu após devida autorização do Comitê de Ética da UFES e do hospital, por meio de um Termo de Consentimento da Instituição (APÊNDICE O), e dos responsáveis pela criança (APÊNDICE M), além da própria criança, que assinou o Termo de Assentimento (APÊNDICE N). Os responsáveis pelas crianças foram esclarecidos sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa, e informados sobre a possibilidade de desistência da participação, sem prejuízos aos atendimentos que estava recebendo. O material utilizado não era tóxico e foi apresentado de modo que as crianças se sentissem confortáveis e motivadas para fornecer as respostas. As gravações em áudio foram utilizadas apenas como registro para transcrição, e não serão utilizadas para outros fins, a não ser comunicação científica.

Espera-se que esta pesquisa traga benefícios para os participantes hospitalizados, uma vez que há a possibilidade da análise das EE de cada criança. Acredita-se ainda que, esta pesquisa poderá trazer benefícios para o hospital e seus profissionais, contribuindo para a prática com caráter preventivo para as crianças e sua família.

3. RESULTADOS

Para apresentar as evidências de validade da nova escala, denominada *Escala de Coping da Hospitalização (COPE-H)*, os resultados estão organizados em duas grandes seções de acordo com os objetivos estabelecidos para esta pesquisa. A Seção 1 contém os dados relativos às características psicométricas da nova escala; a Seção 2 apresenta os resultados da aplicação dos instrumentos na amostra.

Na Seção 1, serão apresentados os resultados da adaptação e da busca de validades do COPE-H. Esta seção está dividida em duas partes descritas a seguir. A Parte 1 descreve o processo de reformulação do AEH e a criação dos itens do COPE-H. Na Parte 2, estão descritos os tipos de validade que foram encontradas para a escala, de forma a analisar validade de conteúdo das duas versões da escala (COPE-H e COPE-H-Cuidador). Posteriormente, são apresentadas as evidências de validade baseadas na estrutura interna, de forma a discriminar os fatores encontrados na escala, e seu índice de confiabilidade através do alfa de Cronbach. A análise de rede mostra a organização dos itens da escala em redes de comunidades (*clusters*). São analisadas ainda as evidências de validade baseadas em variáveis externas, a saber: validade do tipo convergente, com medidas de correlação com o Kidcope, e a validade do tipo discriminante, pelo CBCL (6-18 anos). Serão depois apresentadas as evidências de validade baseadas na consequência de testagem, e, por fim, os dados normativos do COPE-H, por idade e para a população geral. Dois casos são descritos para ilustrar essa aplicação das normas.

A Seção 2 apresenta os resultados da aplicação dos instrumentos na amostra. Está composta por duas partes. A Parte 1 apresenta os dados do *coping* da hospitalização da amostra de crianças (6-12 anos), que foram utilizadas para encontrar as evidências de validade. Esses resultados se basearam nos dados normativos que foram gerados pelo COPE-H. A Parte 2 apresenta as correlações que foram significativas entre todos os indicadores dos instrumentos aplicados na coleta de dados, sendo eles: as médias dos três fatores (*Coping* mal adaptativo, *Coping* Adaptativo, *Coping* de Desengajamento Involuntário e Voluntário) e a média do pós- *coping* do COPE-H, as médias das dimensões de *Coping* ativo, negativo e de evitamento da Escala Kidcope, os escores das escalas do CBCL (6-18 anos) (Escala Total de Competência Social, Escalas de Problemas de Internalização, Escala de Problemas de Externalização e Escala Total de Problemas de Comportamento), os dados clínicos (tempo de diagnóstico, tempo de internação, diagnósticos, nível de dor), as características sociodemográficas e os dados da entrevista dos profissionais, demonstrados através da mudança de comportamento das crianças.

A seguir, um mapa dos resultados (Figura 6) resume essa organização.

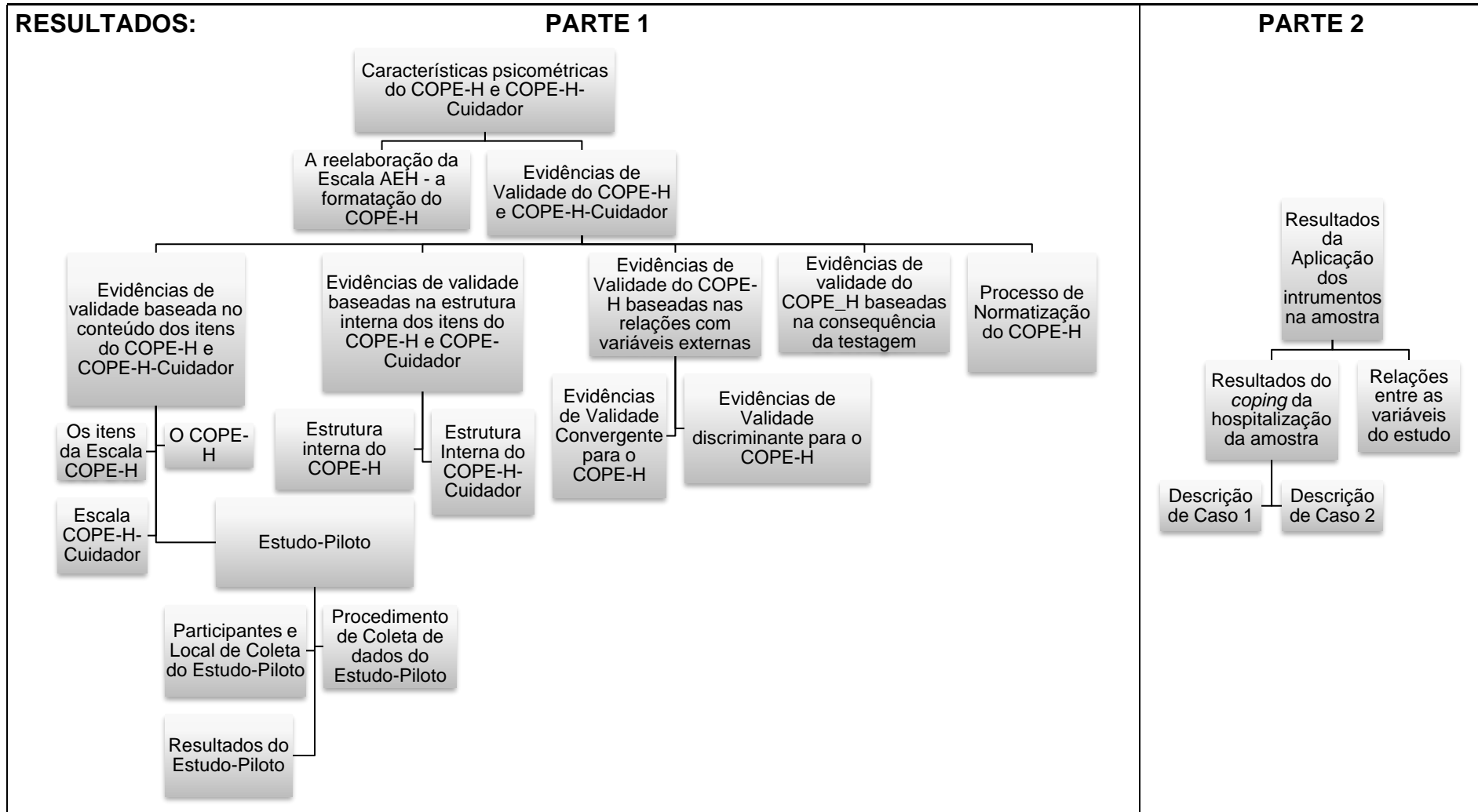


Figura 6. Fluxograma dos resultados da tese.

3.1 Características psicométricas da Escala COPE-H e COPE-H-Cuidador

Neste tópico, descreve-se como foram formulados os itens da nova versão da escala denominada de *Escala de Coping da Hospitalização* (COPE-H).

3.1.1 A reelaboração da Escala AEH – a formatação do COPE-H

Conforme descrito no Método, a elaboração dos itens da Escala AEH foi realizada a partir dos relatos de crianças que responderam o AEH em estudos anteriores (Carnier, 2010; Hostert, 2010; Motta, 2007) e nos critérios e diretrizes descritos por Pasquali (1999) para elaboração de instrumentos psicométricos. Nesse processo, a fim de operacionalizar o constructo de *coping* baseado na TMC, os itens foram elaborados na tentativa de contemplar o desafio ou ameaça às três necessidades básicas, dirigido ao self ou ao contexto. Esse processo foi realizado pela pesquisadora e pelas orientadoras envolvidas neste estudo.

O primeiro passo foi listar as justificativas fornecidas pelas crianças para as suas respostas aos comportamentos de *coping* representados no AEH e descritos nos estudos já referidos (Carnier, 2010; Hostert, 2010; Motta, 2007). Para cada resposta registrada foi construído um item, por meio da combinação do comportamento de *coping* e a justificativa para o mesmo. Como um exemplo desse processo, pode-se citar o relato de uma criança do estudo de Hostert (2010), referente à prancha que representava o comportamento de *coping* *brincar*: "Eu brinco quase sempre. (Q)⁷ Porque distrai, passa o tempo", que deu origem ao item 2- "Eu brinco para passar o tempo", da Escala COPE-H. Em termos teóricos, o item contemplou o *coping*, na perspectiva da TMC,

⁷ A letra Q apresentada entre parênteses nos relatos das crianças indica a presença de um questionamento do pesquisador sobre o porquê da resposta da criança.

referindo-se à estratégia de enfrentamento *distração*, classificada na macrocategoria de *coping Acomodação*. A *Acomodação* abrange estratégias de enfrentamento que procedem da percepção do estressor como um desafio à necessidade de autonomia, dirigido ao *self*.

Esse procedimento se repetiu em cada um dos relatos registrados, de modo que ao final foi possível verificar se os itens elaborados contemplavam todas as 12 macrocategorias de *coping* descritas na TMC. Somente as macrocategorias *Delegação*, *Oposição* e *Negociação* não haviam sido contempladas nos itens elaborados, uma vez que os relatos das crianças não indicavam estratégias de enfrentamento com funcionalidades destas macrocategorias. Não havendo dados empíricos para a composição dos itens das macrocategorias *Delegação*, *Oposição* e *Negociação*, considerou-se a definição das mesmas (Skinner et al., 2003), bem como procedeu-se à observação de crianças no ambiente hospitalar; o que permitiu a elaboração de itens abrangendo as referidas macrocategorias. Ao final, os itens elaborados foram submetidos à avaliação de conteúdo.

Além da reelaboração dos itens, houve a necessidade de adaptação dos desenhos que compunham o COPE-H. Essa adaptação envolveu a exclusão e a inclusão de comportamentos de *coping*, bem como a manutenção de comportamentos, porém como uma nova representação gráfica. A respeito da eliminação de pranchas que representavam comportamentos de *coping*, levou-se em consideração o fato de que alguns comportamentos haviam sido pouco referidos em estudos anteriores que utilizaram o COPE-H, como era o caso de *cantar e dançar*, *estudar* e *fazer chantagem*. A prancha que representava o comportamento *ler gibi* também foi retirada, uma vez que as justificativas das

crianças para o comportamento representavam funcionalidades similares às funcionalidades dos comportamentos *brincar*, *ver televisão* e *ouvir música*. O mesmo caso foi observado em relação à prancha que representava *pensar em milagre*. A justificativa das crianças para esse comportamento assemelhava-se àquela atribuída ao comportamento de *rezar*, por esta razão, foi retirada. *Fazer chantagem* tratava-se de um comportamento de *coping* relacionado à macrocategoria *Negociação*, porém o nome da prancha, bem como o desenho, denotava um aspecto negativo, o qual não correspondia ao propósito da *Negociação*; por esta razão, a prancha *fazer chantagem* foi retirada.

A respeito da inclusão de comportamentos de *coping* no conjunto de pranchas do novo instrumento, houve a necessidade de representar a *coragem*, com o objetivo de capturar estratégias de enfrentamento que atendessem a funcionalidade da macrocategoria *Autoconfiança*. Na versão inicial do COPE-H, as estratégias da macrocategoria *Autoconfiança* eram capturadas somente a partir das justificativas para a não ocorrência de um comportamento de *coping*. Assim, quando uma criança dizia que não sentia medo porque ela "tinha que ser forte", seu relato denotava a presença de uma estratégia de enfrentamento relacionada à *Autoconfiança*. Optou-se por inserir uma nova prancha, que representasse a *coragem*, o que permitiu abranger os itens relativos à *Autoconfiança* (Figura 7).

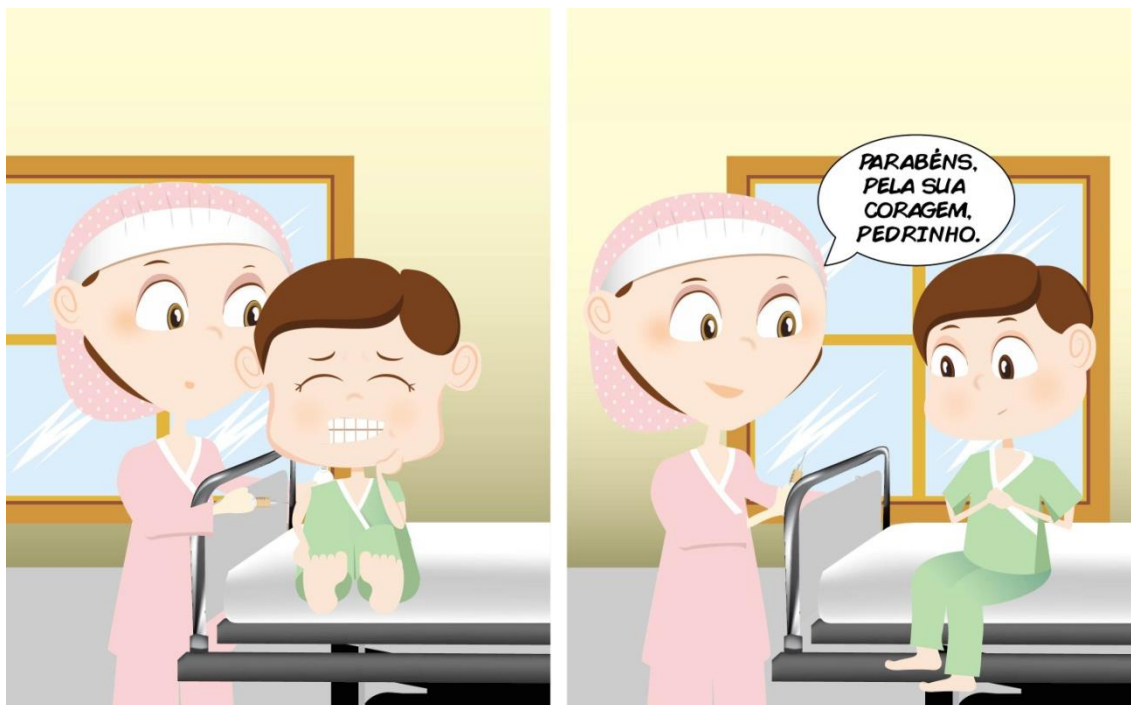


Figura 7. Cena “sentir coragem” do COPE-H.

A cena com o comportamento *fazer um acordo* foi proposta com o objetivo de contemplar a macrocategoria Negociação. No COPE-H, essa categoria de ampla ordem era descrita pelo comportamento *fazer chantagem*, e como já foi relatado, tinha uma conotação negativa. No entanto, a Negociação tem como objetivo a busca por novas opções através de EE como barganha, persuasão e estabelecimento de prioridades. Nesse sentido, para contemplar essa macrocategoria foi criada uma cena em que o personagem realizava um acordo com a profissional de saúde relatando o estabelecimento de prioridades, nesse caso, tomar o remédio para depois brincar, denotando um aspecto positivo para a macrocategoria que é percebida como desafio à necessidade de autonomia. Abaixo, na Figura 8, a cena *fazer chantagem* (AEH) e *fazer um acordo* (COPE-H).

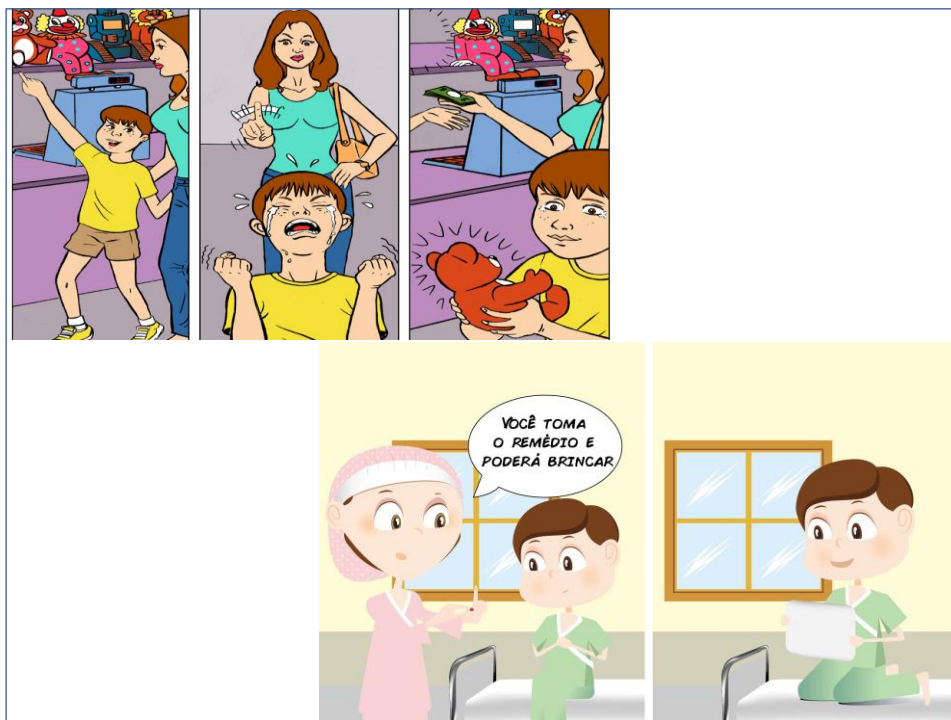


Figura 8. Cena Fazer chantagem (COPE-H) e fazer um acordo (COPE-H)

Diante da necessidade de inclusão de novas pranchas, optou-se por redesenhar todas as existentes, de modo a manter um único padrão no traçado. A manutenção dos desenhos no COPE-H preservou o elemento lúdico do AEH, proposto desde a sua primeira versão.

Os desenhos originais do AEH (Motta, 2007) foram enviados a um desenhista, juntamente com a lista dos itens que iriam compor cada uma das cenas a serem desenhadas. Estudos anteriores com o AEH já haviam indicado que as crianças compreendiam o conteúdo dos desenhos (Carnier, 2010; Garioli, 2011; Hostert, 2008; Motta, 2007; Oliveira, 2013), o que justificou a manutenção da forma como o conteúdo estava representado graficamente. Desse modo, a orientação dada ao desenhista era a de que fosse preservado o conteúdo das pranchas, isso para o caso daquelas que foram mantidas desde a primeira versão do instrumento, a saber: *brincar, assistir televisão, ouvir música, buscar informações, rezar/orar, conversar, tomar remédio, chorar,*

desanimar, sentir medo, sentir-se triste, esconder, pensar em fugir, sentir culpa e sentir raiva. Para as pranchas que foram incluídas (*fazer acordo e coragem*), solicitou-se que o desenho representasse um acordo entre a criança (paciente) e um profissional de saúde, para o caso da prancha *fazer acordo*; e, para representar *coragem*, solicitou-se que o desenho tivesse um balão contendo a fala do profissional de saúde reconhecendo a coragem da criança após a submissão a um procedimento invasivo.

A primeira versão dos desenhos para o COPE-H foi submetida à análise dos juízes, os quais orientaram ajustes gerais na representação gráfica das cenas. A seguir, as sugestões são descritas, acompanhadas de um exemplo.

- (a) Adequação da vestimenta do personagem principal, de modo a melhor diferenciação dos personagens (criança paciente *versus* criança visita), além de melhor adequação ao modelo comumente usado em internação. A Figura 9 contém um exemplo dessa alteração.

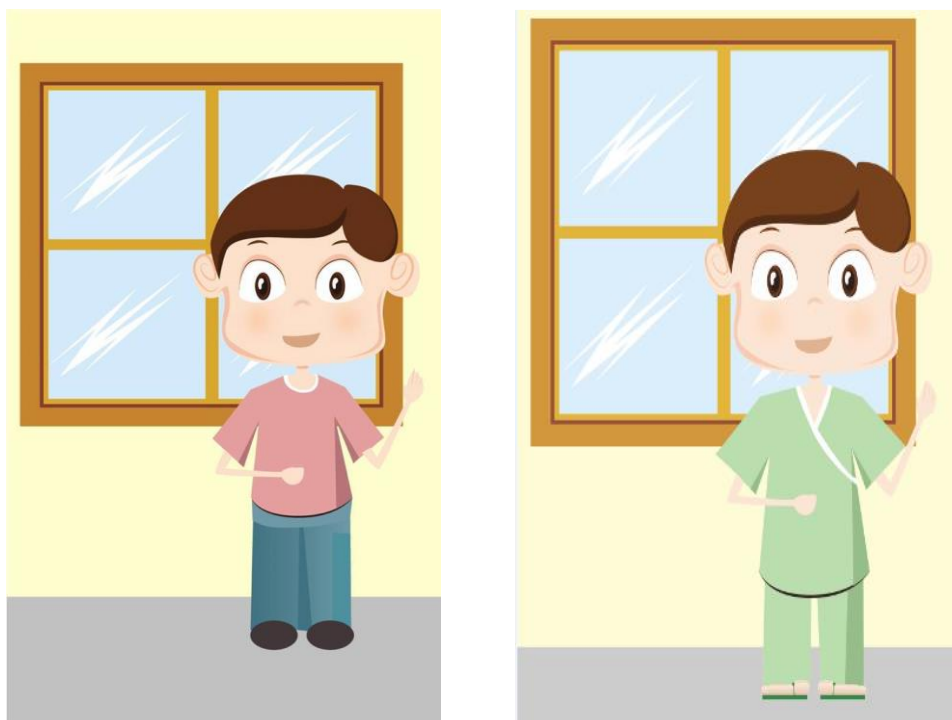


Figura 9. Exemplo da alteração nas vestimentas do personagem Pedro.

(b) Adequação da vestimenta da enfermeira e de sua expressão facial. A vestimenta inicial era representada por um modelo antigo e mais formal do profissional de enfermagem. Com a alteração, adotou-se um modelo do tipo jaleco colorido, acompanhado por uma touca da mesma cor, conforme Figura 10.

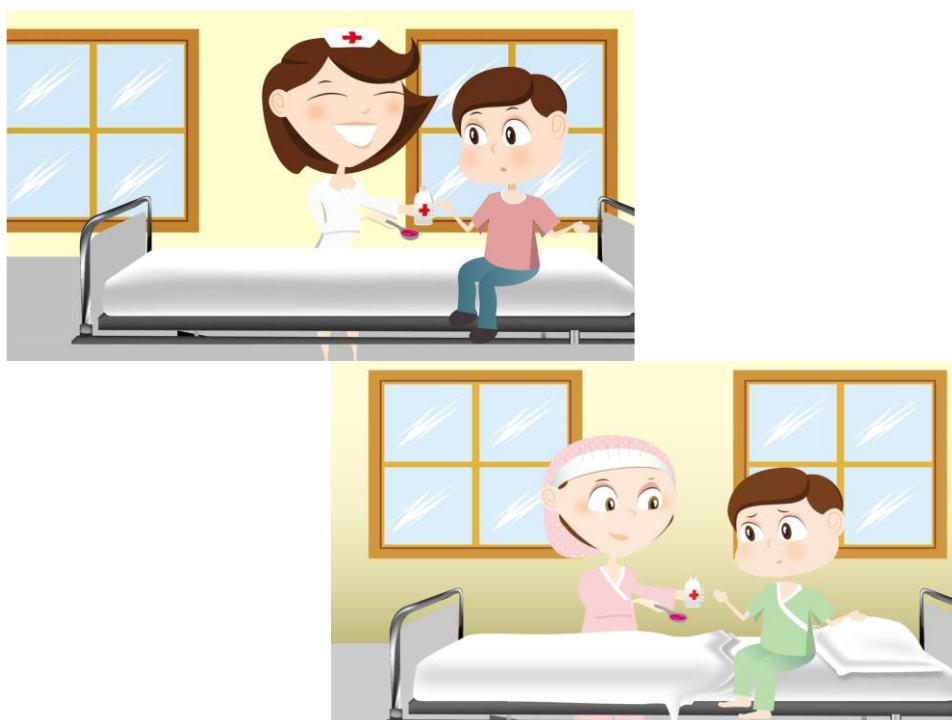


Figura 10. Exemplo da alteração nas feições e nas vestimentas da enfermeira.

A Figura 10 também mostra a alteração na expressão facial da enfermeira. Para os juízes, a representação inicial trazia a enfermeira administrando a medicação com um sorriso sem consonância com o contexto. A alteração preservou a expressão facial de tranquilidade, com discreto sorriso.

(c) Alteração da posição do paciente no leito, uma vez que é pouco comum que o paciente permaneça em uma posição sentada, sem apoio. Quando no leito, na maior parte das vezes, o paciente encontra-se deitado ou sentado com apoio, mesmo se estiver ouvindo música,

assistindo televisão, entre outros comportamentos. A Figura 11 exemplifica essa alteração na prancha ouvir música.

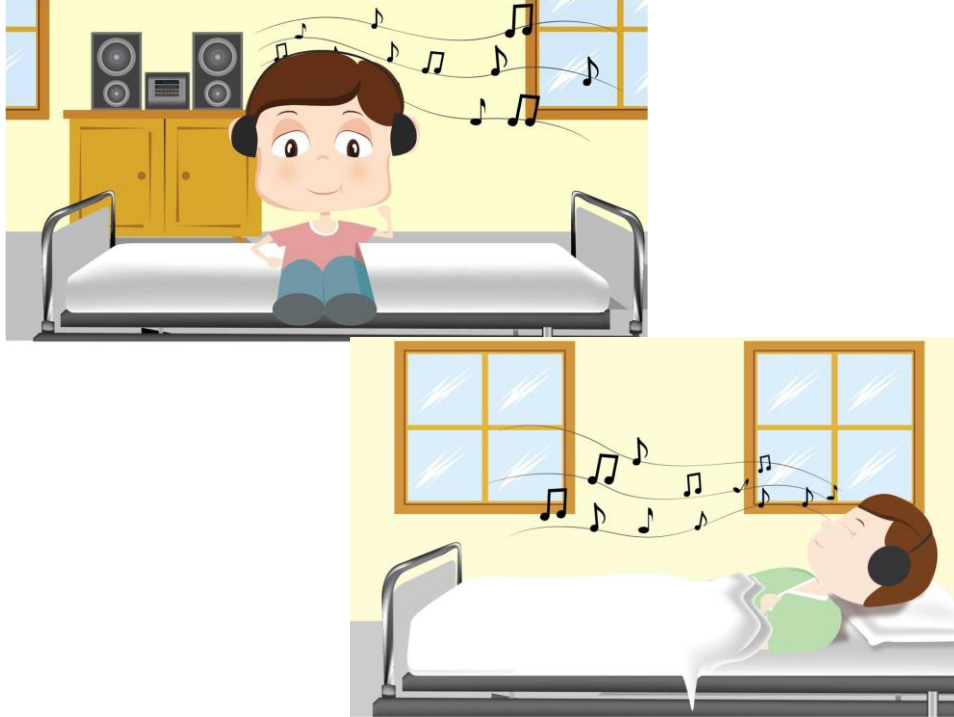


Figura 11. Exemplo na prancha ouvir música da alteração na posição do personagem.

- (d) Inclusão de um balão contendo a fala da enfermeira, a fim de melhor representar a proposta de um acordo entre o paciente e a enfermeira. Essa alteração ocorreu na prancha que representava o comportamento de fazer um acordo, o qual havia sido incluído no COPE-H. Apesar do desenhista ter atendido à solicitação de que o desenho representasse um acordo entre os personagens, considerou-se necessária a inclusão da fala de um dos personagens, tornando a representação do comportamento mais direta, como mostra a Figura 12.



Figura 12. Exemplo da inserção de frases em formato de pensamentos para melhor entendimento do desenho na cena de “negociação”.

Após as modificações serem realizadas e os desenhos serem aprovados pelos juízes, foi solicitado aos desenhistas que elaborassem uma versão dos desenhos em que o personagem principal fosse uma menina. Seguindo o mesmo padrão da versão menino, foram desenhadas as pranchas da versão feminina, tendo como personagem principal, a criança-paciente Ana. Cada uma das versões do COPE-H (menina e menino) contou com uma prancha de apresentação, em que o personagem principal convida a criança a participar da avaliação; e 17 pranchas representando comportamentos de *coping*, a saber: *brincar, chorar, sentir raiva, assistir televisão, esconder-se, sentir-se triste, rezar/orar, sentir-se desanimado, fazer acordo, pensar em fugir, conversar, ouvir música, sentir culpa, sentir medo, sentir coragem, tomar remédio e buscar informação* (APÊNDICE C - versão feminina e APÊNDICE D - versão masculina).

Nesse sentido, buscou-se contemplar através dos desenhos e dos itens, os comportamentos, as emoções e a orientação motivacional de cada uma das macrocategorias, de modo que a criança percebe cada item como desafio ou ameaça as suas necessidades de autonomia, relacionamento ou competência. Pode-se citar, como exemplo, a cena de *buscar informações*, que compreende a macrocategoria *Busca de Informação*, com EE de *estudo e observação* (em termos de comportamento), *EE de interesse e otimismo* (em termos de emoção) e, EE de *prevenção e planejamento* (a nível de orientação). No COPE-H essa macrocategoria é demonstrada através de uma criança sentada na cama com o comportamento de leitura/estudo e demonstrando interesse na leitura. Os itens dessa cena contemplam a orientação de *prevenção*, como "Eu procuro saber mais sobre meu problema e o tratamento para saber o que posso fazer para melhorar".

Ao final desse processo, os itens foram julgados por cinco juízes especialistas da área, na tentativa de obter evidências de validade de conteúdo para a Escala COPE-H e da Escala COPE-H-Cuidador. Os dados referentes às evidências de validade são descritos nas sessões, a seguir.

3.1.2 Evidências de Validade da Escala COPE-H e da Escala COPE-H-Cuidador e seus dados normativos

Nesta sessão serão descritos os resultados referentes à busca por evidências de validade da Escala COPE-H e da Escala COPE-H-Cuidador, bem como os dados normativos e a versão final do instrumento.

3.1.2.1 Evidências de validade baseada no conteúdo dos itens do COPE-H e do COPE-H-Cuidador.

Após a elaboração dos itens da escala e da adequação dos desenhos, buscou-se realizar as evidências de validade de conteúdo para o COPE-H e, posteriormente, a adequação do instrumento para a versão cuidador. Inicialmente, será descrito o resultado da avaliação dos juízes quanto aos itens da escala e sua reformulação. Em seguida, será apresentada a versão final do instrumento e sua adaptação para versão cuidador -COPE-H-Cuidador.

3.1.2.1.1 Os itens da Escala COPE-H

Para adequar teoricamente a escala à TMC, foram obtidas evidências de validade baseadas no conteúdo dos itens. Os 69 itens elaborados para a Escala COPE-H foram submetidos à análise de cinco juízes, que verificaram a dimensão teórica, clareza de linguagem, pertinência teórica e prática (APÊNDICE E). Esses juízes eram psicólogos, sendo um doutor, dois mestres e dois doutorandos em Psicologia, todos estudiosos do *coping* a partir do referencial da TMC.

Dos 69 itens enviados aos juízes, 43 foram classificados na mesma dimensão teórica que o item foi elaborado e, nesses casos, verificou-se 100% de concordância entre os juízes. Outros 23 itens (1, 2, 4, 8, 10, 18, 19, 23, 25, 26, 28, 31, 33, 34, 35, 37, 40, 41, 43, 44, 46, 48, 49, 51, 54 e 57) foram avaliados pelos juízes como pertencentes a macrocategorias de *coping* diferentes daquelas para as quais foram elaborados e, em outros casos, foram julgados como pertencentes a mais de uma categoria. Esses itens foram retirados da escala, devido à falta de concordância, ficando somente aqueles que foram apropriadamente classificados (Tabela 9).

Tabela 9. Avaliação dos juízes na dimensão teórica, clareza de linguagem, pertinência teórica e prática dos itens da Escala COPE-H (N = 5)

Itens	Concordância entre os juízes quanto a dimensão teórica (%)	CVC - Critério Clareza de Linguagem	CVC - Critério Pertinência Teórica	CVC - Critério Pertinência Prática
1- Eu busco informação porque quero saber o que está acontecendo comigo.	0	0,84	1	0,96
2- Eu rezo/oro para não me sentir só.	0	1	1	1
3- Eu tomo remédio porque assim sinto que posso fazer algo para melhorar.	100	1	1	1
4- Porque quando eu fico alegre, brincando, isto me ajuda a aceitar que estou no hospital.	0	0,88	1	1
5- Quando estou doente, fico triste, e não quero conversar com ninguém.	100	1	1	1
6- Eu me escondo para não tomar o remédio.	100	0,96	1	1
7- Eu tomo remédio para melhorar.	100	1	1	1
8- Eu converso porque conversar me dá conforto.	0	0,84	1	1
9- Eu busco informações porque assim aprendo mais sobre o que está acontecendo comigo.	100	0,84	1	1
10- Eu tomo remédio porque sei que é o melhor que posso fazer por mim.	0	0,88	1	1
11- Eu me sinto desanimado porque eu não aguento mais ficar no hospital.	100	0,88	1	1
12- Eu sinto medo e fico só pensando na injeção.	100	1	1	1
13- Eu procuro brincar para ficar mais alegre.	100	1	1	1
14- Eu rezo/oro para Deus me ajudar a sarar.	100	1	1	1
15- Eu busco informação porque acho importante saber sobre a doença.	100	0,8	1	1
16- Eu faço um combinado/acordo porque depois que a minha mãe me deixa brincar eu sempre faço o que ela pede	100	0,8	1	1
17- Eu fico desanimado porque estou doente, no hospital.	100	1	1	1
18- Eu me sinto triste porque estou doente, no hospital.	80	1	1	1
19- Eu choro porque chorar me alivia, relaxa.	0	0,8	1	1

Legenda. CVC = Coeficiente de Validade de Conteúdo (Pasquali, 2010).

Nota. CVC \geq 0,8 é considerado válido (Hernández-Nieto, 2002).

(cont.)

Tabela 9. Avaliação dos juízes na dimensão teórica, clareza de linguagem, pertinência teórica e prática dos itens da Escala COPE-H (N = 5) (cont.)

Itens	Concordância entre os juízes quanto a dimensão teórica (%)	CVC - Critério Clareza de Linguagem	CVC - Critério Pertinência Teórica	CVC - Critério Pertinência Prática
20- Quando eu converso, me sinto mais confiante.	100	0,84	1	1
21- Eu busco informação porque me interessa em saber o que tenho.	100	1	1	1
22- Eu faço um combinado/acordo porque eu sei que a enfermeira quer o melhor para mim.	100	0,84	1	1
23- Eu me sinto desanimado porque é desesperador ficar no hospital.	0	0,96	1	1
24- Eu me sinto culpado por estar doente.	100	1	1	1
25- Eu assisto TELEVISÃO porque isto me deixa mais animado.	0	1	1	1
26- Eu rezo/oro para agradecer a Deus.	0	1	1	1
27- Eu busco informações porque, assim, sei o que posso fazer para melhorar.	100	0,84	1	1
28- Eu faço um acordo porque, depois de tomar remédio, eu posso brincar.	0	1	1	1
29- Eu penso em fugir do hospital para ficar longe das injeções.	100	1	1	1
30- Eu sinto medo de ter que tomar injeção	100	1	1	1
31- Eu gosto de conversar, pois me deixa mais alegre.	0	1	1	1
32- Eu converso porque conversar com as pessoas é importante para mim.	100	0,92	1	1
33- Eu tomo remédio porque quero ajudar no tratamento.	0	0,8	1	0,88
34- Eu choro porque queria que só minha mãe me desse remédio.	0	1	1	1
35- Eu brinco só para não pensar que estou hospital.	0	1	1	1
36- Eu choro porque tenho que tomar injeção.	100	1	1	1
37- Eu gosto de ouvir música para ficar mais animado.	0	1	1	1
38- Quando eu brinco, até passa a vontade de chorar.	100	1	1	1
39- Eu brinco para passar o tempo.	100	1	1	1
40- Eu me sinto triste e fico pensando porque isso aconteceu logo comigo.	0	0,8	1	1
41- Eu me escondo porque queria sumir do hospital.	0	0,8	1	1

Legenda. CVC = Coeficiente de Validade de Conteúdo (Pasquali, 2010).

Nota. CVC \geq 0,8 é considerado válido (Hernández-Nieto, 2002).

(cont.)

Tabela 9. Avaliação dos juízes na dimensão teórica, clareza de linguagem, pertinência teórica e prática dos itens da Escala COPE-H (N = 5) (cont.)

Itens	Concordância entre os juízes quanto a dimensão teórica (%)	CVC - Critério Clareza de Linguagem	CVC - Critério Pertinência Teórica	CVC - Critério Pertinência Prática
42- Eu choro porque só sinto dor e acredito que isso nunca irá acabar	80	0,8	1	1
43- Eu brinco porque brincar me acalma.	0	0,8	1	0,88
44- Quando eu busco informação sobre a doença, eu sei o que é preciso fazer para me recuperar.	0	0,8	1	0,96
45- Eu assisto televisão porque ajuda a me distrair.	100	1	1	1
46- Quando estou desanimado, penso que fui abandonado pelas outras pessoas.	0	0,8	1	1
47- Eu penso em fugir porque quero sair do hospital.	100	1	1	1
48- Eu só fico pensando que vai doer ou que vai perder a veia, quando tomo remédio pela veia.	0	1	1	1
49- Quando eu tomo remédio, eu digo para mim mesmo(a) que vou melhorar.	0	0,8	1	1
50- Eu tomo remédio porque assim eu posso ter alta e sair do hospital.	100	1	1	1
51- Eu converso para me distrair.	0	0,8	1	1
52- Eu penso em fugir para ficar mais sozinho, longe de tudo.	100	1	1	1
53- Eu penso em fugir para nunca mais ter que tomar remédio desse jeito.	100	1	1	1
54- Eu rezo/oro para Deus me ajudar no tratamento.	0	1	1	0,88
55- Eu tomo remédio porque faço de tudo para ser curado.	100	1	1	1
56- Eu escuto música para me distrair do que está acontecendo comigo no hospital	100	1	1	1
57- Eu fico triste porque sinto saudades da família, de casa, dos meus amigos ou da escola.	0	1	1	1
58- Eu me escondo porque tenho medo de tomar injeção	100	1	1	1

Legenda. CVC = Coeficiente de Validade de Conteúdo (Pasquali, 2010).

Nota. CVC \geq 0,8 é considerado válido (Hernández-Nieto, 2002)

(cont.)

Tabela 9. Avaliação dos juízes na dimensão teórica, clareza de linguagem, pertinência teórica e prática dos itens da Escala COPE-H (N = 5) (cont.)

Itens	Concordância entre os juízes quanto a dimensão teórica (%)	CVC - Critério Clareza de Linguagem	CVC - Critério Pertinência Teórica	CVC - Critério Pertinência Prática
59- Eu procuro brincar para controlar o que sinto de ruim no hospital	100	1	1	1
60- Quando eu brinco, acho que diminui minha tristeza.	100	1	1	1
61- Eu me sinto triste porque ninguém tem pena de mim ou do que está acontecendo comigo.	100	1	1	1
62- Eu quero ficar sozinho, isolado, porque ficar no hospital me deixa muito triste.	100	1	1	1
63 - Eu me sinto desanimado, sem esperança, porque nada do que eu faço me faz sair do hospital.	100	1	1	1
64- Eu procuro fazer um acordo com quem cuida de mim, pois assim posso brincar depois de tomar injeção.	100	1	1	1
65- Porque quando eu converso, eu perturbo minha mãe para ficar perto de mim.	100	1	1	1
66- Eu sinto medo e só fico pensando em coisas ruins e que não vou mais sair daqui.	80	0,8	1	1
67- Quando eu me sinto corajoso, isso me ajuda a pensar no problema de uma forma mais positiva.	100	1	1	1
68- Quando eu me sinto corajoso no hospital, percebo que as pessoas que cuidam de mim ficam mais confiantes.	100	1	1	1
69- Eu peço para minha mãe fazer as perguntas porque tenho vergonha do médico.	100	1	1	1

Legenda. CVC = Coeficiente de Validade de Conteúdo (Pasquali, 2010).

Nota. CVC \geq 0,8 é considerado válido (Hernández-Nieto, 2002).

A verificação de evidência de validade baseada no conteúdo também incluiu a avaliação dos juízes quanto à linguagem, à pertinência prática e à pertinência teórica. Para tanto, os itens foram avaliados numa escala *likert* de 1 a 5, de forma que, quanto mais próximo de um, menos adequado o item estava para a escala; e, quanto mais próximo de cinco, mais claro o item estava quanto linguagem, e maior era sua pertinência prática e teórica. A aplicação do Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) dos juízes (Pasquali, 2010) e do critério de aceitação do item com $CVC \geq 0,8$ (Hernández-Nieto, 2002) mostrou que todos os itens do instrumento estavam adequados. Entretanto, considerando que a escala poderia ser aplicada em crianças de seis anos de idade, julgou-se importante revisar esses itens que obtiveram um CVC que não fosse igual a um, pois a falta de clareza na linguagem poderia inviabilizar o entendimento do item e, por consequência, prejudicar a aplicação do instrumento. Dessa forma, com objetivo de melhorar a estrutura da escala, esses itens foram selecionados para serem revisados, a saber: itens 6, 9, 11, 15, 16, 20, 22, 27, 32, 42 e 46.

A revisão na clareza da linguagem dos itens levou em consideração os relatos dos juízes durante o processo de avaliação dos itens. Tais relatos eram registrados no formulário de análise dos itens da escala, em um campo especialmente proposto para fins de sugestões ou comentários dos juízes. Os juízes julgaram que algumas expressões relacionadas a sentimentos, como "desânimo", poderiam não ser claras, e sugeriram uma melhor explicação nos itens que tratavam desse conteúdo. Para atender a essa avaliação, foi inserida a expressão "sem esperança", para atribuir maior clareza ao item. Foi o caso do item 11- "Eu me sinto desanimado porque eu não aguento mais ficar no

hospital”, cuja versão final ficou: 11- “Eu me sinto desanimado, **sem esperança**, porque eu não aguento mais ficar no hospital”. A Tabela 10 descreve os itens reformulados a partir das sugestões dos juízes.

Tabela 10. *Itens do COPE-H reformulados com as sugestões dos juízes*

Item	Item final
6- Eu me escondo para não tomar o remédio.	Eu me escondo para não ter que tomar remédio
9- Eu busco informações porque assim aprendo mais sobre o que está acontecendo comigo.	Eu procuro saber mais , porque assim eu aprendo mais sobre o que está acontecendo comigo
11- Eu me sinto desanimado porque eu não aguento mais ficar no hospital.	Eu me sinto desanimado, sem esperança , porque eu não aguento mais ficar no hospital.
15- Eu busco informação porque acho importante saber sobre a doença.	Eu faço perguntas porque acho importante saber sobre a doença.
16- Eu faço um combinado/acordo porque depois que a minha mãe me deixa brincar eu sempre faço o que ela pede	Eu procuro fazer um acordo com a minha mãe para ela me deixar brincar, aí eu faço o que ela quer.
20- Quando eu converso, me sinto mais confiante.	Eu procuro conversar com alguém para me sentir mais confiante
22- Eu faço um combinado/ acordo porque eu sei que a enfermeira quer o melhor para mim.	Eu procuro fazer um acordo, negociar com a enfermeira na hora de tomar injeção , porque sei que ela quer o melhor para mim.
27- Eu busco informações porque, assim, sei o que posso fazer para melhorar.	Eu procuro saber mais sobre o meu problema, e o tratamento para saber o que posso fazer para melhorar.
32- Eu converso porque conversar com as pessoas é importante para mim.	Eu procuro as pessoas para conversar porque sinto que é importante para mim.
42- Eu choro porque só sinto dor e acredito que isso nunca irá acabar	Eu choro porque só sinto dor Eu choro porque acredito que isso nunca irá acabar
66- Eu sinto medo e só fico pensando em coisas ruins e que não vou mais sair daqui.	Eu sinto medo e só fico pensando em coisas ruins Eu sinto medo e só fico pensando que não vou mais sair daqui

Os juízes ponderaram sobre a compreensão da expressão “buscar informações”, quando se considera as crianças mais novas. A indicação de inclusão das expressões "procurar saber sobre", "fazer perguntas" ou "saber mais" nos itens que tratavam da busca de informações foi acatada, visando a tornar o item mais explicativo. Nos itens relativos à “negociação”, houve indicação de que a palavra "acordo" viesse acompanhada de sinônimos, como "combinado" ou "negociar".

A análise dos juízes também indicou ajustes menores na redação do item, com o objetivo de melhorar a coesão e a coerência. Este foi o caso dos itens 6, 20 e 32. Outro tipo de alteração atendeu a indicação de que o item tratasse somente de uma informação, de forma que os itens 42 e 66 foram decompostos em dois itens.

O processo de ajuste dos itens do instrumento incluiu, também, a elaboração de novos itens, uma vez que houve descarte daqueles que não obtiveram concordância entre os juízes. A inclusão dos itens justificou-se pela necessidade de contemplar todas as macrocategorias de *coping* propostas pela TMC. Assim, foram criados mais 25 itens, os quais foram submetidos a uma nova avaliação, pelos mesmos juízes, juntamente com os itens reformulados.

Na segunda avaliação, os 25 novos itens obtiveram 100% de concordância entre os juízes, quanto a dimensão teórica. No que diz respeito à clareza de linguagem, à pertinência prática e à pertinência teórica, todos os itens foram avaliados como adequados (APÊNDICE Q, Tabela 33).

Ao final, foram propostos 66 itens que, após submetidos aos ajustes indicados pelos juízes, alcançaram, na segunda avaliação, um CVC igual a 1,0; o que indica um excelente nível de concordância entre os juízes. Devido à unanimidade entre os juízes que avaliaram os itens da Escala COPE-H, não foi possível verificar o índice Kappa (Landis & Koch, 1977), já que esse índice só pode ser verificado quando existe uma diferença entre as avaliações.

Nesse sentido, pode-se afirmar que a Escala COPE-H teve seu processo de construção baseado na TMC, modelo teórico do *coping* que propõe 12 categorias de *coping* de alta ordem (aqui referidas como macrocategorias), suas estratégias de enfrentamento, seu desfecho adaptativo

ou mal adaptativo, e a percepção do estressor como ameaça ou desafio, a cada uma das três necessidades psicológicas básicas (competência, autonomia ou relacionamento). A Tabela 11 mostra a composição dos itens e suas classificações após a validação de conteúdo.

Tabela 11. *Composição das cenas e itens do COPE-H, segundo as estratégias de enfrentamento, as macrocategorias de coping, o tipo de desfecho adaptativo, percepção do estressor e necessidade psicológica básica*

Cena	Respostas de coping (itens)	Comportamento	EE	Macrocategorias de Coping	Desfecho	Percepção do estressor	Necessidade básica
1	3, 4, 5, 6 1,2	Brincar	Regulação emocional	Autoconfiança	CA	Desafio	Relacionamento
		Brincar	Distração	Acomodação	CA	Desafio	Autonomia
2	7 8, 9 10	Chorar	Desamparo	Desamparo	CMA	Ameaça	Competência
		Chorar	Ruminação	Submissão	CMA	Ameaça	Autonomia
		Chorar	Catástrofe	Submissão	CMA	Ameaça	Autonomia
3	11, 12, 13, 14	Raiva	Agressão	Oposição	CMA	Ameaça	Autonomia
4	15, 16	Ver televisão	Distração	Acomodação	CA	Desafio	Autonomia
5	17, 18 19	Esconder-se	Evitação Comportamental	Fuga	CMA	Ameaça	Competência
		Esconder-se	Afastamento Mental	Fuga	CMA	Ameaça	Competência
6	20,22,23 21	Ficar triste	Isolamento	Isolamento	CMA	Ameaça	Relacionamento
		Ficar triste	Autopiedade	Delegação	CMA	Ameaça	Relacionamento
7	24, 25	Rezar	Busca de apoio religioso	Busca de Suporte	CA	Desafio	Relacionamento
8	26, 27, 28, 29	Desanimar	Desamparo	Desamparo	CMA	Ameaça	Competência
9	30, 31, 32, 33	Negociar	Negociação	Negociação	CA	Desafio	Autonomia
10	34, 35, 36 37 38	Fugir	Pensamento Desejoso	Fuga	CMA	Ameaça	Competência
		Fugir	Isolamento	Isolamento	CMA	Ameaça	Relacionamento
		Fugir	Evitação Comportamental	Fuga	CMA	Ameaça	Competência
11	39, 40 41 42	Conversar	Busca por contato	Busca por Suporte	CA	Desafio	Relacionamento
		Conversar	Importunar	Delegação	CMA	Ameaça	Relacionamento
		Conversar	Busca por apoio	Busca de Suporte	CA	Desafio	Relacionamento
12	43, 44	Ouvir música	Distração	Acomodação	CA	Desafio	Autonomia
13	45, 46	Sentir culpa	Autoculpa	Submissão	CMA	Ameaça	Autonomia
14	47, 48, 49 50, 51	Sentir medo	Ruminação	Submissão	CMA	Ameaça	Autonomia
		Sentir medo	Catástrofe	Submissão	CMA	Ameaça	Autonomia
15	52, 53, 54	Sentir coragem	Coragem	Autoconfiança	CA	Desafio	Relacionamento

Legenda: EE (Estratégias de Enfrentamento); CA (Coping Adaptativo); CMA, (Coping Mal Adaptativo).

(cont.)

Tabela 11. *Composição das cenas e itens do COPE-H, segundo as estratégias de enfrentamento, as macrocategorias de coping, o tipo de desfecho adaptativo, percepção do estressor e necessidade psicológica básica (cont.)*

Cena	Respostas de coping (itens)	Comportamento	EE	Macrocategorias de Coping	Desfecho	Percepção do estressor	Necessidade básica
16	55, 56, 57, 58, 59, 60	Tomar remédio	Resolução de problemas	Resolução de problema	CA	Desafio	Competência
		Tomar Remédio	Agressão	Oposição	CMA	Ameaça	Autonomia
17	61, 62, 63, 64, 65, 66	Pedir informações	Busca de Informação	Busca de informação	CA	Desafio	Competência
		Pedir informações	Dependência	Delegação	CMA	Ameaça	Relacionamento

Legenda: EE (Estratégias de Enfrentamento); CA (*Coping* Adaptativo); CMA, (*Coping* Mal Adaptativo).

Na composição do COPE-H, todas as 12 macrocategorias de *coping* foram contempladas. Predominaram os itens com desfecho mal adaptativo (n = 34, 51,5%), sendo que 7 itens contemplaram a percepção de ameaça à necessidade de relacionamento, 12 contemplaram a percepção de ameaça à necessidade de competência e 15 contemplaram a percepção de ameaça à necessidade de autonomia. Os demais itens (n = 32, 48,5%) se relacionaram a um desfecho adaptativo, representando percepção de desafio à necessidade de relacionamento (n = 12), de autonomia (n = 10) e de competência (n = 10). No que diz respeito às estratégias de enfrentamento, os itens contemplaram estratégias de desfecho mal adaptativo: *passividade, ruminação, catástrofe, agressão, evitação comportamental, afastamento mental, isolamento, autopiedade, desamparo, pensamento desejoso, importunação, autculpa e dependência*; e de desfecho adaptativo: *regulação da emoção, distração, busca de apoio, busca de apoio religioso, busca por contato, negociação, coragem, resolução de problemas e busca de informação*.

Os resultados obtidos na análise de concordância entre os juízes permitem afirmar a existência de evidência de validade de conteúdo na Escala COPE-H. A seguir, é descrita sua composição final.

3.1.2.1.2- COPE-H

A Escala de Coping da Hospitalização (COPE-H) tem como objetivo avaliar o *coping* da hospitalização em crianças de seis a doze anos, adotando a perspectiva da Teoria Motivacional do *Coping* (TMC) (Skinner et al., 2003; Skinner & Wellborn, 1994; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007).

O instrumento é constituído por um caderno de aplicação, com uma versão para meninas e outra para meninos, um formulário para o registro das respostas e um formulário para a correção e interpretação do teste. Cada um desses componentes do COPE-H será descrito, a seguir.

O caderno de aplicação, em suas versões menina e menino, é impresso colorido, em papel cartão e plastificado. As pranchas impressas têm o tamanho de 21,6 x 31,5 e são encadernadas. No total, são 18 pranchas, sendo que uma apresenta o instrumento, por meio do desenho do personagem principal acompanhado de um balão contendo a fala descrita na Figura 13.

“Olá, este é o Pedro! Ele está internado no hospital e gostaria de compartilhar com você o que ele tem feito para enfrentar a hospitalização. Assim, você poderá falar sobre como VOCÊ está enfrentando esses dias no hospital, também! Quando você fala sobre seus pensamentos e sentimentos, fica mais fácil para as pessoas te entenderem e te ajudarem! Vamos lá?”

Figura 13. Texto de apresentação da COPE-H (versão masculina)

As demais 17 pranchas são cenas que representam comportamentos de *coping*. Cada comportamento de *coping* abrange duas páginas do caderno. Em uma página, a cena é acompanhada por uma pergunta que verifica se a criança refere ou não refere o comportamento de *coping* que está representado. Na segunda página, a cena repete o comportamento de *coping* da página anterior, porém com a inclusão dos itens relacionados ao comportamento. A inclusão dos itens confere a característica interativa do instrumento. Esses itens são impressos em preto-e-branco, em papel cartão, recortado no formato de um balão de fala, e plastificado. Desse modo, a

criança pode manipular os itens, posicionando-os na altura da cabeça do personagem principal e, em seguida, lendo-os e registrando sua resposta.

Com o objetivo de conferir maior clareza na descrição da composição do caderno de aplicação do COPE-H, será utilizado o exemplo de um comportamento de *coping*. Mais especificamente, o exemplo retratará o procedimento de aplicação da prancha referente ao comportamento *brincar*.

Após mostrar a prancha de apresentação, em que a criança é convidada a responder ao instrumento, apresenta-se a primeira prancha de comportamentos de *coping*, no caso *brincar*. A Figura 14 apresenta a primeira página que contém o comportamento de brincar.



Figura 14. Cena que representa o comportamento de *coping* “brincar”, do COPE-H, versão menina.

Diante da cena, a criança deve responder a pergunta: “No hospital, para enfrentar ou ter que lidar com a situação, você costuma brincar?”. A criança deve responder o quanto realiza o referido comportamento, fornecendo a resposta em uma escala *Likert*, de 1 a 5, sendo 1 = nunca; 2 = um pouco; 3 =

às vezes; 4 = quase sempre e 5 = sempre. Caso a resposta seja nunca, a aplicação segue com a apresentação do próximo comportamento de *coping*. Como apoio para a resposta da criança e maior facilidade na diferenciação das categorias de respostas, são apresentados círculos divididos em quatro partes iguais, de forma a representar a frequência da sua resposta. Assim, se a criança considerar que *nunca* apresenta o comportamento, ela aponta para o círculo vazio. Se ela apresenta o comportamento *um pouco*, ela aponta o círculo que possui uma parte preenchida; se apresenta o comportamento às vezes durante a sua hospitalização, deve apontar o círculo que possui duas partes preenchidas; se *quase sempre* apresenta o comportamento, deve indicar o círculo com três partes preenchidas e; por fim, se *sempre* apresentar o comportamento, deve indicar o círculo que possui todas as partes preenchidas.

Na página seguinte, a cena representando o comportamento brincar se repete, porém sem a pergunta. Esta, por sua vez, dá lugar aos itens, que são apresentados um a um, em cartões no formato de balões de fala, como mostra a Figura 15.








Figura 15. Exemplo da aplicação do item 3 da cena *brincar* (versão feminina) do COPE-H;

Seguindo a mesma forma de registro da resposta à pergunta sobre a frequência do comportamento de *coping*, a criança deve indicar o quanto emprega a estratégia descrita no item. Após o registro, é fornecido à criança outro balão de fala contendo o item para que ela o posicione novamente na altura da cabeça da personagem principal e, mais uma vez, responda ao item. No caso do comportamento brincar, são apresentados cinco itens (balões de fala), os quais devem ser respondidos quanto a sua frequência.

A aplicação de cada item se encerra com a pergunta sobre se a estratégia de enfrentamento representada pelo item ajuda no enfrentamento da hospitalização. A partir da resposta da criança, o pesquisador pergunta se realizar ou não o que está determinado no item, ajuda ou não no processo de enfrentamento da hospitalização. O objetivo desse procedimento é verificar o *pós-coping* de cada uma das estratégias.





Este processo é repetido em todas as demais cenas representativas dos comportamentos de *coping*, variando o número de itens para cada um desses comportamentos. A Tabela 12 apresenta a versão final dos itens da escala distribuídos conforme as 17 cenas do COPE-H (ver desenhos na versão menino e menina no APÊNDICE C e D).

Tabela 12. Conjunto dos itens da versão final do COPE-H

Cena	Itens do COPE-H – Versão final
<p>1-Brincar</p>  <p>NO HOSPITAL, PARA ENFRENTAR OU TER QUE LIDAR COM A SITUAÇÃO, VOCÊ COSTUMA BRINCAR?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Quando estou no hospital, eu brinco. 2. Eu brinco para passar o tempo. 3. Quando eu brinco, até passa a vontade de chorar. 4. Eu procuro brincar para ficar mais alegre. 5. Eu procuro brincar para controlar o que sinto de ruim no hospital. 6. Quando eu brinco, acho que diminui minha tristeza.
<p>2- Chorar</p>  <p>NO HOSPITAL, PARA ENFRENTAR OU TER QUE LIDAR COM A SITUAÇÃO, VOCÊ COSTUMA CHORAR?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 7. Quando estou no hospital, eu choro. 8. Eu choro porque tenho que tomar injeção. 9. Eu choro porque só sinto dor. 10. Eu choro porque acredito que isso nunca irá acabar.
<p>3- Sentir raiva</p>  <p>NO HOSPITAL, PARA ENFRENTAR OU TER QUE LIDAR COM A SITUAÇÃO, VOCÊ COSTUMA SENTIR RAIVA?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 11. Quando estou no hospital, eu sinto raiva. 12. Eu tenho raiva porque não quero tomar injeção. 13. Eu sinto raiva quando a enfermeira vem no quarto para me dar injeção, eu penso que, se ela estivesse no meu lugar, ela poderia sentir como dói tomar injeção. 14. Eu sinto raiva porque estou aqui e não posso fazer o que eu gosto.
<p>4- Assistir TV</p>  <p>NO HOSPITAL, PARA ENFRENTAR OU TER QUE LIDAR COM A SITUAÇÃO, VOCÊ COSTUMA ASSISTIR TELEVISÃO?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 15. Quando estou no hospital, eu assisto televisão. 16. Eu assisto televisão porque ajuda a me distrair.
<p>5-Esconder-se</p>  <p>NO HOSPITAL, PARA ENFRENTAR OU TER QUE LIDAR COM A SITUAÇÃO, VOCÊ COSTUMA ESCONDER-SE?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 17. Quando estou no hospital, eu tento me esconder. 18. Eu me escondo para não ter que tomar remédio. 19. Eu me escondo porque tenho medo de tomar injeção.





(cont.)

Tabela 12. Conjunto dos itens da versão final do COPE-H (cont.)

Cena	Itens do COPE-H – Versão final
<p data-bbox="183 304 421 331">6- Sentir-se Triste</p> <p data-bbox="183 331 421 352"><small>NO HOSPITAL, PARA ENFRENTAR OU TER QUE LIDAR COM A SITUAÇÃO, VOCÊ COSTUMA SENTIR-SE TRISTE?</small></p> 	<p data-bbox="465 304 1093 331">20. Quando estou no hospital, eu me sinto triste.</p> <p data-bbox="465 336 1682 363">21. Eu me sinto triste porque ninguém tem pena de mim ou do que está acontecendo comigo.</p> <p data-bbox="465 368 1518 395">22. Eu quero ficar sozinho, isolado, porque ficar no hospital me deixa muito triste.</p> <p data-bbox="465 400 1420 427">23. Quando estou doente, fico triste e não quero conversar com ninguém.</p>
<p data-bbox="183 533 304 560">7- Rezar</p> <p data-bbox="183 560 421 580"><small>NO HOSPITAL, PARA ENFRENTAR OU TER QUE LIDAR COM A SITUAÇÃO, VOCÊ COSTUMA REZAR OU FAZER ORAÇÕES?</small></p> 	<p data-bbox="465 533 1021 560">24. Quando estou no hospital, eu rezo/oro.</p> <p data-bbox="465 564 1055 592">25. Eu rezo/oro para Deus me ajudar a sarar.</p>
<p data-bbox="183 756 353 815">8-Sentir-se Desanimado</p> <p data-bbox="183 815 421 836"><small>NO HOSPITAL, PARA ENFRENTAR OU TER QUE LIDAR COM A SITUAÇÃO, VOCÊ COSTUMA SENTIR-SE DESANIMADO?</small></p> 	<p data-bbox="465 756 1227 783">26. Quando estou no hospital, eu me sinto desanimado(a).</p> <p data-bbox="465 788 1249 815">27. Eu fico desanimado(a) porque estou doente, no hospital.</p> <p data-bbox="465 820 1659 847">28. Eu me sinto desanimado, sem esperança, porque eu não aguento mais ficar no hospital.</p> <p data-bbox="465 852 1742 879">29. Eu me sinto desanimado, sem esperança, porque nada do que eu faço me faz sair do hospital.</p>
<p data-bbox="183 984 389 1011">9-Fazer Acordo</p> <p data-bbox="183 1011 421 1032"><small>NO HOSPITAL, PARA ENFRENTAR OU TER QUE LIDAR COM A SITUAÇÃO, VOCÊ COSTUMA FAZER UM ACORDO COM O MÉDICO, ENFERMEIRO OU SEUS PAIS?</small></p> 	<p data-bbox="465 984 1621 1011">30. Quando estou no hospital, eu procuro combinar alguma troca, fazer acordo, negociar.</p> <p data-bbox="465 1016 1794 1043">31. Eu procuro fazer um acordo com minha mãe para ela me deixar brincar. Aí eu faço o que ela quer.</p> <p data-bbox="465 1048 2018 1107">32. Eu procuro fazer um acordo, negociar com a enfermeira na hora de tomar injeção, porque sei que ela quer o melhor para mim.</p> <p data-bbox="465 1112 1868 1139">33. Eu procuro fazer um acordo com quem cuida de mim, pois assim posso brincar depois de tomar injeção.</p>





(cont.)

Tabela 12. Conjunto dos itens da versão final do COPE-H (cont.)

Cena	Itens do COPE-H – Versão final
<p>10-Pensar em Fugir</p>  <p>NO HOSPITAL, PARA ENFRENTAR OU TER QUE LIDAR COM A SITUAÇÃO, VOCÊ COSTUMA PENSAR EM FUGIR?</p>	<p>34. Quando estou no hospital, eu penso em fugir. 35. Eu penso em fugir do hospital para ficar longe das injeções. 36. Eu penso em fugir porque quero sair do hospital. 37. Eu penso em fugir para ficar mais sozinho, longe de tudo. 38. Eu penso em fugir para nunca mais ter que tomar remédio desse jeito.</p>
<p>11-Conversar</p>  <p>NO HOSPITAL, PARA ENFRENTAR OU TER QUE LIDAR COM A SITUAÇÃO, VOCÊ COSTUMA CONVERSAR?</p>	<p>39. Quando estou no hospital, eu procuro conversar. 40. Eu procuro conversar com alguém para me sentir mais confiante. 41. Porque quando eu converso, eu perturbo a minha mãe para ela ficar perto de mim. 42. Eu procuro as pessoas para conversar, porque sinto que é importante para mim.</p>
<p>12- Ouvir Música</p>  <p>NO HOSPITAL, PARA ENFRENTAR OU TER QUE LIDAR COM A SITUAÇÃO, VOCÊ COSTUMA OUVIR MÚSICA?</p>	<p>43. Quando estou no hospital, eu costumo ouvir música. 44. Eu escuto música para me distrair do que está acontecendo comigo no hospital.</p>
<p>13-Sentir Culpa</p>  <p>NO HOSPITAL, PARA ENFRENTAR OU TER QUE LIDAR COM A SITUAÇÃO, VOCÊ COSTUMA SENTIR-SE CULPADO?</p>	<p>45. Quando estou no hospital, eu sinto culpa. 46. Eu me sinto culpado por estar doente.</p>

(cont.)

Tabela 12. Conjunto dos itens da versão final do COPE-H (cont.)

Cena	Itens do COPE-H – Versão final
<p>14-Sentir Medo</p> 	<p>47. Quando estou no hospital, eu sinto medo. 48. Eu sinto medo de ter que tomar injeção. 49. Eu sinto medo e fico só pensando na injeção. 50. Eu sinto medo e fico só pensando em coisas ruins. 51. Eu sinto medo e só fico pensando que não vou mais sair daqui.</p>
<p>15- Sentir-se Corajoso</p> 	<p>52. Quando estou no hospital, eu sinto coragem. 53. Quando eu me sinto corajoso, isso me ajuda a pensar no problema de uma forma mais positiva. 54. Quando eu me sinto corajoso no hospital, percebo que as pessoas que cuidam de mim ficam mais confiantes.</p>
<p>16-Tomar Remédio</p> 	<p>55. Quando estou no hospital, eu tomo remédio. 56. Eu tomo remédio porque assim sinto que posso fazer algo para melhorar. 57. Eu tomo remédio para melhorar. 58. Item Excluído 59. Eu tomo remédio porque faço de tudo para ser curado. 60. Quando me dão remédio, eu tenho vontade de empurrar a enfermeira.</p>
<p>17-Buscar Informação</p> 	<p>61. Quando estou no hospital, eu busco informação. 62. Eu procuro saber mais porque assim eu aprendo mais sobre o que está acontecendo comigo. 63. Eu faço perguntas, porque acho importante saber sobre a doença. 64. Eu busco informações porque me interessa em saber o que eu tenho. 65. Eu procuro saber mais sobre meu problema e o tratamento para saber o que posso fazer para melhorar. 66. Eu peço para a minha mãe fazer as perguntas porque tenho vergonha do médico.</p>

Além do caderno de aplicação, o COPE-H é composto pelo Formulário de Resposta. Este formulário é preenchido pelo aplicador/pesquisador e contém os itens da Escala COPE-H, bem como um cabeçalho para o registro de informações de identificação da criança (nome, data de nascimento, sexo e escolaridade) e informações sobre a aplicação (data, horário de início e término, duração e intercorrências durante a realização da avaliação) (APÊNDICE H).

Para a correção do teste, segundo os dados normativos da escala, foi elaborado o Formulário de Correção e Interpretação (APÊNDICE P). A frequência das respostas dadas pelas crianças em cada item é registrada em um quadro específico para este fim. Esse quadro contém todos os itens, agrupados em três cores diferentes, de modo a contemplar cada um dos fatores da escala. Em seguida, soma-se a pontuação dos itens de cores iguais, registrando a soma de cada fator em outro quadro. Neste quadro deve ser informado o escore bruto, o qual será transformado em percentil, tendo como base as normas estabelecidas. Após este procedimento, classifica-se cada um dos fatores nas categorias: *inferior*, *médio inferior*, *médio*, *médio superior* e *superior*. Esse formulário contém, ainda, um quadro com a definição de cada um dos fatores, servindo de base para a elaboração de uma narrativa sintetizada da avaliação do *coping*.

3.1.2.1.3 Escala COPE-H-Cuidador

Com a versão final dos itens da Escala COPE-H, foi possível realizar a adaptação desses itens quanto a linguagem para a população de cuidadores. Essa escala tinha como objetivo verificar a diferença entre a percepção da

criança e do cuidador quanto ao *coping* da hospitalização da criança. Para tanto, todos os itens foram ajustados de forma que o instrumento pudesse ser auto-aplicável, permitindo que o cuidador respondesse aos itens de acordo com sua percepção acerca do enfrentamento da hospitalização da criança. Além dos itens, a instrução da escala também foi modificada, conforme apresentado a seguir:

"Este instrumento apresenta comportamentos que podem ser emitidos pelas crianças para enfrentar a hospitalização. Com base na sua convivência com a criança durante a hospitalização, indique o quanto cada comportamento é apresentado por ele durante a hospitalização. Em seguida, informe o quanto cada item corresponde a como a criança enfrenta a hospitalização. Por fim, indique se a estratégia utilizada ajudano enfrentamento da hospitalização dele(a)".

Figura 16. Apresentação da Escala COPE-H-Cuidador.

Assim, a instrução da escala e os 66 itens adaptados foram submetidos à análise de cinco juízes para verificação da clareza de linguagem. A Tabela 12 apresenta os itens após a adaptação da linguagem.

Tabela 13. *Adaptação dos itens da Escala COPE-H para a Escala COPE-H-Cuidador*

Cena	Itens - Escala COPE-H	Itens - Escala COPE-H-Cuidador
1. Brincar	1. Quando estou no hospital, eu brinco. 2. Eu brinco para passar o tempo 3. Quando eu brinco, até passa a vontade de chorar. 4. Eu procuro brincar para ficar mais alegre. 5. Eu procuro brincar para controlar o que sinto de ruim no hospital. 6. Quando eu brinco, acho que diminui minha tristeza.	1. Quando está no hospital, ele(a) brinca. 2. Ele(a) brinca para passar o tempo. 3. Quando ele(a) brinca, até passa a vontade dele de chorar. 4. Ele(a) procura brincar para ficar mais alegre. 5. Ele(a) procura brincar para controlar o que sente de ruim no hospital. 6. Quando ele(a) brinca, acho que diminui sua tristeza
2. Chorar	7. Quando estou no hospital, eu choro. 8. Eu choro porque tenho que tomar injeção. 9. Eu choro porque só sinto dor. 10. Eu choro porque acredito que isso nunca irá acabar.	7. Quando está no hospital, ele(a) chora. 8. Ele(a) chora porque tem que tomar injeção. 9. Ele(a) chora porque só sente dor. 10. Ele(a) chora porque acredita que isso nunca irá acabar.
3. Sentir Raiva	11. Quando estou no hospital, eu sinto raiva. 12. Eu tenho raiva porque não quero tomar injeção. 13. Eu sinto raiva quando a enfermeira vem no quarto para me dar injeção, eu penso que, se ela estivesse no meu lugar, ela poderia sentir como dói tomar injeção. 14. Eu sinto raiva porque estou aqui e não posso fazer o que eu gosto.	11. Quando está no hospital, ele(a) sente raiva. 12. Ele(a) tem raiva porque não quer tomar injeção. 13. Ele(a) sente raiva quando a enfermeira vem no quarto para lhe dar injeção, ele(a) pensa que, se a enfermeira estivesse em seu lugar, poderia sentir como dói tomar injeção. 14. Ele(a) sente raiva porque está aqui e não pode fazer o que gosta.
4. Ver televisão	15. Quando estou no hospital, eu assisto televisão. 16. Eu assisto televisão porque ajuda a me distrair.	15. Quando está no hospital, ele(a) assiste televisão. 16. Ele(a) assiste televisão porque isto o ajuda a se distrair.
5. Esconder-se	17. Quando estou no hospital, eu tento me esconder. 18. Eu me escondo para não ter que tomar remédio. 19. Eu me escondo porque tenho medo de tomar injeção.	17. Quando está no hospital, ele(a) tenta se esconder. 18. Ele(a) se esconde para não ter que tomar remédio. 19. Ele(a) se esconde porque tem medo de tomar injeção.
6. Ficar Triste	20. Quando estou no hospital, eu me sinto triste. 21. Eu me sinto triste porque ninguém tem pena de mim ou do que está acontecendo comigo. 22. Eu quero ficar sozinho, isolado, porque ficar no hospital me deixa muito triste. 23. Quando estou doente, fico triste e não quero conversar com ninguém.	20. Quando está no hospital, ele(a) sente-se triste. 21. Ele(a) se sente triste porque ninguém tem pena de dele(a) ou do que está acontecendo com ele(a). 22. Ele(a) quer ficar sozinho, isolado, porque ficar no hospital o deixa muito triste. 23. Quando ele(a) está doente, fica triste e não quer conversar com ninguém.
7. Rezar	24. Quando estou no hospital, eu rezo/oro. 25. Eu rezo/oro para Deus me ajudar a sarar.	24. Quando está no hospital, ele (a) reza/ora. 25. Ele(a) reza/ora para que Deus o(a) ajude a sarar.

(cont.)

Tabela 13. *Adaptação dos itens da Escala COPE-H para a Escala COPE-H-Cuidador (cont.)*

Cena	Itens - Escala COPE-H	Itens - Escala COPE-H-Cuidador
8.Desanimar	26. Quando estou no hospital, eu me sinto desanimado(a). 27. Eu fico desanimado(a) porque estou doente, no hospital. 28. Eu me sinto desanimado, sem esperança, porque eu não aguento mais ficar no hospital. 29. Eu me sinto desanimado, sem esperança, porque nada do que eu faço me faz sair do hospital.	26. Quando está no hospital, ele (a) sente-se desanimado (a). 27. Ele(a) fica desanimado porque está doente, no hospital. 28. Ele(a) se sente desanimado, sem esperança, porque não aguenta mais ficar no hospital. 29. Ele(a) se sente desanimado, sem esperança, porque nada do que faz o permite sair do hospital.
9. Negociar	30. Quando estou no hospital, eu procuro combinar alguma troca, fazer acordo, negociar. 31. Eu procuro fazer um acordo com minha mãe para ela me deixar brincar. Aí eu faço o que ela quer. 32. Eu procuro fazer um acordo, negociar com a enfermeira na hora de tomar injeção, porque sei que ela quer o melhor para mim. 33. Eu procuro fazer um acordo com quem cuida de mim, pois assim posso brincar depois de tomar injeção.	30. Quando está no hospital, ele(a) procura combinar alguma troca, fazer um acordo, negociar. 31. Ele(a) procura fazer um acordopara eu o(a) deixar brincar. Aí, ele(a) faz o que eu quero. 32. Ele(a) procura fazer um acordo, negociarcum a enfermeira na hora de tomar injeção porque sabe que ela quer o melhor para ele(a). 33. Ele(a) procura fazer um acordocom quem cuida dele(a), pois assim pode brincar depois de tomar injeção.
10. Fugir	34. Quando estou no hospital, eu penso em fugir. 35. Eu penso em fugir do hospital para ficar longe das injeções. 36. Eu penso em fugir porque quero sair do hospital. 37. Eu penso em fugir para ficar mais sozinho, longe de tudo. 38. Eu penso em fugir para nunca mais ter que tomar remédio desse jeito.	34. Quando está no hospital, ele(a) pensa em fugir. 35. Ele(a) pensa em fugir do hospital para ficar longe das injeções. 36. Ele(a) pensa em fugir porque quer sair do hospital. 37. Ele(a) pensa em fugir para ficar mais sozinho, longe de tudo. 38. Ele(a) pensa em fugir para nunca mais ter que tomar remédio desse jeito.
11. Conversar	39. Quando estou no hospital, eu procuro conversar. 40. Eu procuro conversar com alguém para me sentir mais confiante. 41. Porque quando eu converso, eu perturbo a minha mãe para ela ficar perto de mim. 42. Eu procuro as pessoas para conversar, porque sinto que é importante para mim.	39- Quando está no hospital, ele(a) procura conversar. 40. Ele(a) procura conversar com alguém para se sentir mais confiante. 41. Porque quando ele(a) conversa, ele(a) me perturba para que eu fique perto dele (a). 42. Ele(a) procura as pessoas para conversar durante seu tratamento, porque sente que isto é importante para ele(a).
12. Ouvir Música	43. Quando estou no hospital, eu costumo ouvir música. 44. Eu escuto música para me distrair do que está acontecendo comigo no hospital.	43. Quando está no hospital, ele (a) costuma ouvir música. 44. Ele(a) escuta música para se distrair do que está acontecendo com ele(a) no hospital.
13. Sentir Culpa	45. Quando estou no hospital, eu sinto culpa. 46. Eu me sinto culpado por estar doente.	45. Quando está no hospital, ele (a) sente culpa. 46. Ele(a) se sente culpado(a) por estar doente.

Tabela 13. *Adaptação dos itens da Escala COPE-H para a Escala COPE-H-Cuidador (cont.)*

Cena	Itens - Escala COPE-H	Itens - Escala COPE-H-Cuidador
14. Sentir Medo	47. Quando estou no hospital, eu sinto medo. 48. Eu sinto medo de ter que tomar injeção. 49. Eu sinto medo e fico só pensando na injeção. 50. Eu sinto medo e fico só pensando em coisas ruins. 51. Eu sinto medo e só fico pensando que não vou mais sair daqui.	47. Quando está no hospital, ele (a) sente medo. 48. Ele(a) sente medo de ter que tomar injeção. 49. Ele(a) sente medo e fica só pensando na injeção. 50. Ele(a) sente medo e fica só pensando em coisas ruins. 51. Ele(a) sente medo e fica só pensando que não vai mais sair daqui.
15. Sentir Coragem	52. Quando estou no hospital, eu sinto coragem. 53. Quando eu me sinto corajoso, isso me ajuda a pensar no problema de uma forma mais positiva. 54. Quando eu me sinto corajoso no hospital, percebo que as pessoas que cuidam de mim ficam mais confiantes.	52. Quando está no hospital, ele(a) sente coragem. 53. Quando ele(a) se sente corajoso, isto o(a) ajuda a pensar no problema de uma forma mais positiva. 54. Quando ele(a) se sente corajoso no hospital, percebeque as pessoas que cuidam dele(a) ficam mais confiantes.
16. Tomar Remédio	55. Quando estou no hospital, eu tomo remédio. 56. Eu tomo remédio porque assim sinto que posso fazer algo para melhorar. 57. Eu tomo remédio para melhorar. 58. Eu tomo remédio porque assim eu posso ter alta e sair do hospital. 59. Eu tomo remédio porque faço de tudo para ser curado. 60. Quando me dão remédio, eu tenho vontade de empurrar a enfermeira.	55. Quando está no hospital, ele (a) toma remédio. 56. Ele(a) toma remédio porque assim sente que pode fazer algo para melhorar. 57. Ele(a) toma remédio para melhorar. 58. Ele(a) toma remédio porque assim ele(a) pode ter alta e sair do hospital. 59. Ele(a) toma remédio porque faz de tudo para ser curado. 60. Quando lhe dão remédio, ele(a) tem vontade de empurrar a enfermeira.
17. Pedir Informações	61. Quando estou no hospital, eu busco informação. 62. Eu procuro saber mais porque assim eu aprendo mais sobre o que está acontecendo comigo. 63. Eu faço perguntas, porque acho importante saber sobre a doença. 64. Eu busco informações porque me interessa em saber o que eu tenho. 65. Eu procuro saber mais sobre meu problema e o tratamento para saber o que posso fazer para melhorar. 66. Eu peço para a minha mãe fazer as perguntas porque tenho vergonha do médico.	61. Quando está no hospital, ele (a) busca informação 62. Ele(a) procura saber mais porque assim ele(a) aprende mais sobre o que está acontecendo consigo mesmo. 63. Ele(a) faz perguntas, porque acha importante saber sobre a doença. 64. Ele(a) buscar informações porque se interessa em saber o que ele(a) tem. 65. Ele(a) procura saber mais sobre seu problema e o tratamento para saber o que pode fazer para melhorar. 66. Ele(a) pede para a mãe fazer as perguntas porque sente vergonha do médico.

A análise realizada pelos juízes indicou a adequação da adaptação da Escala COPE-H-Cuidador, com atribuição de um CVC igual a 1. Não foi realizada a avaliação quanto à dimensão teórica, pertinência prática e pertinência teórica dos itens, já que não houve mudança no conteúdo dos mesmos, sendo assim, desnecessária tal avaliação. Com base nesses resultados, concluiu-se que a Escala COPE-H-Cuidador possui evidência de validade de conteúdo, sendo indicada a sua aplicação. Em seguida, procedeu-se a aplicação do estudo-piloto em crianças de 6-12 anos e seus cuidadores, cujos dados estão descritos a seguir.

3.1.2.1.4 Estudo-piloto da Escala COPE-H e da Escala COPE-H-Cuidador

O estudo-piloto realizado visou à verificação da aplicabilidade da Escala COPE-H e da Escala COPE-H-Cuidador à população de crianças hospitalizadas e seus cuidadores. De modo mais específico, buscou-se verificar se os desenhos e os itens representativos de comportamentos de *coping* eram compreensíveis, assim como a forma de registro da resposta.

3.1.2.1.4.1 Participantes e Local da Coleta do Estudo-Piloto

Para o estudo-piloto, foi composta uma amostra de conveniência de 20 crianças, com idade entre 6 e 12 anos ($M = 9$ anos), procedentes da Grande Vitória e seus cuidadores, nesse caso, todas mães. Os critérios de inclusão foram respeitados para compor a amostra. A Tabela 14 descreve as características da amostra. O estudo-piloto foi realizado na Enfermaria Cirúrgica, do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória, em Vitória, ES, no período do mês de maio de 2015.

Tabela 14. *Caracterização da amostra do estudo-piloto do COPE-H (N = 20)*

Participantes						
Sexo n	Feminino			Masculino		
	8			12		
Idade (Média=9)	6	8	12	6	8	12
N	3	2	3	4	3	5
Cuidadores	20			0		
Idade (Média=43)	18-21	22-30	31-40	41-50	> 50	
N	1	3	9	6	1	

3.1.2.1.4.2 Procedimento de Coleta de dados do Estudo-Piloto

Inicialmente, todos os cuidadores respondiam ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e todas as crianças respondiam ao Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, além da aplicação da Escala de Faces Revisada [EF-R] (Poveda et al., 2010). Em seguida, a Escala COPE-H e a Escala COPE-H-Cuidador eram aplicadas, simultaneamente, na criança e na mãe, respectivamente, para evitar que os participantes envolvidos tivessem acesso a resposta de um e de outro.

A aplicação da Escala COPE-H e da Escala COPE-H-Cuidador iniciava com a leitura das instruções em voz alta para os participantes. Após a leitura, o pesquisador verificava a compreensão do comando, e solicitava a expressão de dúvidas, caso houvesse necessidade. Como a aplicação dos itens era feita após a apresentação de cada cena, primeiramente, era preciso verificar com a criança se o desenho representava, de fato, o comportamento que pretendia. Para isso, a criança descrevia a cena. Quando a descrição da criança não correspondia ao propósito do mesmo, a pesquisadora inseria ajuda verbal, por meio de perguntas que levavam a criança à compreensão do desenho. Em relação aos itens propriamente ditos, o pesquisador solicitava aos participantes

que relatassem se algo naquela frase era de difícil entendimento. Toda a aplicação era gravada e registrada para posterior análise.

3.1.2.1.4.3 Resultados do Estudo-Piloto

Não houve registro de dificuldade no entendimento dos comandos iniciais pelas crianças, nem pelas mães. Entretanto, foi necessário que a pesquisadora fizesse a leitura da instrução da escala (página inicial) e de todos os balões de fala (itens) para 3 crianças, sendo duas com 6 anos de idade e uma com 8 anos, devido a dificuldade que apresentavam na leitura. É importante ressaltar que a dificuldade estava apenas no processo da alfabetização e não no entendimento dos itens, já que após a leitura feita pelo pesquisador, não foram encontradas dificuldades nem por parte dos cuidadores, nem pelas crianças, de maneira que, além de explicarem para o pesquisador o conteúdo do item de cada balão de pensamento, muitos ainda davam exemplos de como aquela situação era presente no cotidiano hospitalar. Assim, explicavam de forma correta o que cada item significava. Como exemplo, no item 4, da cena *brincar*, "Eu procuro brincar para ficar mais alegre", ao ser solicitada a explicação do item, a Criança 4 (C4), sexo masculino, 8 anos, respondeu:

"Fácil! Esse menino aí, diz que como às vezes ficar aqui deixa a gente triste, ele pede um carrinho pra brincar, e depois, fica mais alegre! Tá certo, tia?"

Um outro exemplo do entendimento do item, foi com o item 10 "*Eu choro porque acredito que isso nunca irá acabar*". Ao ser questionada sobre a clareza do item, a criança respondeu:

"Às vezes, eu sinto isso direto! Já é a terceira vez que eu venho pra cá pra operar a perna (nesse momento ela apontou a perna esquerda para a

pesquisadora). *Na primeira vez que eu vim, ninguém me falou que eu ia ter que operar de novo, né mãe?* (olhou para mãe que estava ao lado e que tentou explicar o motivo das outras duas operações que aconteceram). *Então, tia. Ontem mesmo eu chorei quando eu entrei na sala! Na hora eu pensei que ia ficar vindo pra cá muitas vezes ainda*". A pesquisadora nesse momento, pediu então que ela explicasse o item, e ela respondeu: *"Tia, às vezes a criança pensa que não adianta tomar remédio, fazer cirurgia, que parece que não tem jeito, daí ela chora"*. (C1, sexo feminino, 6 anos).

Sobre a compreensão dos comportamentos de *coping* representados pelos desenhos, duas crianças (ambas com idade de 6 anos) demonstraram dificuldade na cena "Sentir-se desanimado". Seus relatos indicavam que os personagens estavam tristes e não queriam brincar. Nas cenas que combinavam desenho com linguagem escrita, como é o caso de *sentir culpa, fazer um acordo e sentir coragem*, as crianças que ainda não eram alfabetizadas tiveram dificuldade de entendimento. Com o suporte do pesquisador na leitura do texto, as crianças conseguiram compreender.

Em relação ao registro da resposta, não houve relato ou demonstração de dificuldade de compreensão dos níveis de resposta da escala *Likert*. Na escala COPE-H-Cuidador, essa dificuldade também não foi referida.

A despeito da ausência de dificuldades na compreensão do instrumento, é importante ressaltar que as crianças, principalmente as mais novas, mostraram cansaço na aplicação das últimas cenas. O tempo médio da aplicação do instrumento foi de 30 minutos, para as crianças. A aplicação do COPE-H-Cuidador teve duração média de 20 minutos.

Também foi observado no estudo-piloto se o COPE-H levava a criança a emitir algum tipo de mudança de comportamento durante sua aplicação. O

objetivo nesse momento era analisar se a escala por si só poderia gerar algum desconforto emocional para quem a respondesse. No entanto, durante a aplicação do COPE-H e do COPE-H Cuidador, não foi observado esse tipo de comportamento. Porém, foram verificados indícios de evidências de validade de consequência de resposta.

No momento da aplicação da escala, algumas crianças começaram a solicitar aos seus cuidadores, brincadeiras e músicas para distração, além de questionar sobre os procedimentos médicos adotados: "*Tia, chama a enfermeira aí?*" A pesquisadora nesse momento perguntou se poderia ser após acabar a aplicação das cenas de tomar remédio, e a criança respondeu:

"É rapidinho! Luiza (nome fictício da enfermeira)! Depois que eu tomar remédio, você me empresta o seu fone de ouvido prá ouvir música no celular da minha mãe?" (C17, sexo feminino, 12 anos).

É importante ainda destacar que as crianças, quando eram questionadas sobre a eficácia (pós- *coping*) daquele item, ou seja, sobre se aquela situação ajudava ou não a enfrentar a hospitalização, emitiam juízo de valor, como no item 13 "Eu sinto raiva quando a enfermeira vem no quarto para me dar injeção, eu penso que, se ela estivesse no meu lugar, ela poderia sentir como dói tomar injeção".

"Ah, tia, até dá vontade de empurrar a enfermeira, mas não pode, né?"(risos) (C3, sexo masculino, 10 anos).

No item 65 "Eu procuro saber mais sobre meu problema e o tratamento para saber o que posso fazer para melhorar", uma das crianças de 8 anos (C12, sexo masculino) verbalizou:

"Nossa, isso é importante! É uma boa idéia! Mãe, posso perguntar para a enfermeira porque toda hora ela ou a tia de cabelo loiro vem colocar aquela

coisa no meu braço? Em casa vou ter que continuar a fazer isso até eu melhorar? Vou perguntar para a enfermeira! Chama ela aí pra mim? (se referindo a pesquisadora)".

Nesse momento, foi necessária a intervenção da pesquisadora, para finalizar a escala, sendo que após a aplicação do último item, imediatamente a criança chamou a enfermeira e questionou sobre o procedimento, verbalizando:

Será que você pode me arrumar um celular para ouvir música? Acho que estou precisando brincar um pouco!", se referindo as demais cenas do instrumento.

No que diz respeito aos cuidadores, não houve dificuldade na aplicação da escala, de forma que todas as 20 mães compreenderam os itens da escala. Também ocorreram comentários durante a aplicação, como: "*Nossa, mas ela não pensa nisso não, é uma menina muito boa*" (Cuidadora da Criança 6, de 12 anos, sexo feminino), enquanto respondia o item "Ele(a) chora porque acredita que isso nunca irá acabar". Já no item 41 - "Porque quando ele(a) conversa, ele(a) me perturba para que eu fique perto dele(a)", uma mãe relatou:

"Nossa, isso é a cara dele! Eu não posso sentar para ler uma revista, que ele quer conversar. Acho que ele se sente sozinho, né? (dirigindo a fala à pesquisadora)" (Cuidadora de C2, de 12 anos, sexo masculino).

Assim, após a aplicação do estudo-piloto, foi possível verificar que a Escala COPE-H e a Escala COPE-H Cuidador estavam adequadas para aplicação, não sendo necessário nenhum ajuste nos itens e nos desenhos. Além disso, com essa aplicação prévia do instrumento, já foi possível mostrar evidências de validade baseadas na consequência de testagem. Sendo assim, deu-se início a aplicação da escala para verificar sua estrutura interna e os demais tipos de evidências de validade.

3.1.2.2 Evidências de validade baseadas na estrutura interna dos itens da Escala COPE-H e da Escala COPE-H Cuidador

Após a validação de conteúdo e da adequação da Escala COPE-H e da Escala COPE-H Cuidador, procedeu-se à busca por evidências de validade baseadas na estrutura interna das duas escalas. Para realizar essa etapa da pesquisa, deu-se início à aplicação dos instrumentos.

3.1.2.2.1 Estrutura interna da Escala COPE-H

Para a realização dessa etapa, foi constituída uma amostra de conveniência de 133 crianças, com idade de 6 a 12 anos, respeitando os critérios de inclusão e exclusão apresentados na seção Método. A Tabela 15 descreve a caracterização sociodemográfica da amostra.

Tabela 15. *Caracterização dos participantes da amostra utilizada para obtenção das evidências de validade baseada na estrutura interna da Escala COPE-H (N = 133)*

Caracterização da amostra	n (%)
<i>Sexo</i>	
Meninos	92 (69,2)
Meninas	41 (30,8)
<i>Idade (M=9 anos)</i>	
6	19 (14,3)
7	20 (15)
8	17 (12,8)
9	16 (12)
10	24 (18)
11	19 (14,3)
12	18 (13,6)
<i>Religião</i>	
Evangélicos	63 (47,4)
Católicos	39 (29,3)
Não tem	27 (20,3)
Luteranos	3 (2,3)
Espíritas	1 (0,7)
<i>Escolaridade</i>	
Pré-escola	9 (6,7)
Primeiro ano do Fundamental	22 (16,5)
Segundo ano do Fundamental	14 (10,5)
Terceiro ano do Fundamental	25 (18,8)
Quarto ano do Fundamental	19 (14,3)
Quinto ano do Fundamental	28 (21,1)
Sexto ano do Fundamental	11 (8,3)
Sétimo ano do Fundamental	5 (3,8)

Tabela 15. *Caracterização dos participantes da amostra utilizada para obtenção das evidências de validade baseada na estrutura interna da Escala COPE-H (N = 133)(cont.)*

Caracterização da amostra	n (%)
<i>Tem Irmãos?</i>	
Sim	98 (73,7)
Não	35 (26,3)
<i>Dados acadêmicos da criança</i>	
Sem dificuldades	127(95,5)
Não quer estudar	2 (1,5)
Problemas na escola	2 (1,5)
Com Dificuldades	1 (0,75)
Parou de estudar por doença	1 (0,75)

As crianças que compuseram a amostra eram, em sua maioria, meninos (69,2%), com idade entre 6 e 12 anos ($M = 9$ anos). Todas as crianças estavam regularmente matriculadas em instituições de ensino, com escolaridade variando entre a pré-escola e o 7º ano do Ensino Fundamental. Somente uma criança já havia interrompido os estudos por motivo da doença, e a maioria não foi referida por seus cuidadores como apresentando dificuldades escolares (85,9%). A maior parte das crianças tinha irmãos (73,7%) e somente 20,3% das crianças procediam de famílias sem religião. Os principais dados dos aspectos clínicos da amostra estão descritos na Tabela 16.

Tabela 16. *Tabela reduzida com os principais dados de caracterização dos aspectos clínicos da amostra (N = 133)*

Caracterização Clínica da amostra	N(%)
<i>Principais Diagnósticos</i>	
Apendicite	36 (27,07)
Cirurgias diversas	12 (9,01)
Problemas renais	10 (7,52)
Infecção	10 (7,52)
Osteogênese	5 (3,77)
<i>Tempo de Internação (M = 8,6 dias; DP=14,53 dias)</i>	
2-10	113(84,96)
11-30	16 (12,03)
Acima de 30	4 (3,01)
<i>Presença de Intercorrência</i>	
Não	78 (58,65)
Sim	55(41,35)

(cont.)

Tabela 16. *Tabela reduzida com os principais dados de caracterização dos aspectos clínicos da amostra (N = 133) (cont.)*

Caracterização Clínica da amostra	N(%)
<i>Tempo de Diagnóstico (dia)</i>	
Desde o Nascimento	11 (8,27)
1-7	78(58,65)
8-15	17(12,79)
Acima de 16	23 (17,29)
Não Definido	4 (3,0)
<i>Gravidade da Doença</i>	
Alto Risco	17 (12,79)
Baixo Risco	104 (78,2)
Não Definido	12 (9,01)
<i>Presença de Antecedentes Clínicos</i>	
Sim	96 (72,2)
Não	37 (27,8)

Em relação aos aspectos relativos à experiência de hospitalização (Tabela 16), verificou-se que a maioria das crianças possuía antecedentes clínicos (72,2%), indicando que já haviam passado por um processo de hospitalização prévio. O motivo da internação se deu principalmente para fins diagnósticos (66,9%) ou alguma intercorrência de uma doença já existente (19,5%), já que em 11% da amostra, o diagnóstico ocorreu desde o nascimento. Os diagnósticos clínicos variavam desde traumas ortopédicos (20%) e cirurgias de apendicite (27%), até situações de alta complexidade, como infecções generalizadas e lesões cerebrais. Somente três crianças, naquele momento, ainda aguardavam diagnóstico. O tempo de internação, até o momento da aplicação da Escala COPE-H, variou entre dois dias e quatro meses, de forma que 51,3% da amostra teve algum tipo de intercorrência ao longo da internação. Mais informações sobre os aspectos clínicos da amostra estão descritas na Tabela 34 (APÊNDICE R, Tabela 34).

Investigou-se ainda o nível de dor na ocasião da coleta de dados, a fim de analisar se a criança tinha condições clínicas satisfatórias para responder a

escala e aos demais instrumentos. Verificou-se que somente 23% das crianças relataram algum nível de dor. Este, por sua vez, era baixo, não impedindo a continuidade da coleta de dados.

As crianças responderam ao COPE-H e seus dados foram submetidos a um tratamento estatístico, a Análise Fatorial exploratória, com o método de estimação de eixos principais e análises de componentes principais, procedeu-se à composição dos fatores da escala. Esse procedimento gerou três fatores e adotou-se como critério para a composição dos mesmos, a carga fatorial de maior valor de cada item (Tabela 17).

Tabela 17. Distribuição das cargas fatoriais da Escala COPE-H, de acordo com a Análise Fatorial exploratória (N = 133)

Descrição do Item	Fator 1	Fator 2	Fator 3
1.Quando estou no hospital, eu brinco.	0,057048	0,173333	<u>0,300924</u>
2.Eu brinco para passar o tempo	-0,10885	0,270087	<u>0,553031</u>
3.Quando eu brinco, até passa a vontade de chorar.	0,020258	0,187051	<u>0,269097</u>
4. Eu procuro brincar para ficar mais alegre.	0,047894	<u>0,371173</u>	0,255944
5. Eu procuro brincar para controlar o que sinto de ruim no hospital.	0,039948	<u>0,36667</u>	0,016958
6. Quando eu brinco, acho que diminui minha tristeza.	0,009509	<u>0,26482</u>	0,150105
7.Quando estou no hospital, eu choro.	<u>0,336443</u>	-0,22663	0,063551
8.Eu choro porque tenho que tomar injeção.	0,332664	-0,20251	<u>0,384259</u>
9. Eu choro porque só sinto dor.	<u>0,394102</u>	-0,0941	0,040366
10.Eu choro porque acredito que isso nunca irá acabar.	<u>0,634044</u>	0,005514	-0,27094
11- Quando estou no hospital, eu sinto raiva.	<u>0,408766</u>	0,034936	0,000686
12. Eu tenho raiva porque não quero tomar injeção.	<u>0,576768</u>	-0,01545	0,390974
13. Eu sinto raiva quando a enfermeira vem no quarto para me dar injeção, eu penso que, se ela estivesse no meu lugar, ela poderia sentir como dói tomar injeção.	<u>0,630485</u>	0,113024	0,01567
14. Eu sinto raiva porque estou aqui e não posso fazer o que eu gosto.	<u>0,351613</u>	0,119805	-0,19539
15- Quando estou no hospital, eu assisto televisão.	0,01032	<u>0,384768</u>	0,13565
16. Eu assisto televisão porque ajuda a me distrair.	0,117878	<u>0,478902</u>	0,128913
17- Quando estou no hospital, eu tento me esconder.	<u>0,450643</u>	0,133514	-0,01713
18. Eu me escondo para não ter que tomar remédio.	<u>0,518739</u>	-0,22793	-0,17254
19. Eu me escondo porque tenho medo de tomar injeção.	<u>0,437643</u>	0,11255	0,341159
20- Quando estou no hospital, eu me sinto triste.	<u>0,482609</u>	-0,10497	0,190166
21. Eu me sinto triste porque ninguém tem pena de mim ou do que está acontecendo comigo.	<u>0,279773</u>	0,037611	0,070697
22.Eu quero ficar sozinho, isolado, porque ficar no hospital me deixa muito triste.	<u>0,519436</u>	0,012553	0,282799
23. Quando estou doente, fico triste e não quero conversar com ninguém.	<u>0,409173</u>	0,316081	0,002045

Nota: significância do módulo $\geq 0,3$, segundo Castelo & Osborne (2005).

Tabela 17. Distribuição das cargas fatoriais da Escala COPE-H, de acordo com a Análise Fatorial exploratória (N = 133) (cont.)

Descrição do Item	Fator 1	Fator 2	Fator 3
24- Quando estou no hospital, eu rezo/oro.	0,223642	0,341473	-0,18315
25. Eu rezo/oro para Deus me ajudar a sarar.	0,326688	0,482247	0,078354
26- Quando estou no hospital, eu me sinto desanimado(a).	0,428241	0,00537	0,103331
27. Eu fico desanimado(a) porque estou doente, no hospital.	0,702186	0,160965	-0,01429
28. Eu me sinto desanimado, sem esperança, porque eu não aguento mais ficar no hospital.	0,450032	0,131079	0,166368
29. Eu me sinto desanimado, sem esperança, porque nada do que eu faço me faz sair do hospital.	0,341279	0,165989	0,211383
30- Quando estou no hospital, eu procuro combinar alguma troca, fazer acordo, negociar.	0,165321	0,358122	0,215111
31. Eu procuro fazer um acordo com minha mãe para ela me deixar brincar. Aí eu faço o que ela quer.	0,32402	0,560125	-0,10004
32. Eu procuro fazer um acordo, negociar com a enfermeira na hora de tomar injeção, porque sei que ela quer o melhor para mim.	0,060134	0,390553	-0,11033
33. Eu procuro fazer um acordo com quem cuida de mim, pois assim posso brincar depois de tomar injeção.	0,462735	0,284017	-0,0444
34- Quando estou no hospital, eu penso em fugir.	0,422644	-0,13556	0,318274
35. Eu penso em fugir do hospital para ficar longe das injeções.	0,120676	-0,18585	0,543441
36. Eu penso em fugir porque quero sair do hospital.	-0,21763	-0,03101	0,829004
37. Eu penso em fugir para ficar mais sozinho, longe de tudo.	0,092455	-0,03851	0,635267
38. Eu penso em fugir para nunca mais ter que tomar remédio desse jeito.	0,13257	0,069596	0,629175
39-Quando estou no hospital, eu procuro conversar.	-0,05159	0,351579	-0,08511
40.Eu procuro conversar com alguém para me sentir mais confiante.	0,136365	0,349207	-0,13293
41. Porque quando eu converso, eu perturbo a minha mãe para ela ficar perto de mim.	0,474181	-0,00946	-0,21624
42. Eu procuro as pessoas para conversar, porque sinto que é importante para mim.	0,143038	0,361957	-0,15015
43- Quando estou no hospital, eu costumo ouvir música.	0,101484	0,281491	0,005022
44. Eu escuto música para me distrair do que está acontecendo comigo no hospital.	0,190343	0,4454	0,167759
45- Quando estou no hospital, eu sinto culpa.	0,21111	-0,11456	-0,11479
46. Eu me sinto culpado por estar doente.	0,487544	0,168742	-0,17836
47- Quando estou no hospital, eu sinto medo.	0,471178	-0,1499	0,351162
48. Eu sinto medo de ter que tomar injeção.	0,558235	-0,31124	0,071926

Nota: significância do módulo $\geq 0,3$, segundo Castelo & Osborne (2005).

Tabela 17. Distribuição das cargas fatoriais da Escala COPE-H, de acordo com a Análise Fatorial exploratória (N = 133) (cont.)

Descrição do Item	Fator 1	Fator 2	Fator 3
49. Eu sinto medo e fico só pensando na injeção.	0,320357	-0,107	0,174834
50. Eu sinto medo e fico só pensando em coisas ruins.	0,028811	0,201142	0,481098
51. Eu sinto medo e só fico pensando que não vou mais sair daqui.	0,549248	0,097204	-0,25157
52- Quando estou no hospital, eu sinto coragem.	-0,44246	0,359849	0,001453
53. Quando eu me sinto corajoso, isso me ajuda a pensar no problema de uma forma mais positiva.	0,046473	0,582683	0,144629
54. Quando eu me sinto corajoso no hospital, percebo que as pessoas que cuidam de mim ficam mais confiantes.	-0,00209	0,42081	-0,08288
55. Quando estou no hospital, eu tomo remédio.	0,052324	0,081462	0,121633
56. Eu tomo remédio porque assim sinto que posso fazer algo para melhorar.	0,05352	0,353339	-0,30339
57. Eu tomo remédio para melhorar.	0,118372	0,301565	-0,01747
58. Eu tomo remédio porque assim eu posso ter alta e sair do hospital.	0,156323	0,187678	-0,16571
59. Eu tomo remédio porque faço de tudo para ser curado.	-0,05135	0,4453	-0,14188
60. Quando me dão remédio, eu tenho vontade de empurrar a enfermeira.	0,170326	0,007214	0,587358
61- Quando estou no hospital, eu busco informação.	0,051859	0,52105	0,23365
62. Eu procuro saber mais porque assim eu aprendo mais sobre o que está acontecendo comigo.	-0,03098	0,558853	-0,04237
63. Eu faço perguntas, porque acho importante saber sobre a doença.	-0,15168	0,668795	0,010249
64. Eu busco informações porque me interesso em saber o que eu tenho.	-0,20391	0,575221	-0,04742
65. Eu procuro saber mais sobre meu problema e o tratamento para saber o que posso fazer para melhorar.	-0,0849	0,546451	-0,10778
66. Eu peço para a minha mãe fazer as perguntas porque tenho vergonha do médico.	0,148469	0,235359	0,351038

Nota: significância do módulo $\geq 0,3$, segundo Castelo & Osborne (2005).

Desse modo, foram analisados os itens cujas cargas fatoriais eram $\geq 0,3$ (Costelo & Osborne, 2005). Os itens cujas cargas fatoriais eram inferiores a 0,2 foram excluídos.

A adoção desse critério excluiu o item 58 (“Eu tomo remédio porque assim eu posso ter alta e sair do hospital”), uma vez que o mesmo não obteve a carga mínima estabelecida. O mesmo procedimento de exclusão deveria ter sido aplicado ao item 55 (“Quando estou no hospital, eu tomo remédio”), cuja carga fatorial não foi satisfatória. O que ocorreu é que o item 55 é um item que apresenta uma resposta de *coping- tomar remédio*, a partir do qual são apresentados cinco itens referentes à funcionalidade do comportamento. Desse modo, caso o item 55 fosse descartado, os demais itens da escala a ele relacionados (item 56, 57, 59 e 60) seriam excluídos, também. Diante disso, optou-se por manter o item 55, preservando o formato da Escala, que manteve a característica lúdica da versão inicial do COPE-H (apresentação na forma de cenas com desenhos que representam respostas de *coping*). A manutenção desse formato está em consonância com a fundamentação teórica da TMC para a composição dos itens, que associa a resposta de *coping* (cenas do COPE-H) à funcionalidade do mesmo (itens da escala). Apesar da manutenção do item 55, o mesmo não será contabilizado no processo de pontuação e interpretação da Escala.

Apesar de não ter a carga mínima, os itens que tiveram carga fatorial abaixo de 0,3, mas, acima de 0,2 foram mantidos na escala (Itens 3, 6, 21, 43 e 45), o que se deu pelo fato de serem itens considerados importantes do ponto de vista teórico e prático. Assim, retirá-los nessa primeira análise da escala, seria de certo modo precoce, sendo importante a continuidade da avaliação

desses itens. Foram então mantidos 65 itens, sendo excluído, somente o item 58.

Após a consideração dessas condições, a análise fatorial sugeriu três grandes fatores, que ficaram agrupados da seguinte forma:

a) Fator 1, que incluiu os itens 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 26, 27, 28, 29, 33, 34, 41, 45, 46, 47, 48, 49 e 51, totalizando 27 itens;

b) Fator 2, que incluiu os itens 4, 5, 6, 15, 16, 24, 25, 30, 31, 32, 39, 40, 42, 43, 44, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 59, 61, 62, 63, 64 e 65, totalizando 27 itens; e

c) Fator 3, que incluiu os itens 1, 2, 3, 8, 35, 36, 37, 38, 50, 60 e 66, totalizando 11 itens.

Seguindo essa etapa, procedeu-se à análise dos itens agrupados em cada um dos três fatores, com o objetivo de estabelecer, nesse agrupamento, o sentido teórico proposto pela TMC (Tabela 18).

Tabela 18. *Composição de cada fator do COPE-H, segundo as estratégias de enfrentamento, as macrocategorias de coping, o tipo de desfecho adaptativo, percepção do estressor e necessidade psicológica básica*

Respostas de <i>coping</i> (itens)	Comportamento	Resposta voluntária (V) ou involuntária (I)	Orientação motivacional (E / D)	Estratégia de enfrentamento	Macrocategorias de Coping	Desfecho	Percepção do estressor	Necessidade básica
<i>Fator 1 - Coping mal adaptativo da hospitalização</i>								
7. Quando estou no hospital, eu choro.	Chorar	I	D	Desamparo	Desamparo	CMA	Ameaça	Competência
9. Eu choro porque só sinto dor.	Chorar	I	D	Ruminação	Submissão	CMA	Ameaça	Autonomia
10. Eu choro porque acredito que isso nunca irá acabar.	Chorar	I	D	Catastrofizar	Submissão	CMA	Ameaça	Autonomia
11. Quando estou no hospital, eu sinto raiva.	Sentir Raiva	I	D	Agressão	Oposição	CMA	Ameaça	Autonomia
12. Eu tenho raiva porque não quero tomar injeção.	Sentir Raiva	I	D	Agressão	Oposição	CMA	Ameaça	Autonomia
13. Eu sinto raiva quando a enfermeira vem no quarto para me dar injeção, eu penso que, se ela estivesse no meu lugar, ela poderia sentir como dói tomar injeção.	Sentir Raiva	I	D	Agressão	Oposição	CMA	Ameaça	Autonomia
14. Eu sinto raiva porque estou aqui e não posso fazer o que eu gosto.	Sentir Raiva	I	D	Agressão	Oposição	CMA	Ameaça	Autonomia
17. Quando estou no hospital, eu tento me esconder.	Esconder-se	V	D	Evitação Comportamental	Fuga	CMA	Ameaça	Competência

*Nota:** = categoria com classificação inicial pela TMC alterada após a análise fatorial; V = respostas de estresse voluntárias - estão dentro consciência e são orientados para uma regulação das respostas cognitivas, comportamentais, emocionais ou fisiológicos a um estressor ou para o próprio estressor (Lazarus & Folkman, 1984); I = respostas involuntárias de estresse incluem reações baseadas no temperamento e condicionamentos, que podem ou não ser conscientes, e não estão sob controle volitivo ou voluntário, como a excitação emocional e fisiológica, os pensamentos intrusivos e a ruminação, e o entorpecimento emocional (Compas et al., 1987); E = *engajamento*- respostas dirigidas para um estressor ou são uma das reações ao estressor, e incluem respostas de aproximação; D = *desengajamento*: respostas orientadas para longe de um estressor (Compas et al., 1987); CA (*Coping* Adaptativo); CMA, (*Coping* Mal Adaptativo) = relacionam-se aos desfechos desenvolvimentais e/ou para a saúde física e mental, no médio e longo prazo.

Tabela 18. *Composição de cada fator do COPE-H, segundo as estratégias de enfrentamento, as macrocategorias de coping, o tipo de desfecho adaptativo, percepção do estressor e necessidade psicológica básica*

Respostas de <i>coping</i> (itens)	Comportamento	Resposta voluntária (V) ou involuntária (I)	Orientação motivacional (E / D)	Estratégia de enfrentamento	Macrocategorias de <i>Coping</i>	Desfecho	Percepção do estressor	Necessidade básica
18. Eu me escondo para não ter que tomar remédio.	Esconder-se	V	D	Evitação Comportamental	Fuga	CMA	Ameaça	Competência
19. Eu me escondo porque tenho medo de tomar injeção.	Esconder-se	V	D	Afastamento Mental	Fuga	CMA	Ameaça	Competência
20. Quando estou no hospital, eu me sinto triste.	Ficar triste	I	D	Isolamento	Isolamento	CMA	Ameaça	Relacionamento
21. Eu me sinto triste porque ninguém tem pena de mim ou do que está acontecendo comigo	Ficar triste	I	D	Autopiedade	Delegação	CMA	Ameaça	Relacionamento
22. Eu quero ficar sozinho, isolado, porque ficar no hospital me deixa muito triste.	Ficar triste	I	D	Isolamento	Isolamento	CMA	Ameaça	Relacionamento
23. Quando estou doente, fico triste e não quero conversar com ninguém.	Ficar triste	I	D	Isolamento	Isolamento	CMA	Ameaça	Relacionamento
26. Eu rezo/oro para Deus me ajudar a sarar.	Desanimar	I	D	Desamparo	Desamparo	CMA	Ameaça	Competência
27. Eu fico desanimado(a) porque estou doente, no hospital.	Desanimar	I	D	Desamparo	Desamparo	CMA	Ameaça	Competência
28. Eu me sinto desanimado, sem esperança, porque eu não aguento mais ficar no hospital.	Desanimar	I	D	Desamparo	Desamparo	CMA	Ameaça	Competência

*Nota.** = categoria com classificação inicial pela TMC alterada após a análise fatorial; V = respostas de estresse voluntárias - estão dentro consciência e são orientados para uma regulação das respostas cognitivas, comportamentais, emocionais ou fisiológicos a um estressor ou para o próprio estressor (Lazarus & Folkman, 1984); I = respostas involuntárias de estresse incluem reações baseadas no temperamento e condicionamentos, que podem ou não ser conscientes, e não estão sob controle volitivo ou voluntário, como a excitação emocional e fisiológica, os pensamentos intrusivos e a ruminação, e o entorpecimento emocional (Compas et al., 1987); E = *engajamento*- respostas dirigidas para um estressor ou são uma das reações ao estressor, e incluem respostas de aproximação; D = *desengajamento*: respostas orientadas para longe de um estressor (Compas et al., 1987); CA (*Coping* Adaptativo); CMA, (*Coping* Mal Adaptativo) = relacionam-se aos desfechos desenvolvimentais e/ou para a saúde física e mental, no médio e longo prazo.

Tabela 18. *Composição de cada fator do COPE-H, segundo as estratégias de enfrentamento, as macrocategorias de coping, o tipo de desfecho adaptativo, percepção do estressor e necessidade psicológica básica*

Respostas de <i>coping</i> (itens)	Comportamento	Resposta voluntária (V) ou involuntária (I)	Orientação motivacional (E / D)	Estratégia de enfrentamento	Macrocategorias de Coping	Desfecho	Percepção do estressor	Necessidade básica
29. Eu me sinto desanimado, sem esperança, porque nada do que eu faço me faz sair do hospital.	Desanimar	I	D	Desamparo	Desamparo	CMA	Ameaça	Competência
33. Eu procuro fazer um acordo com quem cuida de mim, pois assim posso brincar depois de tomar injeção.	Negociar	V	E	Negociação	*Submissão	CMA	Ameaça	Autonomia
34. Quando estou no hospital, eu penso em fugir.	Fugir	I	D	Pensamento Desejoso	Fuga	CMA	Ameaça	Competência
41. Porque quando eu converso, eu perturbo a minha mãe para ela ficar perto de mim.	Conversar	I		Importunar	Delegação	CMA	Ameaça	Relacionamento
45. Quando estou no hospital, eu sinto culpa.	Sentir culpa	I	D	Autoculpa	Submissão	CMA	Ameaça	Autonomia
46. Eu me sinto culpado por estar doente.	Sentir culpa	I	D	Autoculpa	Submissão	CMA	Ameaça	Autonomia
47. Quando estou no hospital, eu sinto medo.	Sentir medo	I	D	Ruminação	Submissão	CMA	Ameaça	Autonomia
48. Eu sinto medo de ter que tomar injeção.	Sentir medo	I	D	Ruminação	Submissão	CMA	Ameaça	Autonomia
49. Eu sinto medo e fico só pensando na injeção.	Sentir medo	I	D	Ruminação	Submissão	CMA	Ameaça	Autonomia
51. Eu sinto medo e só fico pensando que não vou mais sair daqui.	Sentir medo	I	D	Catastrofizar	Submissão	CMA	Ameaça	Autonomia

*Nota:** = categoria com classificação inicial pela TMC alterada após a análise fatorial; V = respostas de estresse voluntárias - estão dentro consciência e são orientados para uma regulação das respostas cognitivas, comportamentais, emocionais ou fisiológicos a um estressor ou para o próprio estressor (Lazarus & Folkman, 1984); I = respostas involuntárias de estresse incluem reações baseadas no temperamento e condicionamentos, que podem ou não ser conscientes, e não estão sob controle volitivo ou voluntário, como a excitação emocional e fisiológica, os pensamentos intrusivos e a ruminação, e o entorpecimento emocional (Compas et al., 1987); E = *engajamento*- respostas dirigidas para um estressor ou são uma das reações ao estressor, e incluem respostas de aproximação; D = *desengajamento*: respostas orientadas para longe de um estressor (Compas et al., 1987); CA (*Coping* Adaptativo); CMA, (*Coping* Mal Adaptativo) = relacionam-se aos desfechos desenvolvimentais e/ou para a saúde física e mental, no médio e longo prazo.

Tabela 18. *Composição de cada fator do COPE-H, segundo as estratégias de enfrentamento, as macrocategorias de coping, o tipo de desfecho adaptativo, percepção do estressor e necessidade psicológica básica*

Respostas de <i>coping</i> (itens)	Comportamento	Resposta voluntária (V) ou involuntária (I)	Orientação motivacional (E / D)	Estratégia de enfrentamento	Macrocategorias de <i>Coping</i>	Desfecho	Percepção do estressor	Necessidade básica
<i>Fator 2 - Coping adaptativo da hospitalização</i>								
4. Eu procuro brincar para ficar mais alegre.	Brincar	V	D	Regulação emocional	Acomodação	CA	Desafio	Autonomia
5. Eu procuro brincar para controlar o que sinto de ruim no hospital.	Brincar	V	D	Regulação emocional	Acomodação	CA	Desafio	Autonomia
6. Quando eu brinco, acho que diminui minha tristeza.	Brincar	V	D	Regulação emocional	Acomodação	CA	Desafio	Autonomia
15. Quando estou no hospital, eu assisto televisão.	Ver Televisão	V	D	Distração	Acomodação	CA	Desafio	Autonomia
16. Eu assisto televisão porque ajuda a me distrair.	Ver Televisão	V	D	Regulação emocional	Acomodação	CA	Desafio	Autonomia
24. Quando estou no hospital, eu rezo/oro.	Rezar	V	E	Busca de apoio religioso	Busca de Suporte	CA	Desafio	Relacionamento
25. Eu rezo/oro para Deus me ajudar a sarar.	Rezar	V	E	Busca de apoio religioso	Busca de Suporte	CA	Desafio	Relacionamento
30. Quando estou no hospital, eu procuro combinar alguma troca, fazer acordo, negociar.	Fazer Acordo	V	E	Negociação	Negociação	CA	Desafio	Autonomia

*Nota:** = categoria com classificação inicial pela TMC alterada após a análise fatorial; V = respostas de estresse voluntárias - estão dentro consciência e são orientados para uma regulação das respostas cognitivas, comportamentais, emocionais ou fisiológicos a um estressor ou para o próprio estressor (Lazarus & Folkman, 1984); I = respostas involuntárias de estresse incluem reações baseadas no temperamento e condicionamentos, que podem ou não ser conscientes, e não estão sob controle volitivo ou voluntário, como a excitação emocional e fisiológica, os pensamentos intrusivos e a ruminação, e o entorpecimento emocional (Compas et al., 1987); E = *engajamento*- respostas dirigidas para um estressor ou são uma das reações ao estressor, e incluem respostas de aproximação; D = *desengajamento*: respostas orientadas para longe de um estressor (Compas et al., 1987); CA (*Coping* Adaptativo); CMA, (*Coping* Mal Adaptativo) = relacionam-se aos desfechos desenvolvimentais e/ou para a saúde física e mental, no médio e longo prazo.

Tabela 18. *Composição de cada fator do COPE-H, segundo as estratégias de enfrentamento, as macrocategorias de coping, o tipo de desfecho adaptativo, percepção do estressor e necessidade psicológica básica*

Respostas de <i>coping</i> (itens)	Comportamento	Resposta voluntária (V) ou involuntária (I)	Orientação motivacional (E / D)	Estratégia de enfrentamento	Macrocategorias de Coping	Desfecho	Percepção do estressor	Necessidade básica
31. Eu procuro fazer um acordo com minha mãe para ela me deixar brincar. Aí eu faço o que ela quer.	Fazer Acordo	V	E	Negociação	Negociação	CA	Desafio	Autonomia
32. Eu procuro fazer um acordo, negociar com a enfermeira na hora de tomar injeção, porque sei que ela quer o melhor para mim.	Fazer Acordo	V	E	Negociação	Negociação	CA	Desafio	Autonomia
39. Quando estou no hospital, eu procuro conversar.	Conversar	V	E	Busca por Contato	Busca por Suporte	CA	Desafio	Relacionamento
40. Eu procuro conversar com alguém para me sentir mais confiante.	Conversar	I	E	Busca por Contato	Busca por Suporte	CA	Desafio	Relacionamento
42. Eu procuro as pessoas para conversar, porque sinto que é importante para mim.	Conversar	I	E	Busca por Apoio	Busca por Suporte	CA	Desafio	Relacionamento
43. Quando estou no hospital, eu costumo ouvir música.	Ouvir Música	V	D	Distração	Acomodaçã o	CA	Desafio	Autonomia
44. Eu escuto música para me distrair do que está acontecendo comigo no hospital.	Ouvir Música	V	D	Distração	Acomodaçã o	CA	Desafio	Autonomia

*Nota:** = categoria com classificação inicial pela TMC alterada após a análise fatorial; V = respostas de estresse voluntárias - estão dentro consciência e são orientados para uma regulação das respostas cognitivas, comportamentais, emocionais ou fisiológicos a um estressor ou para o próprio estressor (Lazarus & Folkman, 1984); I = respostas involuntárias de estresse incluem reações baseadas no temperamento e condicionamentos, que podem ou não ser conscientes, e não estão sob controle volitivo ou voluntário, como a excitação emocional e fisiológica, os pensamentos intrusivos e a ruminação, e o entorpecimento emocional (Compas et al., 1987); E = *engajamento*- respostas dirigidas para um estressor ou são uma das reações ao estressor, e incluem respostas de aproximação; D = *desengajamento*: respostas orientadas para longe de um estressor (Compas et al., 1987); CA (*Coping* Adaptativo); CMA, (*Coping* Mal Adaptativo) = relacionam-se aos desfechos desenvolvimentais e/ou para a saúde física e mental, no médio e longo prazo.

Tabela 18. *Composição de cada fator do COPE-H, segundo as estratégias de enfrentamento, as macrocategorias de coping, o tipo de desfecho adaptativo, percepção do estressor e necessidade psicológica básica*

Respostas de <i>coping</i> (itens)	Comportamento	Resposta voluntária (V) ou involuntária (I)	Orientação motivacional (E / D)	Estratégia de enfrentamento	Macrocategorias de Coping	Desfecho	Percepção do estressor	Necessidade básica
52. Quando estou no hospital, eu sinto coragem.	Sentir Coragem	I	E	Coragem	Autoconfiança	CA	Desafio	Relacionamento
53. Quando eu me sinto corajoso, isso me ajuda a pensar no problema de uma forma mais positiva.	Sentir Coragem	I	E	Coragem	Autoconfiança	CA	Desafio	Relacionamento
54. Quando eu me sinto corajoso no hospital, percebo que as pessoas que cuidam de mim ficam mais confiantes.	Sentir Coragem	I	E	Coragem	Autoconfiança	CA	Desafio	Relacionamento
55. Quando estou no hospital, eu tomo remédio.	Tomar Remédio	V	E	Resolução de Problema	Resolução de Problema	CA	Desafio	Competência
56. Eu tomo remédio porque assim sinto que posso fazer algo para melhorar.	Tomar Remédio	V	E	Resolução de Problema	Resolução de Problema	CA	Desafio	Competência
57. Eu tomo remédio para melhorar.	Tomar Remédio	V	E	Resolução de Problema	Resolução de Problema	CA	Desafio	Competência

*Nota:** = categoria com classificação inicial pela TMC alterada após a análise fatorial; V = respostas de estresse voluntárias - estão dentro consciência e são orientados para uma regulação das respostas cognitivas, comportamentais, emocionais ou fisiológicos a um estressor ou para o próprio estressor (Lazarus & Folkman, 1984); I = respostas involuntárias de estresse incluem reações baseadas no temperamento e condicionamentos, que podem ou não ser conscientes, e não estão sob controle volitivo ou voluntário, como a excitação emocional e fisiológica, os pensamentos intrusivos e a ruminação, e o entorpecimento emocional (Compas et al., 1987); E = *engajamento*- respostas dirigidas para um estressor ou são uma das reações ao estressor, e incluem respostas de aproximação; D = *desengajamento*: respostas orientadas para longe de um estressor (Compas et al., 1987); CA (*Coping* Adaptativo); CMA, (*Coping* Mal Adaptativo) = relacionam-se aos desfechos desenvolvimentais e/ou para a saúde física e mental, no médio e longo prazo.

Tabela 18. *Composição de cada fator do COPE-H, segundo as estratégias de enfrentamento, as macrocategorias de coping, o tipo de desfecho adaptativo, percepção do estressor e necessidade psicológica básica*

Respostas de <i>coping</i> (itens)	Comportamento	Resposta voluntária (V) ou involuntária (I)	Orientação motivacional (E / D)	Estratégia de enfrentamento	Macrocategorias de Coping	Desfecho	Percepção do estressor	Necessidade básica
59. Eu tomo remédio porque faço de tudo para ser curado.	Tomar Remédio	I	E	Resolução de Problema	Resolução de Problema	CA	Desafio	Competência
61. Quando estou no hospital, eu busco informação.	Buscar Informação	V	E	Busca de Informação	Busca de Informação	CA	Desafio	Competência
62. Eu procuro saber mais porque assim eu aprendo mais sobre o que está acontecendo comigo.	Buscar Informação	V	E	Busca de Informação	Busca de Informação	CA	Desafio	Competência
63. Eu faço perguntas, porque acho importante saber sobre a doença.	Buscar Informação	V	E	Busca de Informação	Busca de Informação	CA	Desafio	Competência
64. Eu busco informações porque me interessa em saber o que eu tenho.	Buscar Informação	V	E	Busca de Informação	Busca de Informação	CA	Desafio	Competência
65. Eu procuro saber mais sobre meu problema e o tratamento para saber o que posso fazer para melhorar.	Buscar Informação	V	E	Busca de Informação	Busca de Informação	CA	Desafio	Competência

*Nota:** = categoria com classificação inicial pela TMC alterada após a análise fatorial; V = respostas de estresse voluntárias - estão dentro consciência e são orientados para uma regulação das respostas cognitivas, comportamentais, emocionais ou fisiológicos a um estressor ou para o próprio estressor (Lazarus & Folkman, 1984); I = respostas involuntárias de estresse incluem reações baseadas no temperamento e condicionamentos, que podem ou não ser conscientes, e não estão sob controle volitivo ou voluntário, como a excitação emocional e fisiológica, os pensamentos intrusivos e a ruminação, e o entorpecimento emocional (Compas et al., 1987); E = *engajamento*- respostas dirigidas para um estressor ou são uma das reações ao estressor, e incluem respostas de aproximação; D = *desengajamento*: respostas orientadas para longe de um estressor (Compas et al., 1987); CA (*Coping* Adaptativo); CMA, (*Coping* Mal Adaptativo) = relacionam-se aos desfechos desenvolvimentais e/ou para a saúde física e mental, no médio e longo prazo.

Tabela 18. *Composição de cada fator do COPE-H, segundo as estratégias de enfrentamento, as macrocategorias de coping, o tipo de desfecho adaptativo, percepção do estressor e necessidade psicológica básica*

Respostas de <i>coping</i> (itens)	Comportamento	Resposta voluntária (V) ou involuntária (I)	Orientação motivacional (E / D)	Estratégia de enfrentamento	Macrocategorias de Coping	Desfecho	Percepção do estressor	Necessidade básica
<i>Fator 3 - Coping de desengajamento involuntário e voluntário</i>								
1. Quando estou no hospital, eu brinco.	Brincar	V	D	Regulação emocional	*Fuga	CA	Ameaça	Competência
2. Eu brinco para passar o tempo.	Brincar	V	D	Regulação emocional	*Fuga	CA	Ameaça	Competência
3. Quando eu brinco, até passa a vontade de chorar.	Brincar	V	D	Regulação emocional	*Fuga	CA	Ameaça	Competência
8. Eu choro porque tenho que tomar injeção.	Chorar	I	D	Desamparo	Desamparo	CMA	Ameaça	Competência
35. Eu penso em fugir do hospital para ficar longe das injeções.	Fugir	I	D	Fuga	Fuga	CMA	Ameaça	Competência
36. Eu penso em fugir porque quero sair do hospital.	Fugir	I	D	Fuga	Fuga	CMA	Ameaça	Competência
37. Eu penso em fugir para ficar mais sozinho, longe de tudo.		I	D	Isolamento	*Fuga	CMA	Ameaça	Competência
38. Eu penso em fugir para nunca mais ter que tomar remédio desse jeito.	Fugir	I	D	Evitação Comportamental	Fuga	CMA	Ameaça	Competência
50. Eu sinto medo e fico só pensando em coisas ruins.	Sentir medo	I	D	Catastrofizar	Submissão	CMA	Ameaça	Autonomia
60. Quando me dão remédio, eu tenho vontade de empurrar a enfermeira.	Tomar Remédio	I	D	Agressão	*Fuga	CMA	Ameaça	Competência
66. Eu peço para a minha mãe fazer as perguntas porque tenho vergonha do médico.	Pedir informações	I	D	Dependência	Delegação	CMA	Ameaça	Relacionamento

*Nota:** = categoria com classificação inicial pela TMC alterada após a análise fatorial; V = respostas de estresse voluntárias - estão dentro consciência e são orientados para uma regulação das respostas cognitivas, comportamentais, emocionais ou fisiológicos a um estressor ou para o próprio estressor (Lazarus & Folkman, 1984); I = respostas involuntárias de estresse incluem reações baseadas no temperamento e condicionamentos, que podem ou não

serconscientes, e não estão sob controle volitivo ou voluntário, como a excitação emocional e fisiológica, os pensamentos intrusivos e a ruminação, e o entorpecimento emocional (Compas et al., 1987); E = *engajamento*- respostas dirigidas para um estressor ou são uma das reações ao estressor, e incluem respostas de aproximação; D = *desengajamento*: respostas orientadas para longe de um estressor (Compas et al., 1987); CA (*Coping* Adaptativo); CMA, (*Coping* Mal Adaptativo) = relacionam-se aos desfechos desenvolvimentais e/ou para a saúde física e mental, no médio e longo prazo.

A análise dos três agrupamentos sugeridos pela análise fatorial indicou que os itens que compunham dois conjuntos de itens com caráter mal adaptativo, com mais resposta de *coping* involuntárias e de desengajamento dos estressores do contexto da hospitalização, e um conjunto de *coping* mais adaptativo (Tabela 18):

- a) Fator 1 - *Coping Mal Adaptativo da Hospitalização* – contém respostas de *coping* que dificultam a adaptação ao contexto hospitalar, a maioria com caráter involuntário (n = 23), incluindo EE e categorias de *coping* de alta ordem com *desfecho mal adaptativo*, como Submissão, Oposição, Desamparo, Fuga, Isolamento, Delegação, e mais relacionadas à percepção de ameaça à necessidade de Autonomia (13 itens), Competência (9 itens) e de Relacionamento (5 itens). Está composto pelos itens 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 26, 27, 28, 29, 33, 34, 41, 45, 46, 47, 48, 49 e 51, totalizando 27 itens; por exemplo:

item 7 – “Quando estou no hospital, eu choro”;

item 10 – “Eu choro porque acredito que isso nunca irá acabar”;

item 51 - “Eu sinto medo e só fico pensando que não vou mais sair daqui”;

- b) Fator 2 - *Coping Adaptativo da Hospitalização* – contém respostas de *coping* voluntárias, EE e categorias de *coping* de alta ordem com *desfecho adaptativo*, como Autoconfiança, Acomodação e Resolução de Problemas, relacionadas à percepção de desafio à necessidade de Autonomia (10) percebendo-se com necessidade de se expressar de forma autêntica e de senti-lo como a fonte da ação relacionados à hospitalização, mas também percebendo os estressores como desafio ao Relacionamento (8 itens) e

Competência (9 itens), itens). Inclui os itens 4, 5, 6, 15, 16, 24, 25, 30, 31, 32, 39, 40, 42, 43, 44, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 59, 61, 62, 63, 64 e 65, totalizando 27 itens; ex.:

- item 4 – “Eu procuro brincar para ficar mais alegre”;
- item 40- "Eu procuro conversar com alguém para me sentir mais confiante".
- item 65 – “Eu procuro saber mais sobre meu problema e o tratamento para

saber o que posso fazer para melhorar”; e

c) Fator 3 - *Coping de Desengajamento Involuntário e Voluntário* – caracteriza-se por apresentar mais respostas de *coping* cuja orientação motivacional é de afastamento do estressor, de forma involuntária (8 itens) ou voluntária (3 itens), com EE e categorias de *coping* de alta ordem com *desfecho* maladaptativo e função de regulação emocional (brincar), como Fuga, Desamparo, Submissão e Delegação, percebendo os eventos como uma ameaça à necessidade de Competência (9 itens), em sua maioria. Inclui os itens 1, 2, 3, 8, 35, 36, 37, 38, 50, 60 e 66, totalizando 11 itens; ex.:

- item 8 – “Eu choro porque tenho que tomar injeção”;
- item 35- “Eu penso em fugir do hospital para ficar longe das injeções”;
- item 60- “Quando me dão remédio, eu tenho vontade de empurrar a

enfermeira”.

No processo de elaboração dos itens, um dos aspectos da TMC levados em consideração foi a funcionalidade da EE referida pelo item, de modo a contemplar as 12 categorias de *coping* de alta ordem. Pela análise fatorial, foi possível explicar a distribuição dos itens pela associação com um *desfecho* adaptativo e mal adaptativo, organizados nos três fatores já descritos. Com isso, verificou-se que itens previamente propostos com uma funcionalidade que

atendia a uma categoria de alta ordem, assumiram outra funcionalidade, o que exigiu a reclassificação dos mesmos em outra categoria de alta ordem, este foi o caso dos itens 1, 2, 3, 37 e 60 (Fator 3) e o item 33 (Fator 1). No processo de construção e validação de conteúdo da Escala COPE-H, o item 1 "Quando estou no hospital, eu brinco" e item 2 "Eu brinco para passar o tempo", foram validados na categoria de ampla ordem *Acomodação*, por descreverem uma EE de *distração*. Esta classificação considerava que os itens se relacionavam a um desfecho adaptativo, a partir da percepção do estressor como um desafio à necessidade psicológica de Autonomia. Entretanto, na análise fatorial, esses itens foram organizados no Fator 3- *Desengajamento involuntário e voluntário*. A análise dessa distribuição indica que, no contexto da hospitalização, o conteúdo referente ao item adquire uma funcionalidade de fuga do estressor, mais do que uma funcionalidade de distração.

Com o item 60 - "Quando me dão remédio, eu tenho vontade de empurrar a enfermeira", houve necessidade de proceder de forma semelhante, uma vez que houve necessidade de reclassificação após a análise de conteúdo. Este item foi previamente proposto e validado com uma funcionalidade da categoria de alta ordem *Oposição*, com desfecho mal adaptativo. A análise fatorial distribuiu esse item no Fator 3- *Desengajamento involuntário e voluntário*, indicando a possibilidade de que ele fizesse referência, no contexto da hospitalização, a uma forma de se esquivar do estressor. Essa análise reclassificou o item para a categoria de alta ordem *Fuga*.

O item 3 - "Quando eu brinco, até passa a vontade de chorar", previamente classificado e validado na categoria de ampla ordem

Autoconfiança, uma vez que remetia à funcionalidade de regular a emoção e se relacionava a um desfecho adaptativo pela percepção do estressor como um desafio à necessidade psicológica de Relacionamento, também foi reclassificado. A análise fatorial distribuiu o item no Fator 3- *Desengajamento involuntário e voluntário*. É provável que, no contexto da hospitalização, o engajamento em comportamentos lúdicos ocorra como uma tentativa de se afastar do afeto negativo representado pelo estressor, o que caracteriza um *coping* de desengajamento involuntário e explica sua alocação no Fator 3.

O item 37- "Eu penso em fugir para ficar mais sozinho, longe de tudo" inicialmente era classificado na macrocategoria de *Isolamento*. Entretanto, como no caso dos outros itens citados acima, ele foi reclassificado no Fator 3, mostrando que nesse contexto, o comportamento de ficar sozinho está mais relacionado à *Fuga* do estressor.

O item 33- "Eu procuro fazer um acordo com quem cuida de mim, pois assim posso brincar depois de tomar injeção" foi classificado previamente como *Negociação*, indicando uma percepção do estressor como desafio à necessidade psicológica de Autonomia e um desfecho adaptativo. A análise fatorial distribuiu esse item no Fator 1- *Coping* mal adaptativo. É possível que a criança, ao tentar negociar um procedimento, perceba seu limite e sua falta de autonomia nesse contexto, caracterizando um *coping* mal adaptativo, sendo então realocado no Fator 1.

Assim, a análise fatorial reclassificou alguns itens, considerando a funcionalidade da EE, no contexto hospitalar (Tabela 19).

Tabela 19. *Reclassificação dos itens do COPE-H após a análise fatorial*

Item	Classificação do item de acordo com a Validação dos juízes	Reclassificação após Análise Fatorial
1.Quando estou no hospital, eu brinco	Acomodação	Fuga
2. Eu brinco para passar o tempo	Acomodação	Fuga
3.Quando eu brinco, até passa a vontade de chorar	Autoconfiança	Fuga
33. Eu procuro fazer um acordo com quem cuida de mim, pois assim posso brincar depois de tomar injeção	Negociação	Submissão
37.Eu penso em fugir para ficar mais sozinho, longe de tudo	Isolamento	Fuga
60.Quando me dão remédio, eu tenho vontade de empurrar a enfermeira	Oposição	Fuga

Por fim, o processo de busca de evidência de validade baseada na estrutura interna dos itens da Escala COPE-H gerou o cálculo do alfa de Cronbach, com objetivo de confirmar a fidedignidade do instrumento, considerando como critério, um limiar de 0,70 (Damásio, 2012). Os valores do alfa de Cronbach obtidos foram: a) Fator 1- *Coping* mal adaptativo = 0,98; b) Fator 2- *Coping* adaptativo = 0,73; e c) Fator 3- *Coping* de desengajamento involuntário e voluntário = 0,69. Esses dados indicam que o alfa de Cronbach conduziu a uma boa confiabilidade do constructo no COPE-H, demonstrando uma boa associação entre os itens do instrumento.

Procurando mais evidências da estrutura interna do COPE-H, foi feita uma análise de rede dos seus itens. Verificou-se na Figura 17 que os itens que possuem mais mediações entre os demais itens (*betweenness*) são:

- item 12- "Eu tenho raiva porque não quero tomar injeção",
- item 31- "Eu procuro fazer um acordo com minha mãe para ela me deixar brincar, aí eu faço o que ela quer", e
- item 19- "Eu me escondo porque tenho medo de tomar injeção".

Os itens com maior proximidade (*closeness*) e força (*strength*) são:

- item 12 - "Eu tenho raiva porque não quero tomar injeção",
- item 19 - "Eu me escondo porque tenho medo de tomar injeção".
- item 27- "Eu fico desanimado(a) porque estou doente, no hospital".

Os itens que possuem uma maior aglutinação com os que estão em seu entorno (coeficiente *zhang*) foram:

- item 10- "Eu choro porque acredito que isso nunca irá acabar",
- item 22- "Eu quero ficar sozinho, isolado, porque ficar no hospital me deixa muito triste",
- item 28- "Eu me sinto desanimado, sem esperança, porque eu não aguento mais ficar no hospital" e
- item 60- "Quando me dão remédio, eu tenho vontade de empurrar a enfermeira".

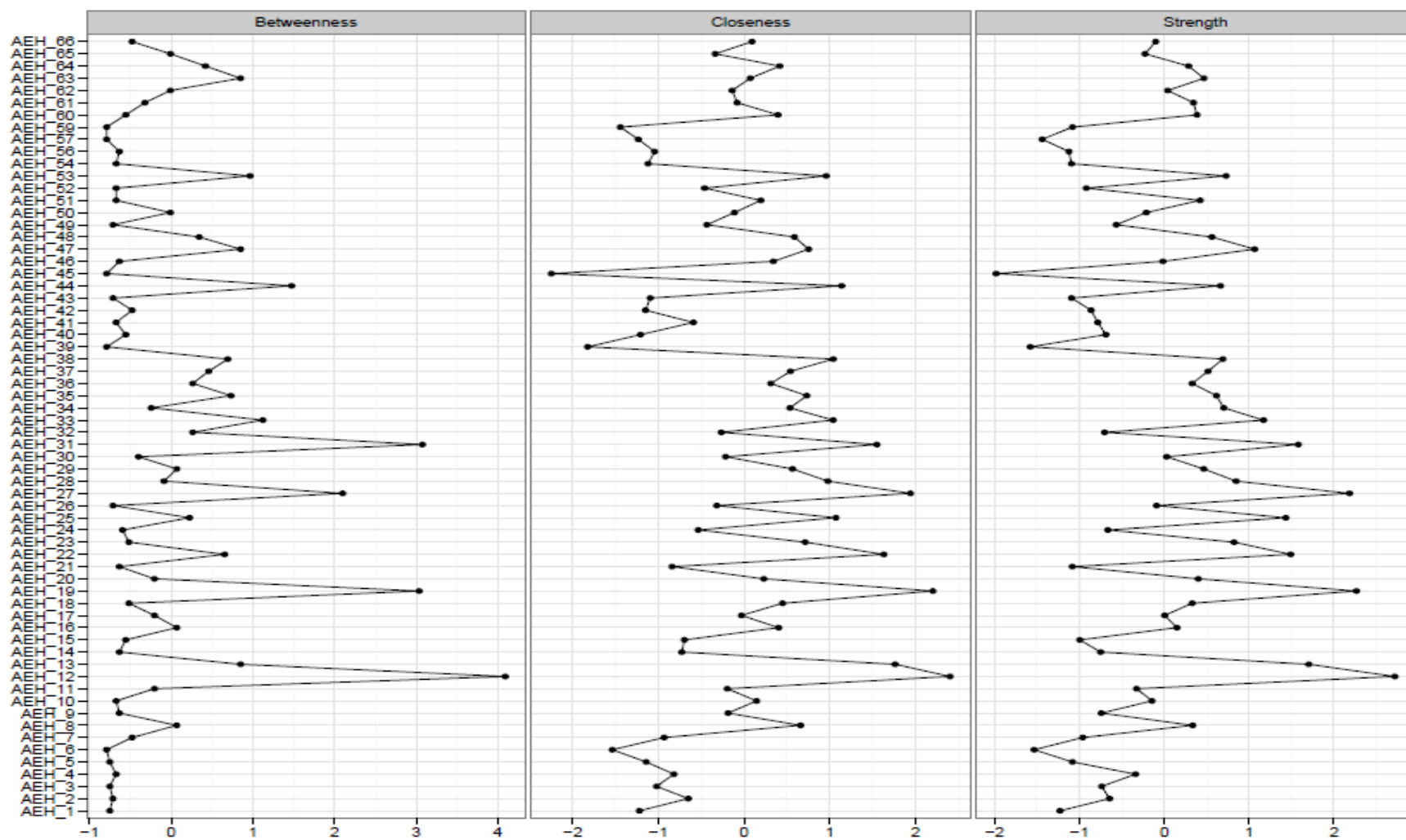


Figura 17. Gráficos de centralidade dos itens da Escala COPE-H.

Neste estudo, para complementar a análise de rede, foi realizada a análise de rede de comunidades. A rede de comunidades vai se estruturando e se distribuindo a partir de agrupamentos (*clusters*) entre elas, que parecem seguir uma distribuição de lei de poder (*Power-law*) (Guimerà, Danon, Díaz-Guilera, Giralt, & Arenas, 2003). Na análise de rede de comunidade deste estudo, utilizou-se o algoritmo *spinglass*, desenvolvido por Reichardt e Bornholdt (2006), que é um método de otimização que conta com uma analogia entre a mecânica estatística de redes complexas e modelos físicos *spinglass*.

O objetivo da análise de rede de comunidades foi verificar a distribuição dos itens da Escala COPE-H. Os resultados mostraram, na Figura 18, três agrupamentos, como ocorreu com a análise fatorial, que ficaram organizados da seguinte forma:

1) Comunidade 1 (cor rosa) - "*Coping* mal adaptativo da hospitalização" – contém respostas de *coping* mal adaptativas, de forma que o indivíduo ao se deparar com o estressor (a hospitalização) o percebe como ameaça às três necessidades básicas, de autonomia, relacionamento e competência. Incluiu os itens 1, 2, 7, 8, 9, 12, 13, 18, 19, 20, 21, 22, 26, 28, 29, 34, 35, 36, 37, 38, 47, 48, 49, 50, 60 e 66 (26 itens);

2) Comunidade 2 (cor verde) - "*Coping* adaptativo da hospitalização – com respostas de *coping* adaptativas, de forma que o sujeito ao se deparar com o estressor o percebe como desafio às necessidades básicas de autonomia, relacionamento e competência. Contém os itens 3, 4, 5, 6, 15, 16, 24, 25, 30, 31, 32, 33, 39, 40, 42, 43, 44, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 61, 62, 63, 64 e 65 (30 itens); e

3) Comunidade 3 (cor azul) - "*Coping* de Desengajamento emocional", contém respostas emocionais ligadas a afeto negativo, como medo, raiva e tristeza - incluiu os itens 10, 11, 14, 17, 23, 27, 41, 45, 46 e 51 (10 itens).

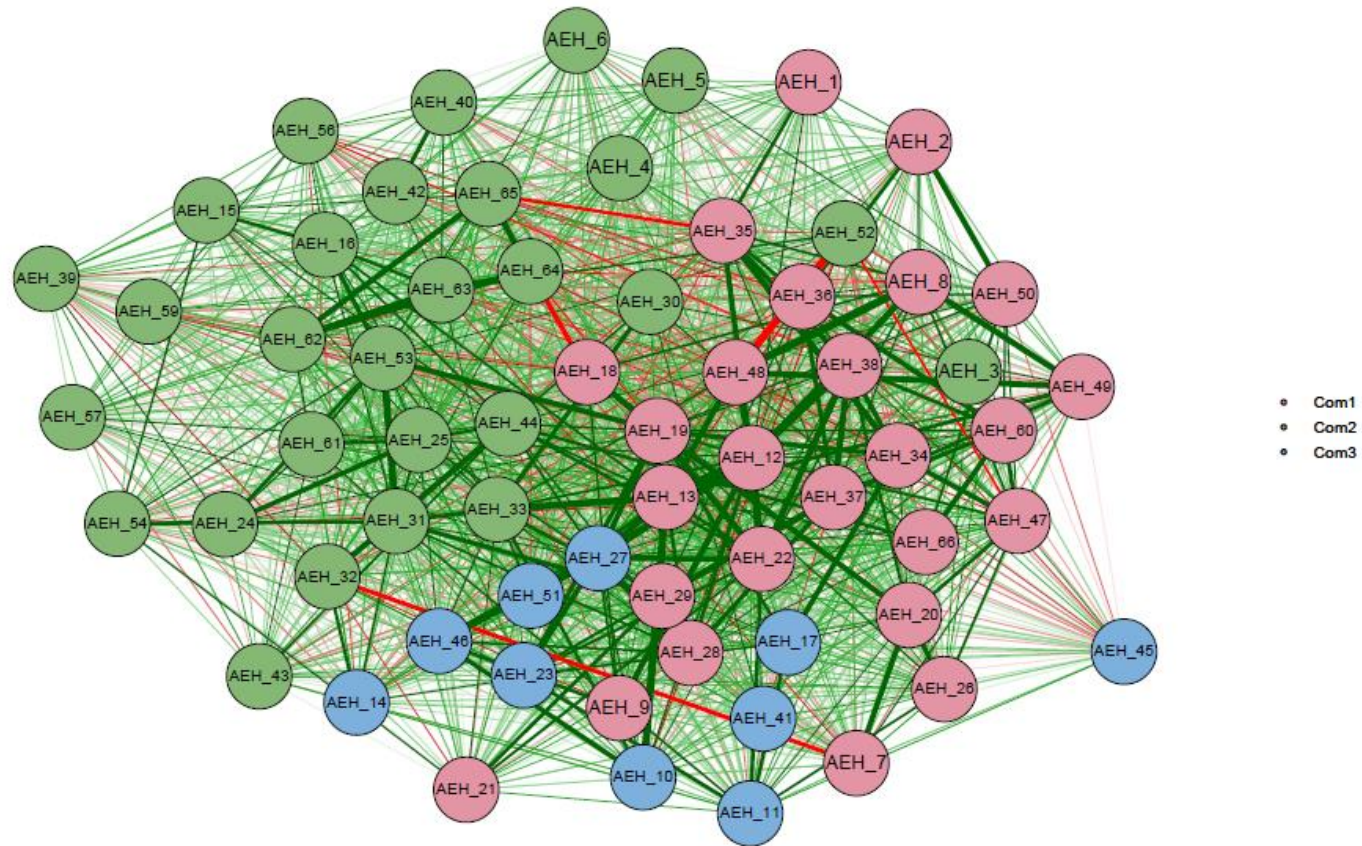


Figura 18. Gráfico de correlação distribuídas em Comunidades dos itens da Escala COPE-H.

Nota. Linhas verdes = correlação positiva; linhas vermelhas = correlação negativa; maior espessura da linha = maior correlação. Comunidade 1 - *Coping* mal adaptativo da hospitalização (rosa) - contém itens com respostas de *coping* da hospitalização com desfechos mal adaptativos no médio e longo prazo; Comunidade 2 - *Coping* adaptativo da hospitalização (verde)-com itens com respostas de *coping* da hospitalização com desfechos adaptativos no médio e longo prazo; Comunidade 3-*Coping* de Desengajamento emocional(azul) – contém itens com respostas de afeto negativo frente a hospitalização com desfechos mal adaptativos no médio e longo prazo.

A Tabela 20 mostra a classificação realizada pelos juízes e a coerência entre os conjuntos de itens formados pelas análise fatorial e de rede de comunidades, especialmente nos itens relacionados ao *coping* adaptativo (verde).

A Comunidade 1 foi composta por itens que foram construídos e avaliados pelos juízes como EE com desfecho mal adaptativo, de forma que não houve para esses itens, mudança em sua funcionalidade na análise de redes. Da mesma forma, os itens que compuseram a Comunidade 2, foram elaborados e avaliados no sentido de contemplar EE adaptativas. Não houve mudança na funcionalidade desses itens. No entanto, alguns itens que foram elaborados para contemplar o *coping* mal adaptativo (10, 11, 14, 17, 23, 27, 41, 45, 46 e 51) foram realocados na Comunidade 3, e descrevem um *coping* de Desengajamento emocional, relacionadas ao afeto negativo.

A Comunidade 3 – Desengajamento emocional - Afeto Negativo apresentou correspondências com o Fator 1- *Coping* Mal adaptativo, indicando que a função mal adaptativa dessas respostas de *coping* se superpõem nessas análises. Somente dois itens (3 e 33) apresentaram funções opostas nas duas análises.

Tabela 20. Comparação dos itens do COPE-H, segundo a classificação dos juízes, da análise fatorial e da análise de comunidades

Descrição do Item do COPE-H	Classificação prévia dos juízes (N=5)	Fator	Comunidade
1. Quando estou no hospital, eu brinco.	CA	3-DES	1- CMA
2. Eu brinco para passar o tempo	CA	3-DES	1- CMA
3. Quando eu brinco, até passa a vontade de chorar.	CA	3-DES	2-CA
4. Eu procuro brincar para ficar mais alegre.	CA	2-CA	2-CA
5. Eu procuro brincar para controlar o que sinto de ruim no hospital.	CA	2-CA	2-CA
6. Quando eu brinco, acho que diminui minha tristeza.	CA	2-CA	2-CA
7. Quando estou no hospital, eu choro.	CMA	1- CMA	1- CMA
8. Eu choro porque tenho que tomar injeção.	CMA	3-DES	1- CMA
9. Eu choro porque só sinto dor.	CMA	1- CMA	1- CMA
10. Eu choro porque acredito que isso nunca irá acabar.	CMA	1- CMA	3-AFN
11- Quando estou no hospital, eu sinto raiva.	CMA	1- CMA	3-AFN
12. Eu tenho raiva porque não quero tomar injeção.	CMA	1- CMA	1- CMA
13. Eu sinto raiva quando a enfermeira vem no quarto para me dar injeção, eu penso que, se ela estivesse no meu lugar, ela poderia sentir como dói tomar injeção.	CMA	1- CMA	1- CMA
14. Eu sinto raiva porque estou aqui e não posso fazer o que eu gosto.	CMA	1- CMA	3-AFN
15. Quando estou no hospital, eu assisto televisão.	CA	2-CA	2-CA
16. Eu assisto televisão porque ajuda a me distrair.	CA	2-CA	2-CA
17. Quando estou no hospital, eu tento me esconder.	CMA	1- CMA	3-AFN
18. Eu me escondo para não ter que tomar remédio.	CMA	1- CMA	1- CMA
19. Eu me escondo porque tenho medo de tomar injeção.	CMA	1- CMA	1- CMA
20. Quando estou no hospital, eu me sinto triste.	CMA	1- CMA	1- CMA
21. Eu me sinto triste porque ninguém tem pena de mim ou do que está acontecendo comigo.	CMA	1- CMA	1- CMA
22. Eu quero ficar sozinho, isolado, porque ficar no hospital me deixa muito triste.	CMA	1- CMA	1- CMA
23. Quando estou doente, fico triste e não quero conversar com ninguém.	CMA	1- CMA	3-AFN

Nota. CA = coping adaptativo; CMA= coping mal adaptativo; DES = desengajamento involuntário e voluntário; AFN = afeto negativo. (cont.)

Tabela 20. Comparação dos itens do COPE-H, segundo a classificação dos juízes, da análise fatorial e da análise de comunidades (cont.)

Descrição do Item do COPE-H	Classificação prévia dos juízes (N=5)	Fator	Comunidade
24. Quando estou no hospital, eu rezo/oro.	CA	2-CA	2-CA
25. Eu rezo/oro para Deus me ajudar a sarar.	CA	2-CA	2-CA
26. Quando estou no hospital, eu me sinto desanimado(a).	CMA	1- CMA	1- CMA
27. Eu fico desanimado(a) porque estou doente, no hospital.	CMA	1- CMA	3-AFN
28. Eu me sinto desanimado, sem esperança, porque eu não aguento mais ficar no hospital.	CMA	1- CMA	1- CMA
29. Eu me sinto desanimado, sem esperança, porque nada do que eu faço me faz sair do hospital.	CMA	1- CMA	1- CMA
30. Quando estou no hospital, eu procuro combinar alguma troca, fazer acordo, negociar.	CA	2-CA	2-CA
31. Eu procuro fazer um acordo com minha mãe para ela me deixar brincar. Aí eu faço o que ela quer.	CA	2-CA	2-CA
32. Eu procuro fazer um acordo, negociar com a enfermeira na hora de tomar injeção, porque sei que ela quer o melhor para mim.	CA	2-CA	2-CA
33. Eu procuro fazer um acordo com quem cuida de mim, pois assim posso brincar depois de tomar injeção.	CA	1- CMA	2-CA
34. Quando estou no hospital, eu penso em fugir.	CMA	1- CMA	1- CMA
35. Eu penso em fugir do hospital para ficar longe das injeções.	CMA	3-DES	1- CMA
36. Eu penso em fugir porque quero sair do hospital.	CMA	3-DES	1- CMA
37. Eu penso em fugir para ficar mais sozinho, longe de tudo.	CMA	3-DES	1- CMA
38. Eu penso em fugir para nunca mais ter que tomar remédio desse jeito.	CMA	3-DES	1- CMA
39. Quando estou no hospital, eu procuro conversar.	CA	2-CA	2-CA
40. Eu procuro conversar com alguém para me sentir mais confiante.	CA	2-CA	2-CA
41. Porque quando eu converso, eu perturbo a minha mãe para ela ficar perto de mim.	CMA	1- CMA	3-AFN
42. Eu procuro as pessoas para conversar, porque sinto que é importante para mim.	CA	2-CA	2-CA
43. Quando estou no hospital, eu costumo ouvir música.	CA	2-CA	2-CA
44. Eu escuto música para me distrair do que está acontecendo comigo no hospital.	CA	2-CA	2-CA
45. Quando estou no hospital, eu sinto culpa.	CMA	1- CMA	3-AFN
46. Eu me sinto culpado por estar doente.	CMA	1- CMA	3-AFN

Nota. CA = coping adaptativo; CMA = coping mal adaptativo; DES = desengajamento involuntário e voluntário; AFN = afeto negativo. (cont.)

Tabela 20. Comparação dos itens do COPE-H, segundo a classificação dos juízes, da análise fatorial e da análise de comunidades (cont.)

Descrição do Item do COPE-H	Classificação prévia dos juízes (N=5)	Fator	Comunidade
47. Quando estou no hospital, eu sinto medo.	CMA	1- CMA	1- CMA
48. Eu sinto medo de ter que tomar injeção.	CMA	1- CMA	1- CMA
49. Eu sinto medo e fico só pensando na injeção.	CMA	1- CMA	1- CMA
50. Eu sinto medo e fico só pensando em coisas ruins.	CMA	3-DES	1- CMA
51. Eu sinto medo e só fico pensando que não vou mais sair daqui.	CMA	1- CMA	3-AFN
52. Quando estou no hospital, eu sinto coragem.	CA	2-CA	2-CA
53. Quando eu me sinto corajoso, isso me ajuda a pensar no problema de uma forma mais positiva.	CA	2-CA	2-CA
54. Quando eu me sinto corajoso no hospital, percebo que as pessoas que cuidam de mim ficam mais confiantes.	CA	2-CA	2-CA
55. Quando estou no hospital, eu tomo remédio.	CA	--	2-CA
56. Eu tomo remédio porque assim sinto que posso fazer algo para melhorar.	CA	2-CA	2-CA
57. Eu tomo remédio para melhorar.	CA	2-CA	2-CA
58. Eu tomo remédio porque assim eu posso ter alta e sair do hospital.	CA	--	2-CA
59. Eu tomo remédio porque faço de tudo para ser curado.	CA	2-CA	2-CA
60. Quando me dão remédio, eu tenho vontade de empurrar a enfermeira.	CMA	3-DES	1- CMA
61. Quando estou no hospital, eu busco informação.	CA	2-CA	2-CA
62. Eu procuro saber mais porque assim eu aprendo mais sobre o que está acontecendo comigo.	CA	2-CA	2-CA
63. Eu faço perguntas, porque acho importante saber sobre a doença.	CA	2-CA	2-CA
64. Eu busco informações porque me interessa em saber o que eu tenho.	CA	2-CA	2-CA
65. Eu procuro saber mais sobre meu problema e o tratamento para saber o que posso fazer para melhorar.	CA	2-CA	2-CA
66. Eu peço para a minha mãe fazer as perguntas porque tenho vergonha do médico.	CMA	3-DES	1- CMA

Nota. CA = coping adaptativo; CMA = coping mal adaptativo; DES = desengajamento involuntário e voluntário; AFN = afeto negativo.

3.1.2.2.2 Estrutura interna da Escala COPE-H Cuidador

A obtenção de evidências de validade da estrutura interna da Escala COPE-H Cuidador foi realizada por meio da aplicação do instrumento em cuidadores das 133 crianças hospitalizadas que compuseram a amostra desse estudo. A Tabela 21 descreve características desses cuidadores, a saber: grau de parentesco com a criança e nível socioeconômico.

Tabela 21. *Caracterização dos participantes da validação baseada na estrutura interna da Escala COPE-H-Cuidador (N = 133)*

Caracterização da amostra dos Cuidadores	N (%)
<i>Parentesco Cuidador</i>	
Mãe	95 (71,43)
Pai	11 (8,27)
Avó	10 (7,52)
Tia	4 (3)
Avô	3 (2,26)
Madrasta	3 (2,26)
Irmã	3 (2,26)
Padrasto	2 (1,5)
Irmão	1 (0,75)
Tio	1 (0,75)
<i>Estrato da ABEP</i>	
Estrato 1	5 (3,76)
Estrato 2	2 (1,5)
Estrato 3	29 (21,8)
Estrato 4	57 (42,86)
Estrato 5	27 (20,30)
Estrato 6	10 (7,52)
Estrato 7	3 (2,26)

As mães representaram a maior proporção de cuidadores (95%). O nível socioeconômico, medido pela ABEP, indicou maior concentração na classificação 3 e 5, de forma que na classificação 4, concentrou a maior parte dos cuidadores (57%). No que diz respeito à escolaridade, a maioria das mães (30,8%) e dos pais (36,8%) tinham o Ensino Médio completo, e 50% da amostra eram casados.

Tabela 22. Caracterização dos pais quanto a escolaridade e estado civil (N = 133)

Caracterização dos pais	N (%)
<i>Escolaridade da Mãe</i>	
Ensino Fundamental Completo	14 (10,53)
Ensino Fundamental Incompleto	40 (30,08)
Ensino Médio Completo	41 (30,83)
Ensino Médio Incompleto	15 (11,28)
Ensino Superior Completo	7 (5,26)
Ensino Superior Incompleto	7 (5,26)
Não Soube Informar	9 (6,77)
<i>Escolaridade do Pai</i>	
Ensino Fundamental Completo	10 (7,52)
Ensino Fundamental Incompleto	36 (27,07)
Ensino Médio Completo	49 (36,84)
Ensino Médio Incompleto	13 (9,77)
Ensino Superior Completo	5 (3,76)
Analfabeto	1 (0,75)
Não Soube Informar	19 (14,29)
<i>Estado Civil dos Pais</i>	
Casados	67 (50,38)
Separados	46 (34,59)
Solteiros	12 (9,02)
Amasiados	5 (3,76)
Viúva	3 (2,26)
<i>Profissão das Mães</i>	
Empregada	81 (60,5)
Do lar	48 (36,5)
Desempregada	3 (2,2)
Não soube informar	1 (0,8)
<i>Profissão dos Pais</i>	
Empregado	123 (92,5)
Desempregado	5 (3,75)
Não soube informar	5 (3,75)

Com relação à profissão dos cuidadores, as mães relataram em sua maioria, estarem empregadas (60,5%), assim como os pais (92,5%) (Tabela 22).

Adotando-se a análise fatorial exploratória, buscou-se estabelecer fatores que pudessem explicar a Escala. Entretanto, a Escala COPE-H-Cuidador não obteve evidências de validade de estrutura interna, não sendo possível determinar os fatores da Escala.

3.1.2.3 Evidências de Validade da Escala COPE-H baseada nas relações com variáveis externas

Este estudo investigou as relações existentes entre os índices de correlação obtidos nos fatores da Escala COPE-H e as variáveis externas relevantes à validade do instrumento. A validade convergente mede o quão bem uma medida está associada a outra medida que, idealmente, deveria estar correlacionada. Já a validade discriminante diz respeito ao quanto uma medida se correlaciona com uma outra medida que não deve estar associada (Gravetter & Wallnau, 1996). Para a obtenção de evidências de validade convergente, utilizou-se o Kidcope (Carona et al., 2010), instrumento validado para a avaliação do *coping*, tal como se propõe o COPE-H. A validade discriminante da Escala COPE-H foi obtida utilizando o CBCL (6-18 anos), cujo propósito é a avaliação da competência social e problemas comportamentais de crianças e adolescentes, a partir do relato dos pais (Achenbach & Rescorla, 2004).

3.1.2.3.1 Evidências de validade convergente para a Escala COPE-H

A aplicação do Kidcope foi realizada em todas as 133 crianças, entretanto foi necessário descartar nove aplicações, pois nesses casos houve uma recusa a responder o instrumento até o final. Desse modo, foram utilizados nessa análise os dados do Kidcope de 124 crianças. O índice do Kidcope utilizado para encontrar as evidências de validade convergente foi o resultado que indica quais EE são utilizadas pela criança para lidar com a hospitalização, ou seja, a medida da frequência das EE.

A amostra apresentou, de acordo com a Escala Kidcope, mais estratégias de *coping* relacionadas a *regulação emocional* (n = 117),

reestruturação cognitiva (n = 109) e pensamento desejoso (n = 108). As estratégias menos referidas foram *culpar os outros* (n = 15) e *autocrítica* (n = 36), conforme Tabela 23.

Tabela 23. Frequência das EE da hospitalização, segundo a Escala Kidcope (N=124).

Estratégia	Itens	Frequência	Média da Estratégia	Desvio Padrão da Estratégia
Distração	1	95	0,766	0,425
	2			
Isolamento Social	3	67	0,54	0,500
	4			
Reestruturação Cognitiva	5	109	0,879	0,327
Autocrítica	6	36	0,290	0,456
Culpar os outros	7	15	0,121	0,351
Resolução de Problemas	8	85	0,685	0,483
	9			
Regulação Emocional	10	117	0,944	0,264
	11			
Pensamento Desejoso	12	108	0,871	0,337
	13			
Suporte Social	14	107	0,863	0,345
Resignação	15	57	0,460	0,500

Também foi possível analisar o *coping* da hospitalização de acordo com as três dimensões que são avaliadas pelo Kidcope. Na Tabela 24, é possível perceber que a dimensão do *coping* mais referida foi a do *coping ativo* (n = 417) e a menos referida foi a do *coping negativo* (n = 40)

Tabela 24. Frequência das três dimensões de coping da hospitalização, segundo a Escala kidcope (N = 124)

Tipo de Coping	Estratégia do Coping	Itens	Frequência	Média do Coping	Desvio Padrão do Coping
Evitamento	Distração	1	327	2,637	0,949
		2			
	Isolamento Social	3			
		4			
		5			
Pensamento Desejoso	12				
	13				
	15				
Positivo ou Aproximação	Suporte Social	14	417	3,363	0,859
		15			
	Resolução de Problemas	8			
		9			
Regulação Emocional	10				
	11				

(cont.)

Tabela 24. *Frequência das três dimensões de coping da hospitalização, segundo a Escala kidcope (N = 124) (cont.)*

Tipo de Coping	Estratégia do Coping	Itens	Frequência	Média do Coping	Desvio Padrão do Coping
Positivo ou Aproximação	Reestruturação Cognitiva	5	417	3,363	0,859
Negativo	Culpar os outros	7	40	0,325	0,470
	Autocrítica	6			

O Kidcope também oferece a medida de eficácia das EE. As crianças responderam que as estratégias mais eficazes são as relacionadas a *regulação emocional* (n = 337), *suporte social* (n = 316), *distração* (n = 310) e *pensamento desejoso* (n = 310). A estratégias que são consideradas menos eficazes são *autocrítica* (n = 256) e *culpar o outro* (n = 263), conforme Tabela 25.

Tabela 25. *Frequência da eficácia das EE da hospitalização, segundo a Escala Kidcope (N = 124)*

Pós-Coping da Estratégia	Itens	Frequência	Média do Pós-Coping	Desvio Padrão do Pós-Coping
Distração	1	310	2,500	0,730
	2			
Isolamento Social	3	306	2,467	0,780
	4			
Reestruturação Cognitiva	5	308	2,484	0,715
Autocrítica	6	256	2,064	0,853
Culpar os outros	7	263	2,120	0,907
Resolução de Problemas	8	292	2,355	0,798
	9			
Regulação Emocional	10	337	2,718	0,564
	11			
Pensamento Desejoso	12	310	2,5	0,727
	13			
Suporte Social	14	316	2,548	0,747
Resignação	15	240	1,935	0,862

No entanto, para análise de validade convergente, só foram utilizados os dados da frequência das três dimensões do *coping* avaliados pelo Kidcope, a saber: *coping* ativo, *coping* negativo e *coping* de evitação. A hipótese inicial da evidência de validade convergente entre o COPE-H e o Kidcope era a de que

os três fatores encontrados na Escala COPE-H se correlacionassem, de forma de positiva, com as três dimensões de *coping* medidas pelo Kidcope. Assim, para o Fator 1- *Coping* mal adaptativo da hospitalização da escala COPE-H, havia a hipótese de relação com a dimensão *Coping* negativo, do Kidcope; para o Fator 2- *Coping* adaptativo da hospitalização do COPE-H, havia a hipótese de relação com a dimensão *Coping* ativo, do Kidcope. Por fim, havia a hipótese de relação entre o Fator 3- Desengajamento involuntário e voluntário, do COPE-H, e a dimensão *Coping* evitativo, do Kidcope.

Para isso, foi realizada a Análise de Redes. O índice mínimo esperado para uma correlação significativa é 0,3. Os resultados mostraram correlações significativas somente entre o Fator 1- *Coping* mal adaptativo da hospitalização do COPE-H, e o *Coping* negativo, do Kidcope. Não foi verificada correlação significativa entre o *Coping* ativo, do Kidcope, e o Fator 2- *Coping* adaptativo da hospitalização e entre o Fator 3-*Coping* de desengajamento involuntário e voluntário e o *Coping* evitativo do Kidcope (Tabela 26).

Tabela 26. Resultados da correlação entre os três fatores do COPE-H e as dimensões do Kidcope

COPE-H (N = 133)	Kidcope (N = 124)		
	<i>Coping</i> Ativo	<i>Coping</i> Negativo	<i>Coping</i> Evitativo
Fator 1- <i>Coping</i> Mal Adaptativo	-0,12	0,34*	0,03
Fator 2- <i>Coping</i> Adaptativo	0,20	0,000005	0,049
Fator 3- <i>Coping</i> de Desengajamento Involuntário e voluntário	0,01	0,043	-0,05

Nota: Índice de correlação significativa $\geq 0,3$, segundo a técnica de estimação de correlações parciais, feito por análise de redes.

3.1.2.3.2 Evidências de validade discriminante para a Escala COPE-H

O CBCL (6-18 anos) foi aplicado em todos os cuidadores, totalizando 133 aplicações. Os índices do instrumento que foram utilizados para realizar a

validação discriminante foram: a) Competência social; b) Escala de problemas de internalização; c) Escala de problemas de externalização; e d) Escala de problemas emocionais/comportamentais, a saber: Ansiedade/Depressão, Retraimento/Depressão, Queixas somáticas, Problemas de sociabilidade, Problemas com o pensamento, Problemas de Atenção, Violação de regras, e Comportamento Agressivo.

Os resultados da Escala CBCL/6-18 apontaram que a maioria das crianças apresentou classificação *não-clínico* para todas as escalas. De acordo com a Figura 19, a escala que possui um maior número de crianças classificadas como *clínica* é a Escala com Problemas de internalização.

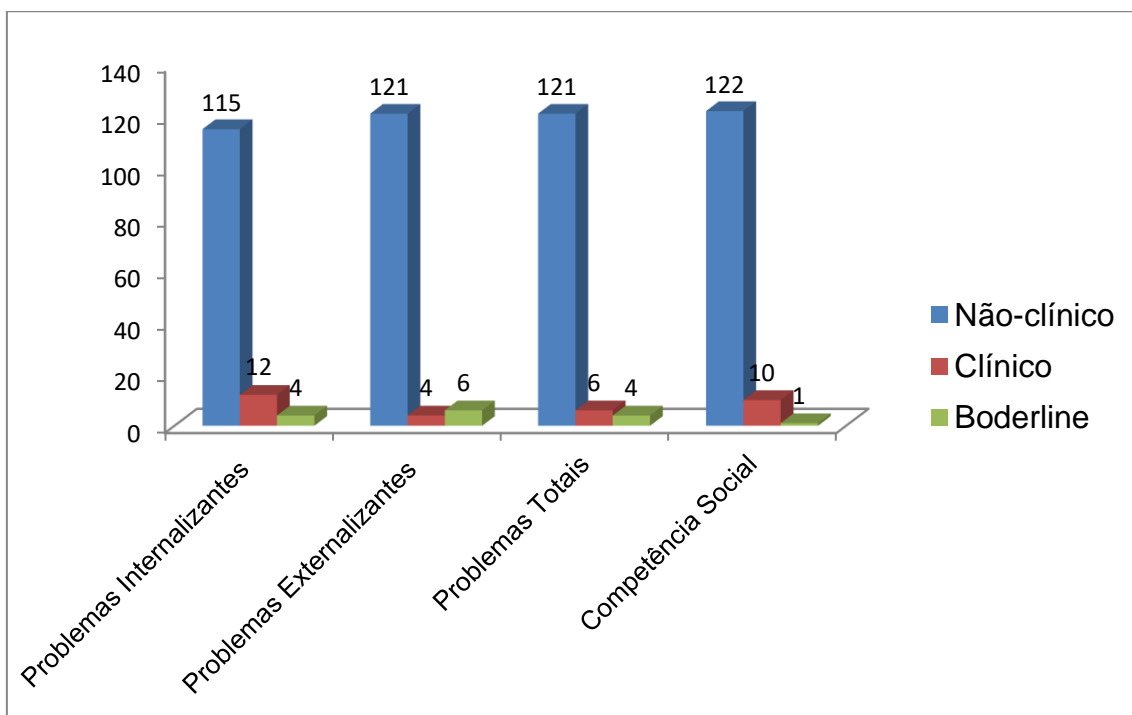


Figura 19. Frequência da classificação da amostra nas Escalas de Problemas Internalizantes, Externalizantes Totais e de Competência social, de acordo com a CBCL/6-18.

Para a obtenção de evidências de validade discriminante, esperava-se verificar correlações nulas entre ambos os instrumentos, COPE-H e CBCL, uma vez que os mesmos avaliam constructos diferentes. A Tabela 27

apresenta os resultados da correlação entre os fatores do COPE-H e o CBCL (6-18 anos).

Tabela 27. Resultados da correlação entre os três fatores do COPE-H e o CBCL (6-18 anos) (N = 133)

T score do CBCL (6-18 anos)	COPE-H		
	<i>Coping Mal Adaptativo</i>	<i>Coping Adaptativo</i>	<i>Coping de Desengajamento</i>
Problemas de internalização	0,093253	-0,05594	0,049802
Problemas de externalização	-0,02507	-0,00669	-0,03324
Problemas Totais	0,066848	-0,05837	0,049961
Ansiedade/Depressão	0,04633	-0,08853	0,067857
Retraimento/Depressão	0,076468	0,055746	0,134298
Queixas somáticas	0,101034	-0,08097	-0,10663
Problemas sociais	0,082279	-0,0303	0,001198
Problemas de pensamento	0,192349	-0,12694	0,034644
Problemas de atenção	-0,0107	-0,01047	0,125072
Comportamento Opositor	0,084638	0,018014	-0,02753
Comportamento Agressivo	-0,07091	-0,01683	-0,03136
Problemas Afetivos	0,140723	0,017385	0,076849
Problemas de Ansiedade	0,044491	-0,08173	-0,07631
Problemas somáticos	0,109732	-0,02673	-0,03639
Distúrbio de Atenção e Hiperatividade	-0,05685	-0,02608	0,014826
Transtorno Opositor Desafiante	-0,00161	-0,0129	0,00289
Problemas de conduta	-0,05422	-0,01347	-0,03726
Atividades Social	-0,06297	0,00239	-0,05571
	0,087599	-0,04722	-0,03828

Nota: Índice de correlação significativa $\geq 0,3$, segundo a técnica de estimação de correlações parciais, feito por análise de redes.

Para verificar as correlações, foi feita a Análise de Redes, de forma que o índice mínimo esperado para uma correlação significativa é 0,3. Conforme esperado para a obtenção de evidências de validade discriminante, a correlação do COPE-H com o CBCL (6-18anos) foi baixa ou quase nula.

Dessa forma, pode-se dizer que os índices de correlação obtidos, a partir das análises entre o COPE-H e o Kidcope e, entre o COPE-H e o CBCL (6-18anos), mostram as evidências de validade convergente e discriminante, respectivamente. A ausência de correlação entre o Fator 2- *Coping* adaptativo

do COPE-H e o Fator 3- Desengajamento involuntário e voluntário, com o Kidcope, sugere a continuidade da investigação, a fim de obter melhor compreensão a respeito dos referidos fatores.

3.1.2.4 Evidências de validade da Escala COPE-H baseadas na consequência da testagem

As evidências de validade baseadas nas consequências de testagem visam avaliar o impacto social do uso do teste, ou seja, de que maneira pode contribuir para avaliação psicológica em contextos específicos (Alves, Souza, & Baptista, 2011). Para analisar as evidências de validade baseada na consequência de testagem, realizou-se uma entrevista com os profissionais de saúde que atenderam as crianças no período de coleta de dados (APÊNDICE L).

Participaram desta etapa da pesquisa 32 profissionais, em sua maioria técnicos de enfermagem (93%). Havia ainda enfermeiros chefes (5%), auxiliares de enfermagem (0,75%) e auxiliares de serviços gerais (0,75%). Os profissionais forneceram informações sobre mais de uma criança, respondendo a várias entrevistas, de acordo com a sua disponibilidade e, principalmente, pelo contato estabelecido com a criança. Assim, foram analisadas as 133 entrevistas, no sentido de verificar: a) os cuidados que esses profissionais prestavam às crianças; b) se houve mudanças nos aspectos comportamentais/emocionais dessas crianças logo após a aplicação da Escala COPE-H; e c) qual a importância atribuída pelos profissionais ao conhecimento sobre as EE da hospitalização dos pacientes.

Para isso, foi realizada análise de conteúdo (Bardin, 1977), permitindo agrupar as respostas obtidas em categorias. Verificaram-se cinco categorias

que descreviam os *cuidados prestados à criança*: medicação (72%), procedimentos de cuidados da enfermagem, como aferição de temperatura, curativos e banhos (83%); procedimentos invasivos (21%); e brincadeiras (7%). O tempo de cuidado dependia do tempo de internação que a criança permanecia no hospital e naquela enfermaria.

Com relação às mudanças comportamentais/emocionais, os resultados mostraram que das 133 crianças avaliadas, 76% delas foram referidas como apresentando mudanças. Essas mudanças observadas foram distribuídas em oito categorias, descritas na Tabela 28.

Tabela 28. Aspectos comportamentais/emocionais alterados nas crianças após aplicação da Escala COPE-H, de acordo com os profissionais de saúde (N = 32)

Mudanças comportamentais/emocionais	n	(%)
Tentativa de Negociação	01	0,59
Perguntas/Questionamentos sobre aspectos da doença	09	5,39
Sentimento de Confiança /Coragem	10	5,99
Cooperação/Aceitação	22	13,17
Engajamento em atividades de distração (televisão e música e brincadeiras)	23	13,77
Diminuição da Expressão de Afetos Negativos	29	16,77
Ficar mais calmo/Tranquilo/Alege	37	22,16
Maior comunicação/Interação	37	22,16
Total de relatos	167	100

Grande parte das mudanças estava relacionada a comportamentos do tipo cooperação e aceitação ao tratamento, de acordo com o relato:

"Está mais tranquilo durante os procedimentos. Aceitou tomar o remédio!!!

(Técnica de Enfermagem sobre C4, sexo masculino, 8 anos).

Também foram citados aspectos relacionados às formas de distração no hospital:

"Trouxe alguns brinquedos ontem, pediu para ligar a televisão" (Técnica de Enfermagem sobre C4, sexo masculino, 8 anos).

Os profissionais também perceberam mudanças em aspectos emocionais, como medo e coragem:

"*Sim! Não apresenta mais aqueles comportamentos de medo. Está mais corajosa*" (Técnica de Enfermagem sobre C13, sexo feminino, 6 anos), além de perceber diminuição em comportamentos hostis e agressivos, através de negociação:

"*Está menos hostil, aceitando os procedimentos, perguntando sobre o que será feito. Hoje perguntou se após medir a temperatura, se poderia brincar*" (Técnica de Enfermagem, sobre C10, sexo masculino, 8 anos).

Foi relatado ainda que muitas crianças passaram a conversar mais, como no relato:

"*Ela melhorou, ficou mais calma, mais comunicativa. Agora a pouco, conversou bastante, falou sobre os amigos e sobre os desenhos que estava assistindo na televisão*" (Técnica de Enfermagem, sobre C24, sexo feminino, 6 anos).

Para 34% das crianças, não foram referidas mudanças comportamentais/emocionais. Segundo os profissionais de saúde, essas crianças se mostraram, desde o início da hospitalização, adaptadas ao contexto, em termos comportamentais e emocionais; conforme os relatos:

"*Não percebi alteração. Ela continua tranquila*" (Técnica de Enfermagem, sobre C1, sexo feminino, 11 anos) e

"*Desde que chegou, sempre foi uma criança tranquila*" (Técnica de Enfermagem, sobre C55, sexo masculino, 9 anos).

Com relação à importância atribuída pelos profissionais ao conhecimento sobre as EE da hospitalização, todos os profissionais relataram que essa compreensão sobre o *coping* poderia contribuir para os cuidados com a criança, com relatos do tipo:

"Ajuda sim, com certeza. Ao saber como a criança lida com a hospitalização, consigo desenvolver formas de atuação" (Técnica de Enfermagem, sobre C42, sexo feminino, 6 anos);

"Contribuiria porque conhecendo o estado emocional da criança durante este período, fica mais fácil minha atuação com eles" (Técnico de Enfermagem, sobre C21, sexo masculino, 9 anos); e

"Melhor para lidar com a criança durante os procedimentos" (Enfermeira, sobre a C60, sexo feminino, 12 anos).

Dessa forma, os dados permitem considerar que o instrumento COPE-H validado neste estudo através das evidências de validade baseada no conteúdo, na estrutura interna, na validade convergente e discriminante e na consequência da testagem, apresenta propriedades psicométricas adequadas para ser utilizado em crianças hospitalizadas de 6-12 anos.

3.1.2.5 Processo de Normatização da Escala COPE-H

Após a busca de evidências de validade da Escala COPE-H, julgou-se importante verificar as normas da escala. Trabalhos de referência e normatização são essenciais para que as interpretações sejam fidedignas ao contexto, já que sabe-se que existem diferenças nas EE utilizadas pelos indivíduos ao longo do desenvolvimento. Segundo Urbina (2007), é essencial que se obtenha a fidedignidade de escores e de itens; porém é, sem dúvida, de grande importância a adaptação ao contexto a ser utilizado, o que é resultado de estudos referenciais de onde normas são geradas para interpretações confiáveis.

A realização do processo de normatização da Escala COPE-H, envolveu 133 crianças, com idade entre seis e 12 anos, de ambos os sexos. Foi feita uma ordenação dos escores e a frequência cumulativa.

A normatização foi realizada para os três fatores da Escala COPE-H (APÊNDICE S- Tabela 35, Tabela 36 e Tabela 37) referentes à população geral para cada um dos fatores, com o escore bruto (pontuação adquirida naquele fator) e o percentil (escore derivado do escore bruto). Assim, para cada fator (Fator 1, Fator 2 e Fator 3), os escores brutos foram ordenados, e o percentil correspondente foi estabelecido.

Para a interpretação das tabelas, o primeiro passo é compreender a transição das pontuações diretas obtidas (escores brutos), para o percentil. O percentil é o ponto da distribuição dos resultados ordenados da amostra (por ordem crescente dos dados) em 100 partes de igual amplitude, em que se situa uma determinada percentagem de casos. Por exemplo, um resultado no percentil 95 significa que 95% dos resultados se situam nesse ponto ou abaixo dele, enquanto um resultado no percentil 5 significa que apenas 5% dos resultados se situam nesse ponto ou abaixo dele. Ao utilizarmos a *escala percentílica* (escala ordinal que varia entre o 1 e o 99, de média 50) para interpretar os resultados dos testes psicológicos, o valor em percentil indica a posição relativa do sujeito por comparação com os outros membros do mesmo grupo normativo (Urbina, 2007).

Para interpretar o percentil de cada escore bruto, utilizaram-se as normas já estabelecidas. São classificados como *inferior* os percentis abaixo de 10. Os percentis de 10 a 24 são classificados como *médio inferior*, aqueles de

25 a 74 são classificados como *médio* e, os percentis de 75 a 94, *médio superior*. Os percentis acima de 95 são classificados como *superior*.

Além das normas gerais, julgou-se importante ainda a realização das normas por idade, para analisar possíveis diferenças das EE. Para análise das normas por idade, dividiu-se a amostra em dois grupos: Grupo 1, de 6 a 9 anos e 11 meses, e o grupo 2 de 10 anos completos a 12 anos e 11 meses. Como já foi relatado no Método, essa divisão dos grupos se baseou nos estudos de *coping* realizados na abordagem da TMC (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2011). Assim, o primeiro grupo ficou com uma amostra de 72 crianças de ambos os sexos e o segundo grupo com 61 crianças. As tabelas com as normas estão no APÊNDICE T- Tabela 38, Tabela 39, Tabela 40, para o Grupo 1 e no APÊNDICE U- Tabela 41, Tabela 42 e Tabela 43, para o Grupo 2). A interpretação dos percentis segue as mesmas normas que já foram descritas.

A seguir, serão descritos os resultados dos instrumentos que foram aplicados na amostra de crianças de seis a 12 anos que participaram do estudo das evidências de validade da Escala COPE-H.

3.2. Resultados da aplicação dos instrumentos na amostra

Nessa sessão serão apresentados, inicialmente, os dados do *coping* da hospitalização da amostra baseado nos dados normativos da Escala COPE-H. Em seguida, serão descritas as correlações significativas dos indicadores dos instrumentos que foram utilizados, a saber: os três fatores da Escala COPE-H, as dimensões do *coping* da Escala Kidcope, os dados do CBCL/6-18, da entrevista com os profissionais, e ainda, os aspectos de caracterização sócio-demográficas e clínicas da amostra.

3.2.1 Resultados do *coping* da hospitalização da amostra

Para analisar o processo de *coping* das crianças hospitalizadas, os resultados serão apresentados em duas partes. Inicialmente, será descrita a frequência dos comportamentos apresentados pela amostra. Em seguida, baseado nos dados normativos da Escala COPE-H, será verificado o processo de enfrentamento dessas crianças, de forma analisar a classificação por grupos de idade, nos três fatores: *coping mal adaptativo*, *coping adaptativo* e *coping de desengajamento involuntário e voluntário*.

Na avaliação das respostas de enfrentamento (Figura 20), verificou-se a prevalência de "assistir televisão", "tomar remédio", "conversar", "sentir coragem" e "rezar/orar". Por outro lado, as respostas de *coping* menos referidas pelas crianças foram "se esconder" e "pensar em fugir".

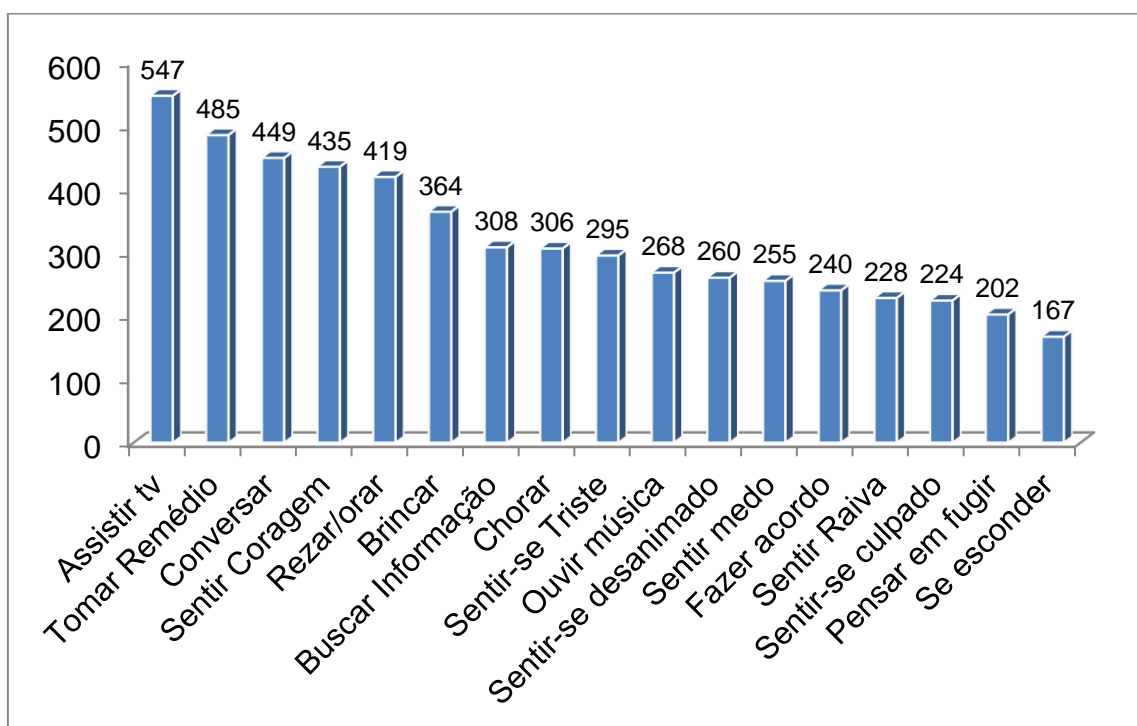


Figura 20. Frequência das respostas de *coping* no COPE-H de crianças hospitalizadas (N = 133).

Com relação ao *coping* das crianças hospitalizadas (Figura 21), ao analisar a distribuição das crianças no Fator 1 (*Coping* mal adaptativo da

hospitalização), verificou-se que a maioria das crianças foi classificada na categoria *inferior*, *médio-inferior* e *médio*. Sendo assim, nessa população, poucas crianças foram classificadas com alto nível (*superior*) de estratégias de *coping* mal adaptativo. No Fator 2 - *Coping* adaptativo da hospitalização, a maioria das crianças foi classificada na *média* ou *médio superior* e *superior*, indicando maior frequência de EE adaptativas. Assim, de uma forma geral, as crianças hospitalizadas apresentaram mais EE adaptativas do que mal adaptativas.

Para o Fator 3 - *Coping* de desengajamento involuntário e voluntário, foi possível observar que a maioria das crianças também se classificou dentro da *média*. No entanto, uma parcela importante da amostra foi classificada como *médio superior* e *superior*, indicando que apresentam EE de desengajamento (Figura 21).

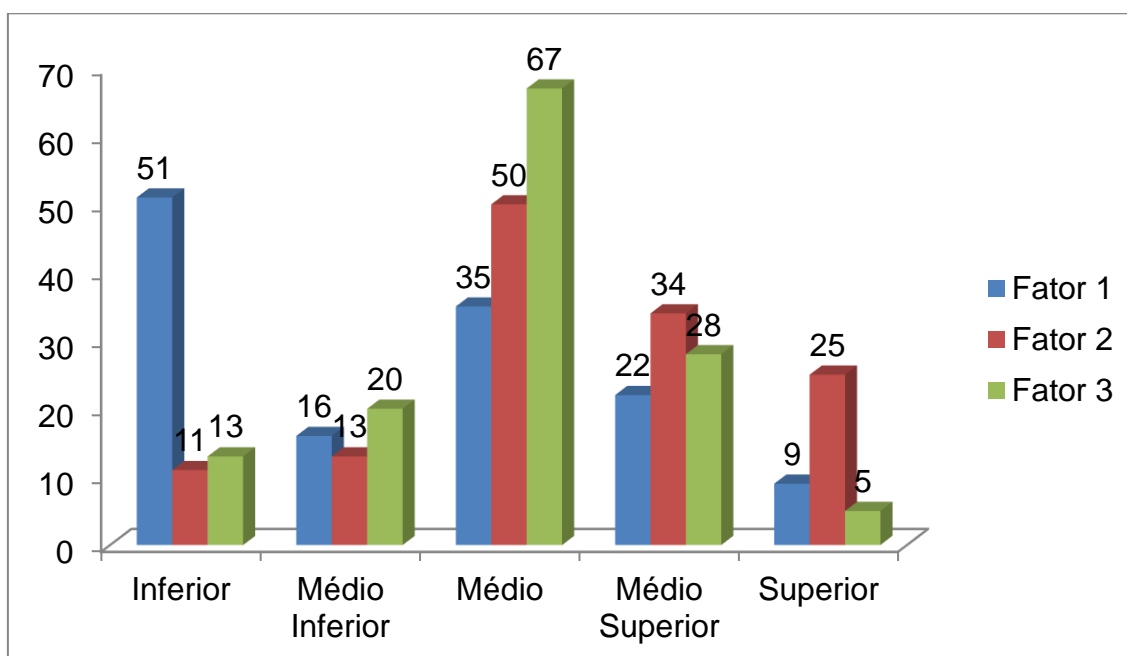


Figura 21. Gráfico da distribuição da frequência de crianças classificadas nos três fatores (Fator 1 - *Coping* mal adaptativo da hospitalização, Fator 2 - *Coping* adaptativo da hospitalização, e Fator 3 - *Coping* de desengajamento involuntário e voluntário da hospitalização) do COPE-H (N = 133).

Analisando ainda a distribuição de crianças nos três fatores, conforme a idade das mesmas, verificou-se, conforme Figura 22, que 39% das crianças do Grupo 1 [G1] (6 a 9 anos e 11 meses) e 38% das crianças do Grupo 2 [G2] (10 a 12 anos e 11 meses) tiveram classificação *inferior*, demonstrando que estão com baixo nível de *coping* mal adaptativo. Somente 9% de crianças do G1 e 3% de crianças do G2, foram classificadas no nível alto (*superior*) para o *coping* mal adaptativo.

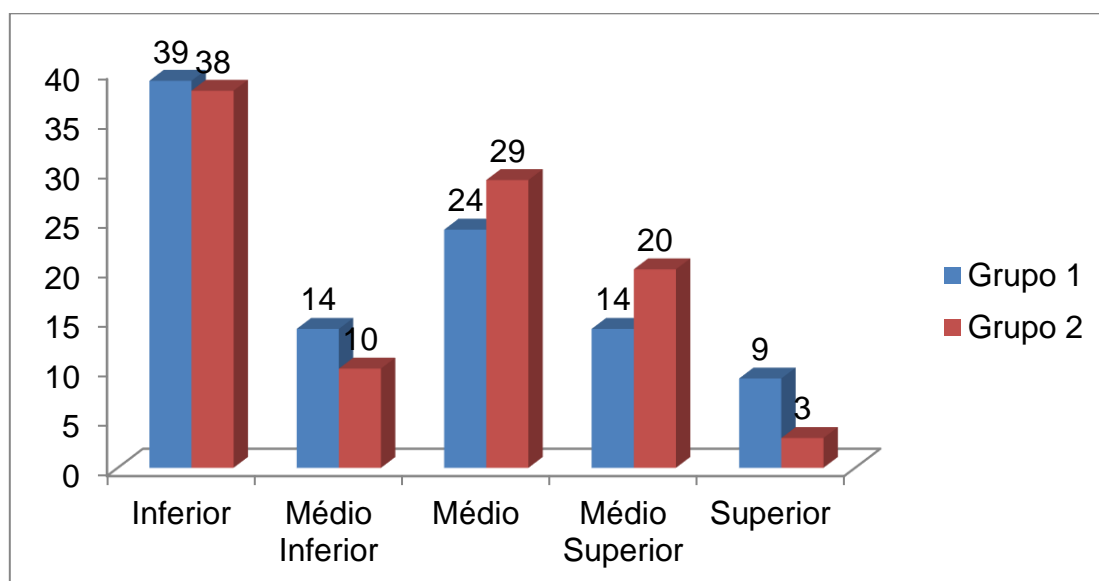


Figura 22. Gráfico da porcentagem de crianças do Grupo 1 (6-9 anos e 11 meses) e do Grupo 2 (10-12 anos e 11 meses), classificadas do Fator 1 (mal adaptativo) do COPE-H (N = 133).

Ao analisar a distribuição de crianças por idade na Figura 23, verificou-se que, a maioria das crianças estão classificadas como *inferior*. A partir dos 9 anos, há uma diminuição de crianças com EE mal adaptativas, e ao observamos a classificação *superior*, há uma porcentagem grande de crianças com 7 anos (Figura 23).

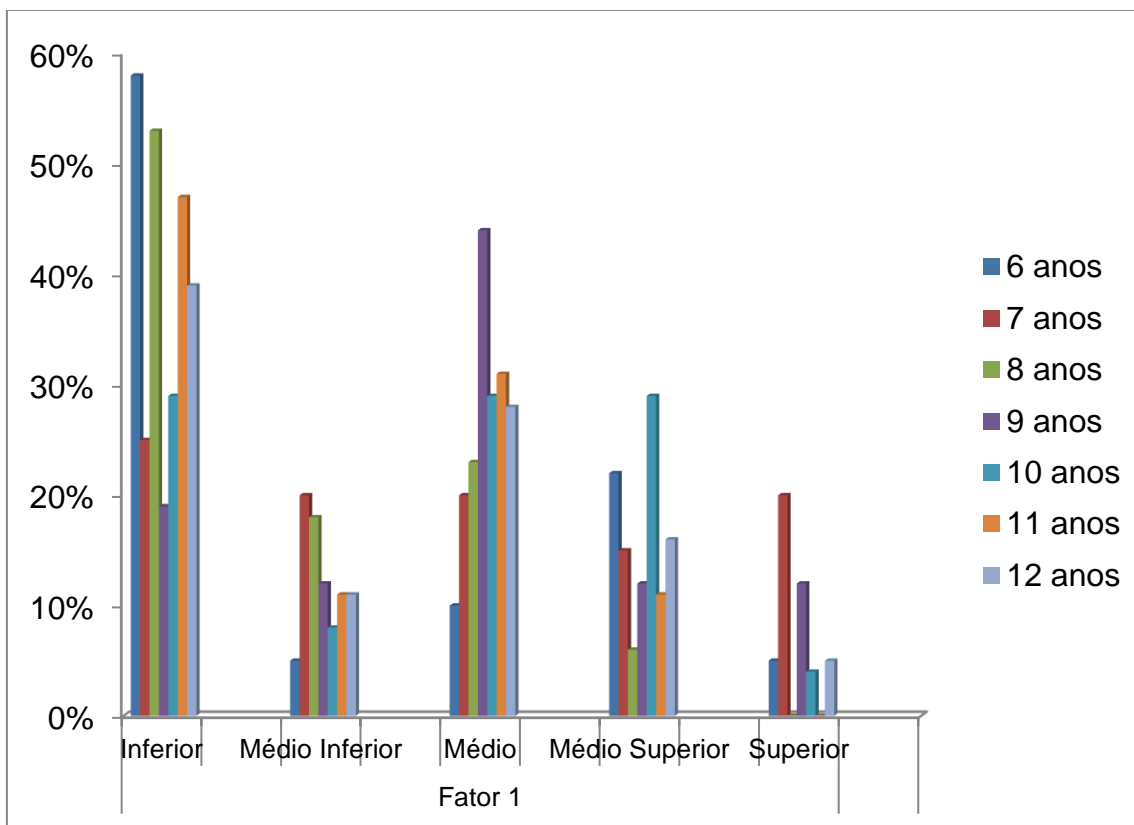


Figura 23. Porcentagem de estratégias de enfrentamento por idade no Fator 1 (*Coping* Mal adaptativo) do COPE-H, em crianças hospitalizadas (N = 133).

No Fator 2 (*Coping* Adaptativo), as crianças tiveram classificação *média* (G1 = 45%; G2 = 30%) e, também, *superior* (G1 = 18%; G2 = 19%); ambos os grupos apresentaram 8% de crianças classificadas no nível *inferior* (Figura 24).

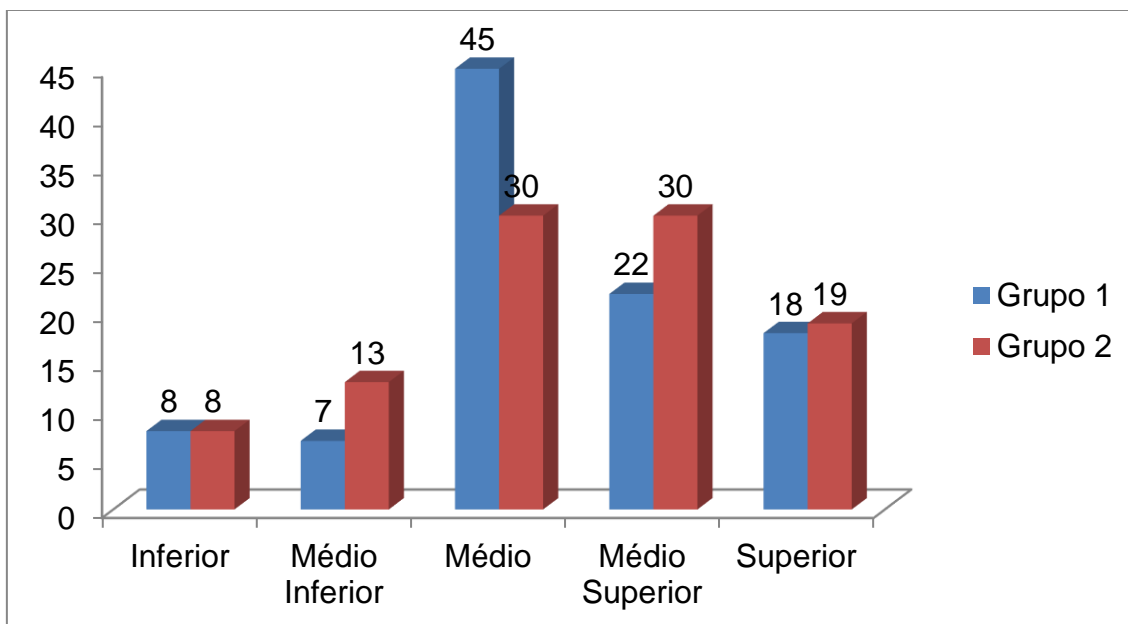


Figura 24. Gráfico da porcentagem de crianças classificadas em *inferior*, *médio inferior*, *médio*, *médio superior* e *superior* do Fator 2 (adaptativo) do COPE-H para o Grupo 1 (6-9 anos e 11 meses) e para o grupo 2 (9-12 anos e 11 meses) (N = 133).

Na Figura 25, é possível visualizar que aos 10 anos, há um aumento de EE adaptativas.

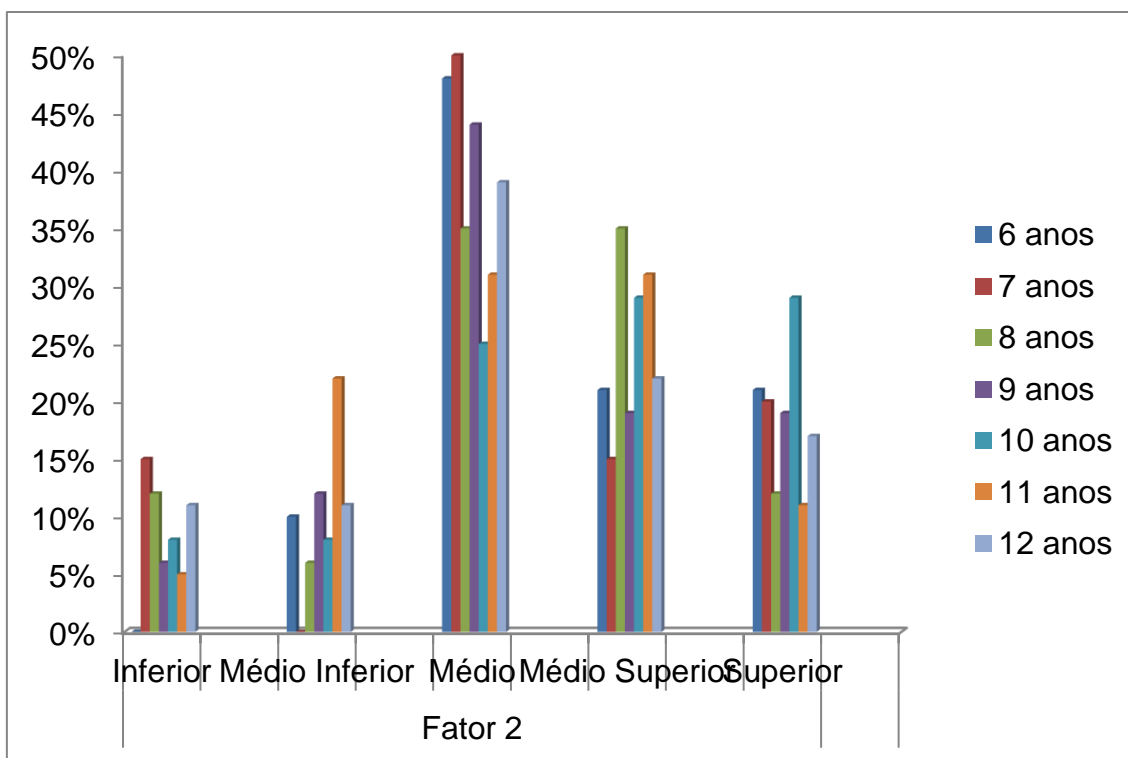


Figura 25. Porcentagem de estratégias de enfrentamento por idade, no Fator 2 (*Coping Adaptativo*) do COPE-H, em crianças hospitalizadas.

Houve alta proporção de crianças com classificação *média* (G1 = 45%; G2 = 58%) para o *coping* de Desengajamento involuntário e voluntário (Fator 3). Houve diferenças entre os grupos na classificação *médio superior* (G1 = 28%; G2 = 15%) e *superior* (G1 = 7%; G2 = 0), indicando que o G1 tem uma quantidade maior de crianças com *coping* de desengajamento acima da média, o que pode ser visto de forma mais clara quando se verificam os dados por idade (Figura 26).

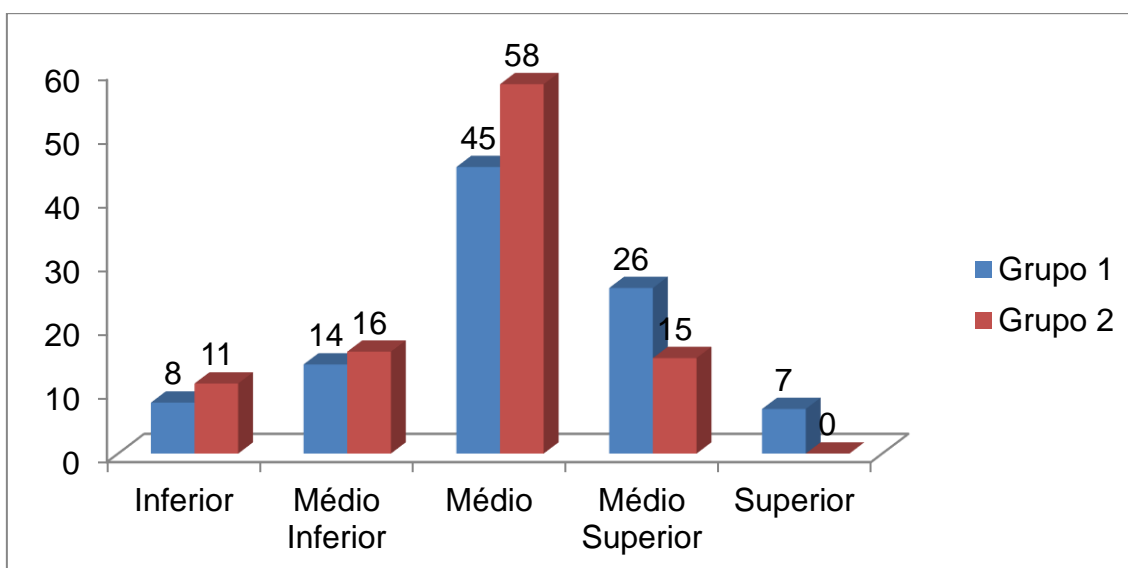


Figura 26. Gráfico da porcentagem de crianças classificadas em inferior, médio inferior, médio, médio superior e superior do Fator 3 (Desengajamento involuntário e voluntário) do COPE-H para o Grupo 1 (6-9 anos e 11 meses) e para o grupo 2 (9-12 anos e 11 meses) (N = 133).

Em crianças de 6 anos (G1), há um aumento do *coping* de desengajamento, considerando as crianças classificadas como *médio*, *médio superior* e *superior*. É possível verificar ainda que o *coping* de desengajamento tende a diminuir com o aumento da idade, uma vez que a quantidade de crianças com uma classificação *superior* para desengajamento diminui com a idade, principalmente após os 9 anos (Figura 27).

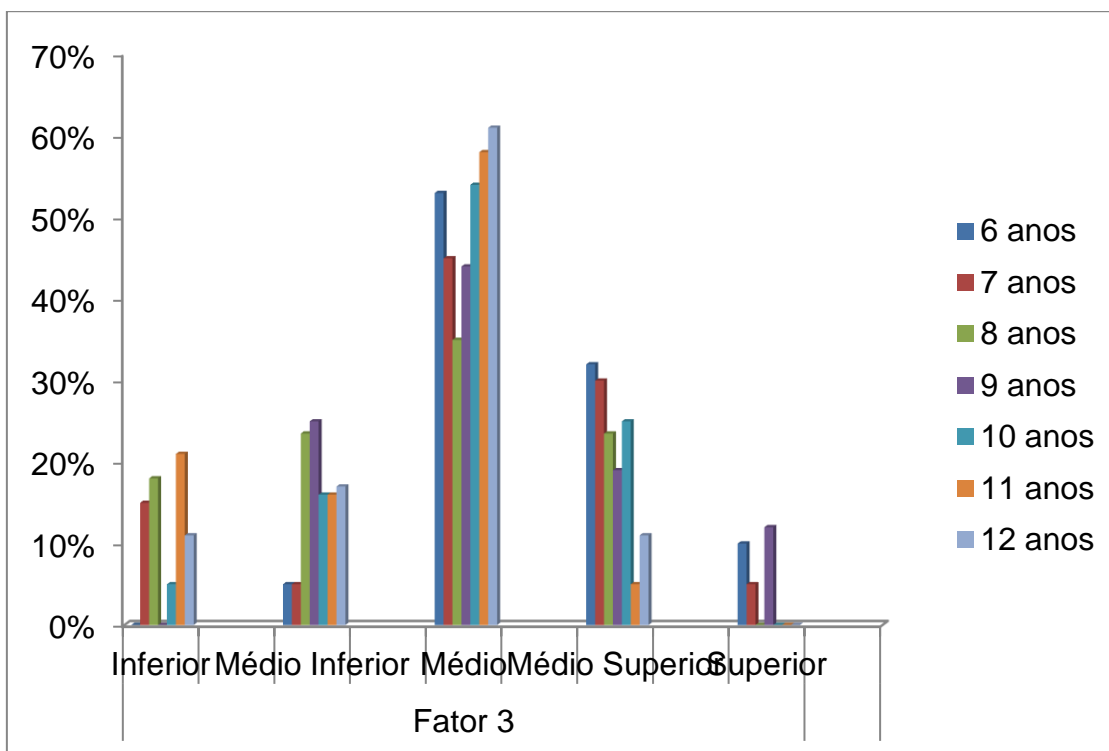


Figura 27. Porcentagem de estratégias de enfrentamento por idade, no Fator 3 (Coping de Desengajamento Involuntário e voluntário) do COPE-H, em crianças hospitalizadas.

Com relação ao pós-coping avaliado pela Escala COPE-H, as crianças relataram que as EE que possuem a maior eficácia são as EE do pós-coping do Fator 2 (adaptativo da hospitalização), conforme Tabela 29.

Tabela 29. Frequência do Pós-Coping segundo a escala COPE-H

Pós-Coping	Frequência	Média do Pós-Coping	Desvio Padrão do Pós-Coping
Pós-Coping do Fator 1 (Mal Adaptativo)	3369	25,33	6,14
Pós-Coping do Fator 2 (Adaptativo)	4810	36,17	9,19
Pós-Coping do Fator 3 (Desengajamento Involuntário e Voluntário)	1200	9,02	4,14

Neste sentido, foi possível verificar que os dados apontaram que as crianças possuem mais EE adaptativas do que mal adaptativas da hospitalização, considerando que a maioria das crianças foi classificadas como abaixo da média no Fator 1 (*Coping* mal adaptativo da hospitalização), na média ou acima da média para o Fator 2 (*Coping* adaptativo da hospitalização), e na média para o Fator 3 (*Coping* de desengajamento involuntário e voluntário). É importante ainda ressaltar, que ao classificar o *coping* de acordo com a idade, verificou-se que com o aumento da idade há uma diminuição de EE mal adaptativas e de desengajamento involuntário e voluntário.

Serão apresentados dois casos para ilustrar como é feita a interpretação dos dados, bem como a importância das normas. Os critérios de escolha dos casos foi buscar crianças com o mesmo diagnóstico, porém de idades diferentes, de forma que para a interpretação dos escores fosse necessário o uso de tabelas diferentes, mostrando assim a importância das normas.

3.2.1.1 Descrição dos casos

3.2.1.1.1 Descrição de Caso 1

Ana Luiza⁸, 8 anos, natural de Vitória-ES, estudante, no período da coleta estava hospitalizada há três dias no Hospital Infantil Nossa Senhora da Penha devido a um trauma na perna após uma pequena queda. A criança possui osteogênese, que foi diagnosticada nos primeiros meses de vida. Essa doença se caracteriza pela fragilidade dos ossos, que quebram com enorme facilidade. A criança já foi internada outras três vezes, devido ao mesmo problema. Segundo a mãe, Ana Luiza é uma criança tranquila, carinhosa, não

⁸ Nome fictício

possui problemas de aprendizagem ou de comportamentos. Ana Luiza faz uso de medicamentos para dor enquanto aguarda cirurgia.

Durante o processo de avaliação do enfrentamento da hospitalização, Ana Luiza se mostrou bastante colaborativa e interessada. Respondeu, inicialmente, ao termo de assentimento da pesquisa e, posteriormente, à escala de dor, apontando nível 2 (leve). O COPE-H foi respondido em 25 minutos e toda a aplicação da escala foi gravada e transcrita para análise dos dados. O protocolo de respostas também foi preenchido no momento da aplicação do COPE-H e, posteriormente, a frequência de cada item foi transcrita para o protocolo de correção e interpretação da escala.

Os comportamentos de *coping* mais frequentes foram "sentir-se triste", "pensar em fugir", "sentir medo", "assistir televisão" e "rezar e orar". Os comportamentos menos referidos por Ana Luiza foram "se esconder" e "sentir raiva".

A soma das frequências foi realizada, de forma que, no Fator 1, o escore bruto foi de 68. No Fator 2, o escore bruto foi de 52 e no Fator 3, o escore bruto foi 22. Esses escores foram transformados em percentis, de acordo com as Tabelas para normas gerais: Tabela 35 (Fator 1), Tabela 36 (Fator 2) e Tabela 37 (Fator 3). Também foram verificados os percentis de acordo com as normas por idade, através das seguintes Tabelas: Tabela 38 (Fator 1), Tabela 39 (Fator 2) e Tabela 40 (Fator 3). Segue abaixo Tabela 30, mostrando os resultados e a classificação do escore do percentil.

Tabela 30. Resultados e classificação dos percentis no COPE-H para o caso 1

Fator	Escore Bruto	Percentil normas/gerais	Percentil - normas /idade	Classificação segundo normas gerais e por idade
Fator 1- <i>Coping</i> mal adaptativo	68	89,5	88,9	Médio Superior
Fator 2 – <i>Coping</i> adaptativo	52	36,1	41,7	Médio
Fator 3- <i>Coping</i> de desengajamento involuntário e voluntário	22	91,0	94,4	Médio Superior

Os resultados mostram que Ana Luiza, apesar de possuir resultados dentro da média para o *coping* adaptativo (Fator 2), possui uma quantidade grande de EE mal adaptativas (Fator 1) e, principalmente, de *coping* de desengajamento involuntário e voluntário (Fator 3).

É importante atentar-se para as diferenças entre percentis nas normas gerais e nas normas por idade, principalmente, para o terceiro fator. Apesar da classificação não ter mudado, um pequeno aumento na frequência do Fator 3, teria classificado a criança em superior nas normas por idade, mostrando assim, a importância das normas por idade.

A análise de cada uma das respostas em cada um dos três fatores, permite verificar que a criança apresentou no Fator 1, uma frequência de "quase sempre" e "sempre" nas EE de *Desamparo*, *Submissão*, *Oposição*, *Fuga* e *Delegação*. Ao mesmo tempo, apresentou no Fator 2, a mesma frequência de *Autoconfiança*, *Busca de Suporte* e *Resolução de Problemas*. No Fator 3, apresentou EE de *Fuga*. Ou seja, Ana Luiza apesar de apresentar EE adaptativas, apresentou uma quantidade maior de EE mal adaptativas.

3.2.1.1.2 Descrição de Caso 2

Daniel¹, 12 anos, natural de Vitória-ES, estudante, mora com os pais e não possui irmãos. Estava hospitalizado há 12 dias no Hospital Infantil Nossa Senha da Glória devido a um trauma no braço, aguardando cirurgia. Possui osteogênese, diagnosticado após o nascimento. Já foi hospitalizado oito vezes, sendo que duas delas foi para cirurgias. De acordo com os pais, Daniel sempre foi muito agitado, o que segundo eles, ocasionava os traumas. Já ficou reprovado devido às faltas na época que precisou realizar a primeira cirurgia, ficando impossibilitado de andar.

Daniel respondeu o COPE-H após assinar o termo de assentimento e a escala de dor, que apontou nível 2 (leve). A aplicação da escala durou 29 minutos, foi gravada e transcrita para análise. Os protocolos de resposta e de correção e interpretação também foram preenchidos,

No COPE-H, Daniel relatou que quando está hospitalizado gosta de "brincar", "assistir televisão", "conversar", "sentir coragem" e "buscar informações" sobre seu tratamento. Ao mesmo tempo, diz que em alguns momentos tem comportamentos de *coping* menos frequentes como "sentir culpa".

Segundo as normas gerais do COPE-H, Daniel apresentou os seguintes resultados (Tabela 31).

Tabela 31. Resultados e classificação dos percentis de acordo com as normas gerais para o estudo de caso 2

Fator	Escore Bruto	Percentil normas/gerais	Classificação
Fator 1- <i>Coping</i> mal adaptativo	25	11,3	Médio-Inferior
Fator 2 – <i>Coping</i> adaptativo	74	92,5	Médio-Superior
Fator 3 – <i>Coping</i> de desengajamento voluntário e involuntário	05	18	Médio-Inferior

Ao analisar os mesmos dados de acordo com as tabelas de normas por idade (Tabela 41 - Fator 1, Tabela 42 - Fator 2 e Tabela 43 - Fator 3), tem-se os seguintes resultados, conforme descrito na Tabela 32.

Tabela 32. Resultados e classificação dos percentis de acordo com as normas por idade para o Estudo de Caso2

Fator	Escore Bruto	Percentil normas/idade	Classificação
Fator 1 – <i>Coping</i> Mal Adaptativo	25	8,2	Inferior
Fator 2 – <i>Coping</i> Adaptativo	74	82	Médio-Superior
Fator 3 – <i>Coping</i> de Desengajamento involuntário e voluntário	5	18	Médio-Inferior

Como houve diferença na classificação do percentil do Fator 1, optou-se por utilizar as normas por idade. Os resultados mostraram que Daniel possui poucas EE mal adaptativas e de desengajamento (Fator 1 e 3, respectivamente) e alta frequência de EE adaptativas (Fator 2). Ao analisar cada fator, verifica-se no Fator 1 e no Fator 3 que Daniel não respondeu "*quase sempre*" e "*sempre*" em nenhuma das EE, de forma que o nível mais alto apontado por ele foi "às vezes", nos itens cuja as estratégias eram: *Desamparo e Submissão* (Fator 1) e *Delegação* (Fator 3). Em contrapartida, no Fator 3 apresentou frequência alta nos itens nos quais as EE eram *Acomodação, Negociação, Busca de Suporte, Resolução de Problemas e Busca de Informação*.

Serão descritas, a seguir, as correlações significativas entre as variáveis dos instrumentos utilizados no processo de obtenção de evidências de validade. Estas relações foram estabelecidas através da análise de rede.

3.2.2 Relações entre as variáveis do estudo

Para verificar as correlações entre as variáveis de interesse foi utilizada a análise de rede (*network analysis*), com objetivo de analisar as relações existentes entre os instrumentos. Por se tratar de uma forma de análise que supera as principais limitações de outras técnicas analíticas, a Análise de Rede permitiu verificar outras formas de análise da Escala COPE-H. Utilizando modelos multivariados, recursivos ou não, e de séries temporais de modo simples, a Análise de Rede ainda inclui ferramentas avançadas da análise estatística, como as técnicas de reamostragem (Machado et al., 2015), diminuindo assim, as limitações dos estudos.

A Figura 28 mostra as correlações entre todas as variáveis utilizadas no presente trabalho: COPE-H, CBCL (6-18 anos), Kidcope, a entrevista com os profissionais e dos dados de caracterização da amostra e dos aspectos clínicos da criança. As linhas representam essas relações entre as variáveis e podem variar na espessura, de acordo com a força da associação (mais grossa a linha, mais forte a relação) e, também, na cor, indicando associações negativas (vermelhas) e positivas (verdes).

Foi possível verificar através da análise de rede, dois grandes blocos que não se correlacionam muito entre si, mas que possuem uma forte correlação dentro de si mesmo. Esses dois grande blocos foram: a) Variáveis medidas pelo CBCL (6-18 anos); e b) Medidas de *coping* e os dados de caracterização da amostra e os dados de caracterização dos aspectos clínicos das crianças.

A análise detalhada do primeiro conjunto de resultados do grafo da Figura 28 mostra uma correlação forte positiva entre Problemas de

externalização (PE), Comportamento agressivo (CompAgr), Transtorno de Oposição Desafiante (TOD), Problemas de Conduta (PC) e Comportamento opositor (CompOpos) – todas estas subescalas do CBCL (6-18 anos). Assim, esses problemas de comportamento tendem a ocorrer em conjunto, contribuindo para um quadro mais grave.

Da mesma forma, verificou-se outra forte correlação positiva entre Problemas de Atenção (ProbAten) e Transtorno de Hiperatividade e Déficit de Atenção (TDAH), e Problemas de Atenção com Problemas Totais, também do CBCL (6-18 anos), mostrando um conjunto de dificuldades relacionadas ao controle da atenção e concentração (Figura 28).

Ainda no primeiro conjunto de dados da Figura 28 os resultados gerais do CBCL (6-18 anos) - Problemas Totais - se correlacionaram positivamente com Problemas de sociabilidade (ProbSoc), Problemas com o pensamento (ProbPens) e com Problemas Internalizantes (PI). Ter problemas internalizantes, como ansiedade e depressão, se correlacionou fortemente com Queixas somáticas (QueSom) (dor, problemas físicos sem causa médica), Problemas afetivos (ProbAfet), como medo, e com sintomas de Ansiedade e de Depressão (AnsDep) (repetir as mesmas ações, roer unhas, sentir-se triste e sozinho).

No segundo conjunto de correlações da Figura 28, foi possível observar uma correlação positiva forte entre a presença de intercorrências médicas (Intercorr) durante a hospitalização, como dor, e o tipo de tratamento realizado (TipTrat) (medicamentoso ou cirúrgico).

A escolaridade dos pais (EscM e EscP) se correlacionou negativamente com os dados socioeconômicos (ABEP), de forma que a medida que aumentou

o nível econômico dos pais, houve a diminuição de sua escolaridade (Figura 28).

Outra correlação negativa nesse segundo conjunto de dados da Figura 28 diz respeito ao escore de Competências Sociais (Soc) com a mudança de comportamento (MudComp) registrada pelos profissionais de saúde após aplicação do COPE-H. Assim, apresentar comportamentos socialmente competentes, como capacidade de se comunicar, interagir e se divertir, se associa a mudanças comportamentais, como a busca por brincadeiras e músicas para distração. Este indicador dos profissionais, por sua vez, se correlacionou ainda com o pós-*coping* do Fator 1 (PCF1- *Coping* mal adaptativo), indicando que crianças que analisam as EE mal adaptativas percebem que as mesmas não são eficazes e, por isso, tendem a mudar seu comportamento na tentativa de ter *coping adaptativo*.

A dimensão de *coping* ativo (Ativ) do Kidcope (p. ex.: estratégias de enfrentamento, como *resolução de problemas* e *busca de suporte social*) se correlacionou com o pós-*coping* do Fator 1 (PCF1-*Coping* Mal adaptativo) (p. ex.: não eficácia de macrocategorias de *coping* como Oposição e Desamparo) e com o pós-*coping* do Fator 2 (PCF2- *Coping* Adaptativo) (ex.: eficácia do *coping* Autoconfiança e Busca de informação) da Escala COPE-H (Figura 28). Essas relações indicam que indivíduos que possuem EE ativas (Kidcope) percebem a eficácia de estratégias de *coping* adaptativo e a não eficácia do *coping* mal adaptativo.

O pós-*coping* do Fator 2 (PCF2- Pós-*coping* Adaptativo) do COPE-H, por sua vez, se correlacionou com o pós-*coping* do Fator 3 (PCF3 – Pós-*coping* de Desengajamento involuntário e voluntário), da mesma escala, mostrando que

os indivíduos julgam o *coping* adaptativo e o *coping* de Desengajamento, eficazes. Ainda, o pós-*coping* do Fator 3 se correlacionou positivamente com o pós-*coping* do Fator 1- *Coping* Mal adaptativo da Escala COPE-H, indicando que os indivíduos julgam que EE mal adaptativas não são eficazes, bem como EE de Desengajamento involuntário e voluntário. Verifica-se, assim, que houve uma correlação positiva entre o pós-*coping* dos três fatores do COPE-H (Figura 28).

O *coping* de evitação (Evit) do Kidcope, que inclui itens como "Fiz qualquer coisa como ver televisão ou jogar um jogo para ver isso" (item 2 da EE de distração), se correlacionou negativamente com o nível de gravidade da doença (GravDoen), de forma que a medida que a doença se torna mais grave, diminui as estratégias de *coping* de evitamento, segundo o Kidcope (Figura 28). O pós-*coping* do Fator 1- *Coping* Mal adaptativo da Escala COPE-H, que inclui a eficácia de EE relacionadas a macrocategorias de *coping* mal adaptativas, como Submissão, se correlacionou com a dimensão do *coping* negativo (*Neg*) do Kidcope, com itens como "Culpei-me por ter causado o problema" (item 6 da EE de autocrítico). Este último, por sua vez, se correlacionou com o *coping* mal adaptativo (Fator 1 [Maladapt]) da Escala COPE-H. Isto mostra que as duas medidas que avaliam o *coping* mal adaptativo (Fator 1 da Escala COPE-H e a dimensão do *coping* Negativo do Kidcope) se correlacionaram, mostrando a convergência do constructo e, ainda, que os indivíduos que possuem EE com desfecho mal adaptativo verificam a não eficácia desse tipo de *coping* (pós-*coping* do Fator 1) (Figura 28).

Houve ainda correlação negativa entre a dimensão do *coping negativo* do Kidcope e a presença de antecedentes clínicos (AntClín), de forma que, apresentar quadros clínicos anteriores, como outras internações, se associou a ter respostas de *coping* negativas, como EE de autocrítica ou culpar o outro. (Figura 28).

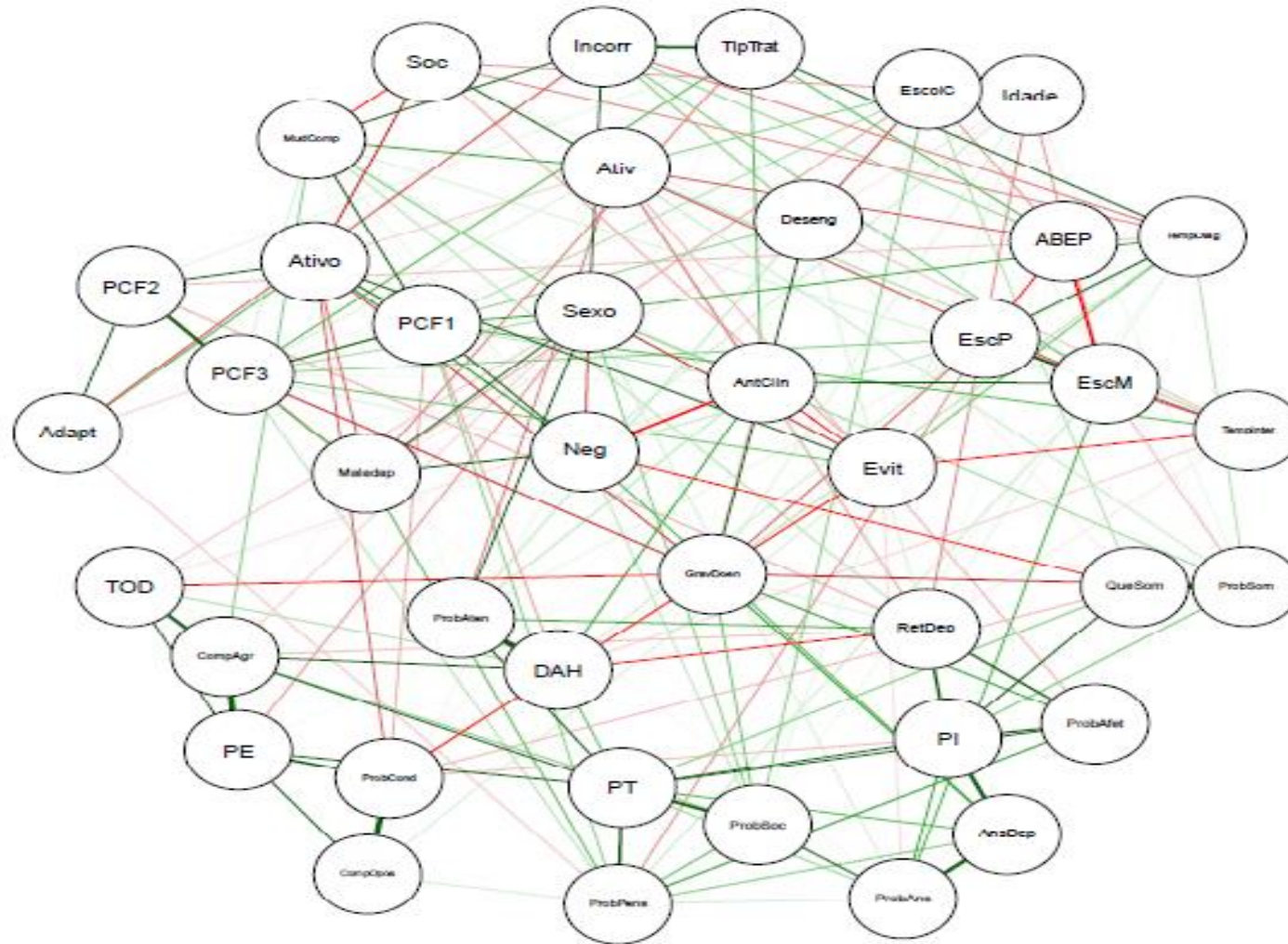


Figura 28. Correlação geral com todas as variáveis do estudo: CBCL/6-18, Kidcope, COPE-H e dados de caracterização da amostra.

Legenda: ABEP= dados sócioeconômicos da amostra; Adapt = Fator 2 do COPE-H (Adaptativo); AnsDep= Ansiedade e depressão da escala CBCL/6-18; Antclin= Presença de antecedentes clínicos; Ativ= Escore de escala de atividades da CBCL/6-18; Ativo= Dimensão do coping Ativo do kidcope; CompAgre= Comportamento agressivo da escala CBCL/6-18; CompOpos= Comportamento opositor da escala CBCL/6-18; Deseng = Fator 3 do COPE-H (Desengajamento involuntário e voluntário); EscM= Escolaridade das mães; EscolC= Escolaridade das crianças; EscP= Escolaridade dos pais; Evit= Dimensão do Coping Evitativo do Kidcope; Gravdoen= Gravidade da doença; Idade= Idade das crianças; Incorr= Presença de intercorrência; Neg= Dimensão do coping Negativo do Kidcope; Maladapt= Fator 1 do COPE-H (Adaptativo); Mudcomp= Mudança de comportamento; PCF1= Pós-coping do Fator1 da Escala COPE-H; PCF2= Pós-coping do Fator2 da Escala COPE-H; PCF3= Pós-coping do Fator3 da Escala COPE-H; PE: Problemas externalizantes da escala CBCL/6-18; PI= Problemas internalizantes da escala CBCL/6-18; PT= Problemas totais da escala CBCL/6-18; ProbAns= Problemas de ansiedade da escala CBCL/6-18; ProbAfet= Problemas afetivos da escala CBCL/6-18; ProbAten= Problemas de atenção da escala CBCL/6-18; ProbCond= Problemas de conduta da escala CBCL/6-18; ProbPens= Problemas de Pensamento da escala CBCL/6-18; ProbSoc= Problemas sociais da escala CBCL/6-18; ProbSom= Problemas Somáticos da escala CBCL/6-18; QueSom= Queixas somáticas da escala CBCL/6-18; RetDep= Depressão da escala CBCL/6-18; Sexo= Sexo das crianças; Soc= Escore de escala de competência social da CBCL/6-18; TDAH= Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade da escala CBCL/6-18; Tempdiag= Tempo de diagnóstico; TempInter= Tempo de internação; TipTrat= Tipo de Tratamento; TOD= Transtorno opositor desafiante da escala CBCL/6-18.

Nota. Linhas verde = correlação positiva; linhas vermelhas = correlação negativa; maior espessura da linha = maior correlação. Observa-se 2 grandes conjuntos de associações: a) variáveis medidas pelo CBCL (6-18 anos), como problemas internalizantes, problemas externalizantes, transtornos de comportamento, problemas de socialização e problemas de aprendizagem, dentre outros; e b) medidas de coping e os dados de caracterização da amostra e os dados de caracterização dos aspectos clínicos das crianças, como presença de antecedentes clínicos, tempo de diagnóstico, gravidade da doença, escolaridade, coping adaptativo, mal adaptativo, coping de desengajamento, pós-coping, dentre outros

Essas relações são também demonstradas pelo estudo de centralidade de cada nodo da rede, calculando-se três índices de centralidade: força (*strength*), proximidade (*closeness*) e intermediação (*betweenness*) entre as variáveis. A medida *betweenness* pode ser descrita como o quanto uma variável media qualquer outra variável; a medida *closeness* verifica quais variáveis têm o maior número de ligações com outras variáveis na rede; e a medida *strength* diz respeito à força dessas ligações (Machado et al., 2015). Para realizar essa análise, foi utilizado o programa Plataforma R, Pacote graph, que calcula essas três medidas de centralidade. Foi calculada ainda a medida *zhang*, que é um coeficiente que mede o agrupamento dos nodos, ou seja, o

quanto aquela variável tende a aglutinar outras variáveis que estão em torno dela (Zhang & Horvath, 2005).

Conforme a Figura 29, as variáveis que mais conectam outras variáveis (*betweenness*) são: nível de gravidade da doença, escore de problemas totais do CBCL (6-18 anos), pós-*coping* mal adaptativo e *coping* negativo (Kidcope). Já as variáveis que têm maior proximidade (*closeness*) com outras variáveis são: nível de gravidade da doença, antecedentes clínicos e dimensão do *coping* negativo (Kidcope). A medida de força dessas ligações mostra que Problemas totais e Problemas de Internalização (CBCL/6-18 anos) são as medidas que possuem maior força (*strength*), indicando que essas variáveis possuem maior força de correlações. O coeficiente *zhang* apontou que as variáveis Transtorno opositor desafiador (TOD) e comportamento Opositor (ambos da CBCL/6-18) possuem maior atratividade com as outras variáveis que estão em torno delas, como o comportamento agressivo.

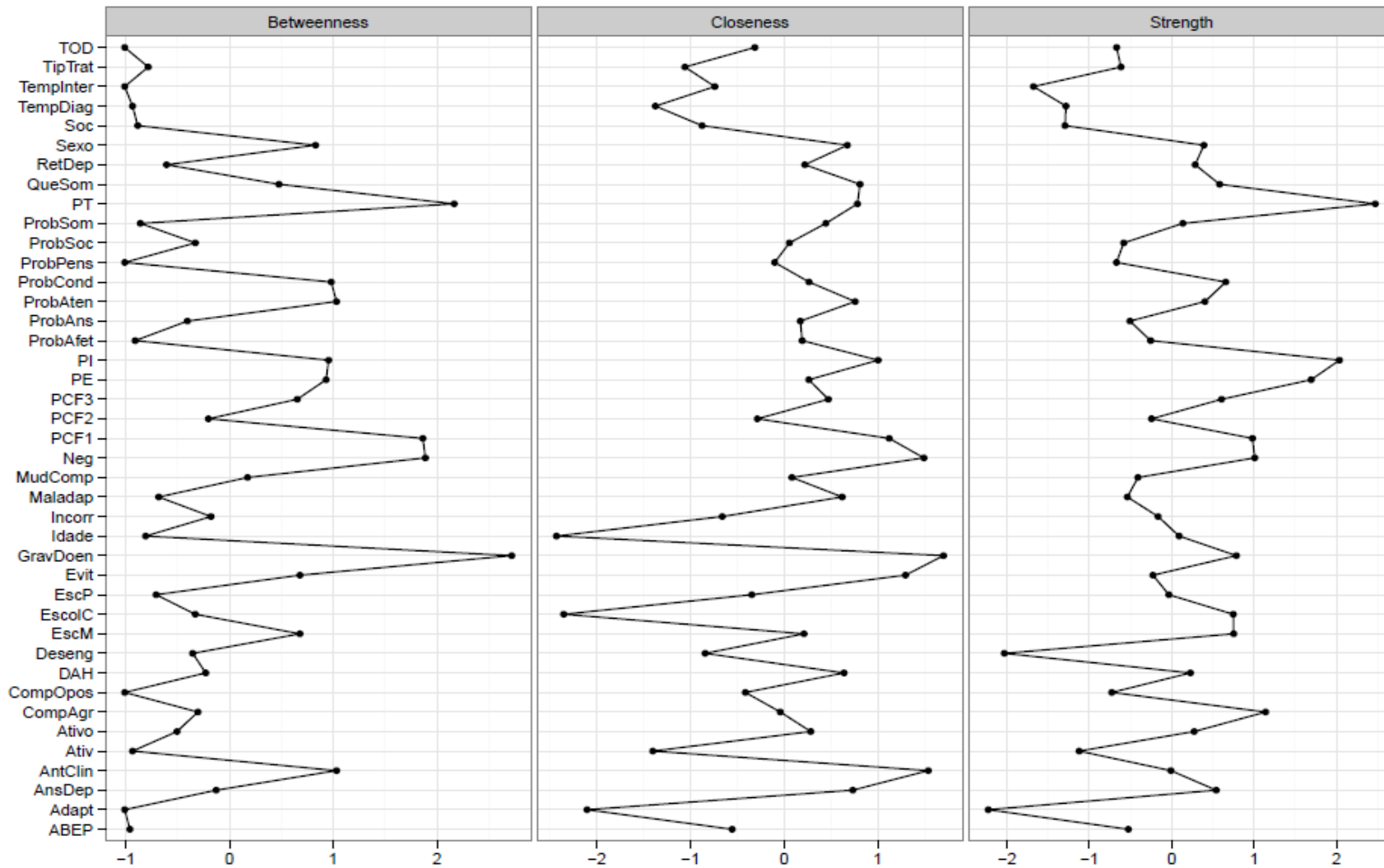


Figura 29. Gráficos de centralidade com todas as variáveis do estudo de validação do COPE-H.

4. DISCUSSÃO

Este estudo teve por objetivo adaptar e obter evidências de validade para a Escala de Coping da Hospitalização (COPE-H), proposta originalmente por Motta e Enumo (2002, 2004a, 2004b) para crianças com idade entre 6 e 12 anos, elaborando-se agora também uma versão para os cuidadores (Escala COPE-H Cuidador). O COPE-H é o único instrumento para avaliação do *coping* da hospitalização em crianças publicado em língua portuguesa, havendo outros estudos internacionais que avaliam esse constructo (Li et al., 2010; Spirito et al., 1988). Ambas as escalas desenvolvidas por Li et al. (2010) e Spirito et al. (1988), CBC-CC e Kidcope, respectivamente, avaliam o *coping* da hospitalização através de estratégias divididas em *coping* focado no problema e focado na emoção, de acordo com categorização proposta por Lazarus e Folkman (1984) e possuem uma quantidade reduzida de itens (cinco na escala CBC-CC e 15 na escala Kidcope). As EE utilizadas pela escala CBC-CC são *busca de suporte, resolução de problemas, fuga, distanciamento e autocontrole*. Já o Kidcope, por ter um número maior de itens, possui outras estratégias, como *isolamento, regulação emocional, reestruturação cognitiva*, dentre outras. A Escala COPE-H contém 20 cenas de respostas de *coping* no ambiente hospitalar, algumas com caráter adaptativo, como *conversar e sentir coragem* e outras mal adaptativas, como *pensar em fugir e sentir-se triste*. Com desenhos coloridos, em sua versão para meninos e para meninas, tem sido aplicada no contexto hospitalar em crianças com vários problemas de saúde: câncer (Hostert et al., 2015; Lima et al., 2014; Motta & Enumo, 2002, 2004a, 2004b, 2005; Motta et al., 2006; Motta et al., 2015); *coping* da dor em crianças com anemia falciforme (Oliveira, Garioli, Felizardo, Paula, & Enumo, 2011);

coping de crianças em situação de internação pré-cirúrgica (Carnier et al., 2015); *coping* da internação em pediatria geral (Moraes & Enumo, 2008). Tem gerado estudos no país e em Portugal (Lima et al., 2014).

Sua proposição decorreu do fato do processo de hospitalização estar relacionado a consequências socioemocionais adversas em crianças, como problemas de autoestima, ansiedade, depressão, medo, isolamento, regressão, apatia, tristeza, e agressividade (Alves et al., 2006; Andraus, 2005; Castro, 2007; Coyne, 2006; Small et al., 2009; Li et al., 2010). As reações decorrem do afastamento das atividades do cotidiano (brincar e estudar, por exemplo), da separação dos pais e da exposição a procedimentos médicos invasivos, responsáveis por gerar medo, raiva, tristeza, entre outras emoções negativas (Barros, 2003; Crnković et al., 2009; Haiat et al., 2003). Esse processo de hospitalização tem impactos também no curso da doença e do tratamento (Oliveira et al., 2012), assim como tem consequências no desenvolvimento da criança após a alta hospitalar (Karling, 2006; Small et al., 2009). Estudos mostram que internações extensas (superiores a sete dias) ou traumáticas na infância podem ter sequelas emocionais e comportamentais que perduram durante dez anos, segundo revisão de Small et al. (2009).

As crianças diferem em termos de reações, dependendo da idade, sexo, traços de personalidade, tipo e severidade da doença, do quanto os sintomas são desagradáveis, tipo de tratamento, ambiente do hospital, e de como a equipe médica trata o paciente (Crnković et al., 2009). Seu ajustamento ao hospital depende da etapa de desenvolvimento, da frequência, duração da hospitalização, da ligação da criança com as mães (pais) e como os pais reagem à hospitalização. As dificuldades que emergem durante o período em

que a criança está no hospital é chamada de “hospitalismo”. Este é um estado caracterizado pelo desenvolvimento atrasado de habilidades motoras finas e grossas, assim como na fala e no desenvolvimento mental (Spitz, 1998). Por isso, entender como as crianças enfrentam o processo de hospitalização, é importante para a proposição de medidas interventivas adequadas e que previnam essas consequências.

Considerou-se, assim, que uma forma de estudar esse processo está na identificação e análise das estratégias de enfrentamento apresentadas pelas crianças nesse ambiente. Apesar de existirem escalas de *coping* para crianças e adolescentes com doenças, a exemplo do Kidcope, *Coping Strategies Questionnaire for Children (CQS-C)*, *Pediatric Pain Coping Inventory (PPCI)*, *Pain Response Inventory (PRI)*, *Pain Coping Questionnaire (PCQ)*, *Coping with a Disease (CODI)* (vide revisões de Blount et al., 2008 e de Lemétayer & Chateaux, 2008), Compas et al. (2012) consideram que é necessária uma especificação e mensuração cuidadosa dos aspectos da doença e seu tratamento. No contexto hospitalar, os principais estressores são: a separação dos pais e familiares, procedimentos médicos, ambientes desconhecidos, intensa interação com pessoas desconhecidas, investigações e tratamentos, perda da autocontrole, dor, mutilação, e imobilidade (Coyne, 2006; Small et al., 2009). O estudo de Bossert (1994), identificou 337 eventos estressantes relacionados a procedimentos invasivos, sintomas físicos, intervenções terapêuticas, atividade restrita, separação e ambiente estranho.

Diante de tantos e complexos estressores, torna-se relevante uma avaliação específica e cuidadosa acerca dos aspectos relacionados ao estresse e ao enfrentamento da condição de hospitalização e doença em

crianças e familiares. Nesse sentido, estudar o *coping* permite entender quais são os mecanismos psicológicos envolvidos na superação das adversidades, sendo possível pensar em intervenções que atuem na construção de possíveis trajetórias de desenvolvimento mais adaptativas, gerando, assim, melhor qualidade de vida (Ramos et al., 2015).

No Brasil, algumas pesquisas têm se dedicado ao estudo dessa temática, com diversos objetivos: analisar o *coping* de crianças (Carnier, 2010; Garioli, 2011; Hostert et al., 2015; Moraes & Enumo, 2008; Motta & Enumo 2002, 2004a, 2005; Motta et al., 2006; Oliveira et al., 2013). Entretanto, segundo Motta et al. (2015), ainda são poucos os estudos nacionais que se propõem a avaliar e analisar o *coping* da hospitalização. Ao verificar os estudos que tem como objetivo avaliar o *coping*, são achados o estudo de Balbinotti, Barbosa e Wiethaeuper (2006), com o Inventário Multifatorial de *Coping* para Adolescentes (IMCA-43), o estudo de Noriega, Albuquerque, Alvarez e Pimentel (2003), com a Escala Multidimensional de Estilos de *Coping* (EMEC), enquanto Seidl, Tróccoli e Zannon (2001) debruçaram-se sobre a Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP). Oliveira e Enumo (2015) encontraram o Kidcope (Spirito et al., 1988, adaptado para o português por Carona et al., 2010) e o AEH em revisão de estudos nacionais para avaliação infantil.

O AEH e sua versão informatizada (AEHcomp) foram classificados por Oliveira e Enumo (2015) como “[...] *um instrumento próximo de ser bem estabelecido*”, segundo critérios para avaliação da utilidade clínica dos instrumentos (Blount et al., 2008, p. 1204-1205), ao analisarem os instrumentos de *coping* usados em grupos de pesquisa no país. Ambas as versões do AEH

têm pelo menos dois artigos publicados em periódicos com revisão por pares (*peer-per-view*); contém instruções claras de aplicação, fornecidas quando solicitadas pelos interessados; mas sem parâmetro psicométricos, como validade e confiabilidade.

Apesar de ser um instrumento que avalia o *coping* da hospitalização infantil e de ter se mostrado adequado para avaliação do constructo do *coping* nesse e em outros contextos, algumas dificuldades foram identificadas ao longo das aplicações do AEH nesses anos. A última versão – o *Instrumento de Avaliação Informatizada do Enfrentamento da Hospitalização* – [AEHcomp] (Moares & Enumo, 2008; Motta & Enumo, 2010), introduziu um caráter qualitativo e teórico na análise das justificativas dadas pelas crianças às suas escolhas, adotando-se a Teoria Motivacional do *Coping* [TMC] (Skinner et al., 2003; Skinner & Wellborn, 1994; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007). Em termos práticos, este formato gerava dificuldades na aplicação, principalmente em crianças menores que apresentam menor repertório linguístico. Em termos teórico-metodológicos, a análise e interpretação das respostas das crianças segundo a TMC geravam dificuldades também para o pesquisador, dada a complexidade da abordagem teórica. Essas foram as questões centrais para a adaptação e a busca de algumas das validades do AEH, que passou a ser a Escala COPE-H. O formato de escala possibilita ao psicólogo e/ou pesquisador estabelecer comparações e diferenças nas EE de crianças brasileiras hospitalizadas, além de que, para a criança, é mais fácil de usar e compreender, representando um custo menor para a mesma, já que na versão anterior do COPE-H, a criança apresentava dificuldade ao ter que justificar a ocorrência ou não dos comportamentos demonstrados no instrumento, levando em consideração a dificuldade que a

criança pode apresentar em elaborar tal conteúdo que ainda não havia sido pensado ou discutido anteriormente à aplicação.

Alguns percursos e desafios metodológicos encontrados nessa adaptação, seja pela complexidade do fenômeno e pela dificuldade de sua mensuração, já foram alertados por Compas et al. (2012) e Skinner et al. (2003). Ao realizar a grande tarefa de avaliar mais de 100 estudos que se destinavam a medir o *coping*, Skinner et al. (2003) fizeram várias críticas a esses trabalhos, principalmente devido à simplificação conceitual do *coping*. De acordo com os autores, já que o *coping* é um processo dinâmico, sua avaliação também deveria ser, de forma a combinar várias medidas que o avaliassem de diversas formas, como autorrelatos, observação e entrevistas. Assim, instrumentos padronizados para um determinado contexto e população, tais como as escalas, poderiam oferecer uma avaliação rápida e que fosse possível a comparação desses dados com outras pesquisas, de forma contribuir para o avanço da área dos estudos de *coping*. Entretanto, segundo Ramos et al. (2015), há poucos instrumentos especificamente delineados a partir das proposições da TMC, tais como: avaliação do *coping* em crianças (Skinner & Wellborn, 1997); avaliação da percepção de controle (Skinner, Chapman, & Baltes, 1988; Skinner, Wellborn & Connell, 1989); avaliação do engajamento escolar (Marchand & Skinner (2007); Skinner, Kindermann, & Furrer, 2009); e avaliação da interação pais-crianças (Skinner, Johnson, & Snyder, 2005).

A discussão dos resultados obtidos nesse processo de validação do COPE-H será apresentada em duas partes. Inicialmente, será discutido o processo de adaptação e análise psicométrica da Escala COPE-H e da Escala

COPE-H Cuidador e, posteriormente, será discutido a o *coping* de crianças hospitalizadas baseado na escala validada.

4.1 Discussão da análise psicométrica da Escala COPE-H e da Escala COPE-H Cuidador

Na adaptação do Instrumento de Avaliação das Estratégias de Enfrentamento da Hospitalização (AEH) para o formato de escala (COPE-H), as 20 cenas respondidas em formato de escala de quatro pontos foram reduzidas para 17, correspondendo às principais categorias de *coping* de alta ordem propostas pela TMC – *brincar (Acomodação)*, *chorar (Desamparo)*, *sentir raiva (Oposição)*, *assistir televisão (Acomodação)*, *se esconder (Fuga)*, *sentir-se triste (Isolamento)*, *rezar/orar (Busca de Suporte)*, *desanimar (Desamparo)*, *fazer acordo (Negociação)*, *pensar em fugir (Fuga)*, *conversar (Busca por suporte)*, *ouvir música (Acomodação)*, *sentir culpa (Submissão)*, *sentir medo (Submissão)*, *sentir coragem (Autoconfiança)*, *tomar remédio (Resolução de problemas)* e *busca de informação (Busca de informação)*. Foram refeitos os desenhos e submetidos à opinião de especialistas, que ajudaram a adequar o conteúdo e a forma dos desenhos ao contexto hospitalar. A cada uma dessas cenas respondidas pela criança em termos de frequência de ocorrência, foram propostas perguntas complementares, procurando apreender a função psicológica da resposta de *coping*. Assim, o novo formato do COPE-H incorporou as vantagens de uma escala, tais como a estruturação dos itens e a padronização, totalizando 66 itens associados a essas 17 cenas.

Para que os itens fossem construídos de forma adequada, todos os critérios pontuados por Pasquali (1999) foram respeitados, conforme descrito

no Método. O constructo teórico que embasou os itens da escala foi a TMC (Skinner et al., 2003; Skinner & Wellborn, 1994, Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007). A escolha dessa teoria se deveu ao fato de ser considerada como mais abrangente, já que ela possui uma perspectiva desenvolvimentista. A TMC (Skinner et al., 2003; Skinner & Wellborn, 1994; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007) permite identificar os padrões de *coping* que estão relacionados a cada idade, além de verificar o impacto dessas EE ao longo do desenvolvimento (Aldwin, 2011). A revisão de Zimmer-Gembeck e Skinner (2011) mostra a importância das mudanças desenvolvimentais na escolha das EE de crianças de diferentes grupos etários, de forma a evidenciar as principais EE utilizadas pelas crianças e adolescentes em diferentes faixas de idade. A consideração de aspectos desenvolvimentais do *coping* justifica e torna relevante o uso da TMC na composição dos itens da Escala COPE-H.

Dessa forma, foram elaborados 66 itens para compor a Escala COPE-H. O primeiro estudo foi desenvolvido visando à busca de evidências de validade de conteúdo. Este tinha como objetivo verificar a dimensão teórica, a pertinência teórica e prática de cada um dos itens, bem como a adequação da linguagem para a amostra em questão, conforme descreve Pasquali (2010). Para tanto, foi realizada a análise de cada item, através de cinco juízes peritos na área de *coping*, de forma que foi possível decidir acerca da manutenção, exclusão e reformulação dos itens antes da aplicação do instrumento.

Durante o desenvolvimento da Escala COPE-H, um dos pontos discutidos no processo de validação de conteúdo, foi o número e a qualificação desses juízes. Segundo Lynn (1986), é importante a escolha de um número mínimo de cinco juízes, sendo que, deve-se levar em consideração as

características do instrumento, a formação desses peritos, a qualificação e a disponibilidade deles durante o processo (Grant & Davis, 1997; Pasquali, 2010). A literatura destaca que é importante que o juiz/perito tenha experiência clínica, que ele pesquise sobre o tema, e que tenha entendimento suficiente na estrutura conceitual envolvida e na metodologia sobre a construção de questionários e escalas (Davis, 1992). Indica-se também a inclusão de pessoas leigas relacionadas com a população do estudo, de forma a assegurar a correção de frases e termos que não estão muito claros (Rubio, Berg-Weger, Tebb, Lee, & Rauch, 2003; Tilden, Nelson, & May, 1990).

Nesse processo de validação da Escala COPE-H, todos esses critérios citados por Davis (1952) foram respeitados. Para a escolha dos juízes, foi considerada a experiência com elaboração e uso de escalas, com o constructo do *coping* baseado na TMC e a experiência clínica no contexto hospitalar. Após essa avaliação dos juízes, foi realizado um estudo-piloto com a primeira versão da escala, contemplando assim, o que a literatura discute sobre a obtenção de evidências de validade de conteúdo.

De acordo com Alexandre e Coluci (2011) e Alves, Souza e Baptista (2011), os especialistas devem auxiliar no processo de construção de uma escala de forma a avaliar se o conteúdo dos itens foi selecionado de forma cuidadosa. Para isso, cada item é julgado individualmente, tornando-se um procedimento essencial na construção de novas medidas. É recomendado que essa etapa seja realizada antes da aplicação do instrumento no formato final na amostra selecionada. Para verificar a análise que os juízes realizaram sobre os itens, foi utilizado o Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC), que mostra a concordância entre os juízes (Hernández-Nieto, 2002).

Os resultados indicaram evidências de validade de conteúdo favoráveis, a partir do método descrito, confirmando assim a adequação da escala ao conteúdo que ela pretende avaliar, o *coping*, já que obteve 100% de concordância entre os cinco juízes. Os juízes concordaram que todos os 66 itens eram pertinentes, tanto no que diz respeito à prática do psicólogo no contexto hospitalar, quanto de acordo com a TMC. Com relação à clareza de linguagem, ao final do processo de validação de conteúdo, todos os itens foram considerados suficientemente claros para a população infantil. Porém, ao longo desse processo, algumas reformulações foram necessárias.

Assim, é importante ressaltar que os itens que foram inicialmente avaliados com CVC inferior a 1 quanto à sua linguagem, foram todos revistos de acordo com as considerações dos juízes. Esta etapa foi importante para a validação do instrumento, pois as sugestões serviram para facilitar a compreensão dos itens do COPE-H. Assim, todas as sugestões dos juízes foram aceitas e incorporadas aos itens por serem úteis e relevantes para o aprimoramento da escala.

Os itens que não tiveram 100% de concordância quanto à sua dimensão teórica, foram retirados da escala ou reformulados, pois alguns itens foram classificados em várias dimensões teóricas (macrocategorias de *coping*) diferentes, mostrando assim a dificuldade do juiz em classificar aquele item somente em uma dimensão teórica. Segundo Skinner et al. (2003), a construção de uma escala que avalie o *coping*, segundo a TMC, precisa levar em consideração a complexidade desse constructo, de forma que, como já foi descrito, entre outros aspectos a serem considerados, considera-se que as categorias devem ser mutuamente exclusivas. Como nesses itens tal fato não

ocorreu, optou-se por retirá-los da escala e construir outros itens que contemplassem todas as macrocategorias de *coping* propostas por Skinner et al. (2003). Sendo assim, considerou-se que a retirada desses itens não trouxe prejuízos para o COPE-H, pois houve o entendimento de que todas as 12 macrocategorias de *coping* foram contempladas através de outros itens que descreviam sua funcionalidade por meio de diferentes EE.

Assim, pode-se concluir que, com a análise de juízes, foi possível verificar as evidências de validade de conteúdo, indicando quais itens poderiam gerar confusão na aplicação. Dessa forma, por meio dos ajustes proporcionados, aprimorou-se a escala de forma a garantir a representatividade da TMC no conteúdo dos itens.

Também é importante considerar, nesse processo, o estudo-piloto realizado após a finalização da avaliação dos juízes. De acordo com Pasquali (1997), em um estudo-piloto voltado para verificar a viabilidade de uma escala, deve ser considerado o estrato mais baixo de habilidade da população-alvo, bem como uma parcela de maior habilidade, sendo possível verificar se há dificuldade no entendimento do instrumento. Para que fosse respeitado o critério de análise da habilidade da população-alvo, foram verificadas crianças de todas as faixas etárias e seus cuidadores.

O estudo-piloto é sempre importante quando é preciso verificar questões metodológicas, pois possibilita possíveis alterações no instrumento na fase que antecede a investigação em si. De acordo com Canhota (2008) e Mackey e Gass (2005), a importância de conduzir um estudo-piloto está na possibilidade de testar, avaliar, revisar e aprimorar os instrumentos e procedimentos de

pesquisa. Realiza-se esse tipo de estudo com o objetivo de descobrir problemas, de forma a resolvê-los antes da implementação da pesquisa.

Dessa forma, após o estudo-piloto, os resultados apresentados confirmaram, novamente, as evidências de validade de conteúdo da escala, já que não houve dificuldade no entendimento dos itens. Haynes, Richard e Kubany (1995) comentam que a “avaliação de conteúdo” é uma etapa imprescindível no desenvolvimento dos instrumentos, pois é o início da associação de conceitos abstratos com indicadores comportamentais que podem ser mensuráveis. A validade de conteúdo, de modo geral, pode ser definida como o grau em que cada item de um instrumento é relevante e representativo de um constructo específico (Alexandre & Coluci, 2011; Haynes et al., 1995). Assim, pode-se considerar que a escala COPE-H possui evidências de validade de conteúdo, sendo, então, possível conduzir a busca por novas evidências.

Em seguida, deu-se início à busca de evidências de validade da estrutura interna. Para responder a Escala COPE-H, participaram 133 crianças, número este inferior ao que é proposto pela literatura (Pasquali, 1999). Esse número de participantes inferior ao que é proposto na literatura ocorreu devido à pequena quantidade de crianças, com idade de seis a 12 anos, hospitalizadas com permanência mínima de dois dias. Esse número reduzido de crianças que atendiam aos critérios de inclusão pode ser justificado, primeiramente, pelo fato de que, durante a coleta de dados, um dos hospitais em que estava havendo a coleta, passou por reformas, diminuindo a quantidade de leitos. Ademais, muitas crianças nessa faixa etária internam para pequenas cirurgias, não permanecendo muito tempo no hospital. De

acordo o Ministério da Saúde (2009), nos primeiros quatro anos de vida, a criança interna cerca de três vezes mais do que as crianças acima de cinco anos de idade, principalmente devido a doenças respiratórias, infecciosas, digestivas e genéticas. Após os cinco anos de idade, há uma diminuição desses casos e um pequeno aumento de internação somente por causas externas, como traumas. Ressalta-se que foi possível verificar esse padrão de internação de acordo com a idade durante a coleta de dados, o que dificultou o aumento do número de participantes da pesquisa. A maioria das crianças da amostra foi internada devido a traumas por quedas, como sugere a literatura, e devido à apendicite. Apesar do número de participantes ter sido inferior ao que é descrito na literatura como sendo ideal, ou seja, no mínimo cinco participantes por item (Pasquali, 1999), foi possível encontrar evidências de validade de estrutura interna com uma amostra de 133 crianças.

Para verificar a estrutura interna da Escala COPE-H, foi feita a Análise Fatorial dos itens (Floyd & Widaman, 1995). A análise fatorial exploratória (AFE) tem sido um dos procedimentos estatísticos mais comumente utilizados no desenvolvimento, avaliação e refinamento de instrumentos psicológicos (Floyd & Widaman, 1995). Pode-se definir a AFE como um conjunto de técnicas estatísticas multivariadas que tem como objetivo encontrar a estrutura subjacente em uma matriz de dados e determinar o número e a natureza das variáveis latentes, ou seja, determinar os fatores que melhor representam um conjunto de variáveis observadas, que numa escala são os itens (Brown, 2006). Ao analisar a estrutura dos itens, a AFE define os fatores que melhor explicam a sua covariância (Hair, Anderson, Tatham, & Black, 2005), de forma que os itens pertencem a um mesmo fator quando compartilham de uma

variância em comum, significando que teriam por base o mesmo constructo teórico.

Na Escala COPE-H, através da AFE, foi possível encontrar três grandes fatores. O Fator 1, com itens que descrevem EE e macrocategorias de *coping* mal adaptativas, ou seja, são itens que descrevem situações de ameaça às três necessidades básicas de Competência, Autonomia e Relacionamento (Skinner & Wellborn, 1994). O Fator 2 incluiu um conjunto de itens que explicam situações de desafio às necessidades básicas, sendo eles de *coping* adaptativo. O Fator 3 agrupou itens também com desfecho mal adaptativo, porém de forma a demonstrar situações de fuga e isolamento no contexto de hospitalização, considerados como *coping* de desengajamento, de afastamento do estressor. Assim, os fatores foram formados e nomeados de acordo com os itens que tinham maior carga fatorial em cada uma das dimensões, sendo então denominados de Fator 1 - *Coping* mal adaptativo da hospitalização, Fator 2 - *Coping* adaptativo da hospitalização e Fator 3 - *Coping* de Desengajamento Involuntário e Voluntário.

No Fator 1 – *Coping mal adaptativo da hospitalização*, apesar de envolver itens que descrevem um desfecho mal adaptativo, com ameaças principalmente à necessidade de Autonomia, mas também de Competência e de Relacionamento, os itens que apresentaram maior carga fatorial estão relacionados à ameaça à Autonomia da criança. Em outros termos, esse fator compõe itens que descrevem que, em resposta à avaliação das demandas que são potencialmente estressoras no contexto da hospitalização, as crianças ao reagirem, se sentem ameaçadas, principalmente, pela perda de autonomia. A necessidade de autonomia refere-se ao desejo e ao interesse de expressar

suas preferências, ações e formas de autorregulação e sua capacidade de agir diante do estressor (Skinner, 1992). No caso do contexto hospitalar, as restrições são de várias ordens, não apenas decorrente da rotina de atendimentos, mas também de ter que se afastar de familiares e amigos e de depender do outro para realizar atividades do cotidiano (Alves et al., 2006; Andraus, 2004; Castro, 2007; Coyne, 2006. Small et al., 2009). Ocorre ainda a ameaça a necessidade de relacionamento. De acordo com Skinner e Wellborn (1994) quando a necessidade de relacionamento não é atendida, temos como resultado do desenvolvimento, aspectos de baixa autoestima, sintomas de depressão e afastamento. De fato, se afastar de fontes de suporte afetivo e ainda ter que depender de pessoas com as quais a criança não possui vinculação afetiva, pode ameaçar a necessidade de relacionamento. As restrições da hospitalização limitam a tomada de decisão sobre como lidar com o estressor, e isso pode ser ainda mais agravado pela ameaça ao relacionamento.

Com o Fator 2 – *Coping adaptativo da hospitalização*, os itens com maior carga fatorial se relacionam simultaneamente às três necessidades básicas, de forma que compõe um estilo de *coping* que percebe o estressor como desafio especialmente à necessidade de Competência, mas também de Autonomia e de Relacionamento. A necessidade de competência diz respeito à capacidade que o indivíduo possui para observar-se como efetivo nas interações com os ambientes sociais e físicos. No hospital isso pode ser observado através de comportamentos de buscar informações sobre a doença e planejar formas de resolver o problema. Já a necessidade de relacionamento, mostra a tentativa de estar conectado a outras pessoas de forma a pertencer a

um meio social (Skinner, 1999). Assim, entende-se que esse fator mostra que diante do estressor, a criança reage de forma a percebê-lo como desafio ao seu próprio controle, autonomia e relacionamento com os outros. No contexto do hospital, crianças que utilizam *coping* adaptativo, se sentem seguras em termos de conexão com os outros, conseguem se relacionar e se adaptam ao ambiente e ainda, possuem comportamentos e atitudes que permitem escolher suas preferências (Skinner & Wellborn, 1994).

O Fator 3 – *Coping de desengajamento involuntário e voluntário* - foi composto por itens que descrevem os padrões de ação do indivíduo em termos de orientação motivacional, de afastamento do estressor, principalmente de forma involuntária, com macrocategorias de *coping* mal adaptativa, como *Fuga, Delegação e Submissão*. Esse tipo de enfrentamento aponta para um padrão de respostas pelas quais os indivíduos estão distanciados de pessoas e das possibilidades de desenvolvimento e sem possibilidade de fazer escolhas (Skinner, 1999). As crianças no hospital, que apresentam esse tipo de *coping*, ao invés de se engajarem nas situações, percebem que suas necessidades básicas estão sendo ameaçadas, e reagem de forma passiva, punitiva e rígida, com comportamentos de fuga, resistência e desistência, e emoções como raiva e medo (Skinner & Wellborn, 1994).

O Fator 3 incluiu itens que anteriormente eram descritos como EE adaptativas. Dessa forma, torna-se relevante discutir os itens cuja função foi alterada, a saber os itens 1, 2 e 3 da cena brincar, que eram anteriormente descritos nas macrocategorias Acomodação (item 1 e 2) e Autoconfiança (item 3). Com o item 60, da cena tomar remédio, também houve mudança na funcionalidade. Nesse caso, o item quando foi elaborado tinha a função de

Oposição (mal adaptativo). Entretanto, assim como os demais itens, o item 60 foi percebido como fuga ao contexto estressor, se estabelecendo no Fator 3.

De acordo com Saggese e Maciel (1996), o brincar se coloca como instrumento de recreação e como recurso terapêutico, sendo considerado um comportamento adaptativo *a priori*. Segundo Motta e Enumo (2004a), para a criança, o interesse e o uso da brincadeira estão associados ao efeito imediato que têm ao se divertir e se entreter. A criança ao brincar, consegue se aproximar de sua realidade anterior à hospitalização, a qual está acostumada, ao mesmo tempo que se afasta de sua situação atual. Esses dados corroboram com os resultados encontrados na mudança de funcionalidade dos itens relacionados ao comportamento de *brincar* da Escala COPE-H.

A análise fatorial distribuiu os itens relacionados ao comportamento de *brincar* no Fator 2 (*Coping adaptativo*) e no Fator 3 (*Coping de desengajamento Involuntário e voluntário*). Os itens 4 - "Eu procuro brincar para ficar mais alegre", 5- "Eu procuro brincar para controlar o que sinto de ruim no hospital" e 6- "Quando eu brinco, acho que diminui minha tristeza" que são itens que mostram a *autorregulação emocional* como EE adaptativas, permaneceram no Fator 2, como já era esperado. Já os itens 1 - "Quando estou no hospital, eu brinco" e 2 - "Eu brinco para passar o tempo", que tinham uma conotação anterior de *distração*, passaram a ter um desfecho mal adaptativo, pois foram identificados, através da análise fatorial, como *fuga* ao contexto estressor. O mesmo ocorreu com o item 3- "Quando eu brinco, até passa a vontade de chorar", que tinha anteriormente uma ideia de EE adaptativa, como regulação emocional, passou a ter um desfecho mal adaptativo, também sendo considerado como *Fuga*. Sendo assim, ao mesmo tempo que a criança se

diverte e regula sua emoção, o *brincar* também funciona no sentido de afastar o estressor naquele momento, de forma que ao invés de se engajar e se comprometer, o indivíduo acaba por assumir respostas involuntárias que levam a EE de evitação, passividade e fuga, considerado como *Coping* de Desengajamento (Skinner & Wellborn, 1994).

No entanto, os demais itens da macrocategoria *Acomodação*, relacionados a comportamentos de *assistir televisão* e *ouvir música*, permaneceram com essa funcionalidade. Tal fato pode estar relacionado ao contexto da hospitalização, já que esses comportamentos são mais frequentes por serem permitidos mesmo em situações em que os movimentos são restritos, sendo então reconhecidos pelos pacientes como possíveis de serem realizados. Nesse sentido, torna-se viável engajar-se nesse tipo de tarefa assumindo um comportamento motivado diante do estressor.

Ademais, o comportamento de *brincar*, por sua vez, acaba sendo restringido, não sendo considerado pelas crianças como possíveis de engajamento nesse ambiente. Segundo Caprini (2014), o sofrimento da criança pode interferir em sua habilidade de interagir ativamente com o objeto de distração, levando-a a uma EE pouco efetiva. Nesse caso, o comportamento de *assistir televisão* é percebido com eficaz e responsável por gerar emoção positiva, como felicidade e bem-estar, segundo essa autora.

Torna-se relevante ainda discutir os itens que obtiveram carga fatorial abaixo de 0,2, que foram os itens 55 - "Quando estou no hospital, eu tomo remédio" e 58 - "Eu tomo remédio porque assim eu posso ter alta e sair do hospital". A literatura discute que itens com carga fatorial abaixo de 0,3 devem ser retirados da escala Costello & Osborne (2005). Sendo assim, o item 55 e 58

deveriam ser excluídos. No entanto, optou-se por retirar somente o item o 58. A permanência do item 55, se deu pelo fato de ser o item disparador da prancha "tomar remédio", de forma que ao ser retirado, todos os outros itens desse comportamento também deveriam sair, e como esse comportamento sempre foi referido em todos os estudos que usaram o AEH (Garioli, 2011; Oliveira, 2013; Caprini, 2014; Motta, 2004a; 2007), optou-se por não retirá-lo da escala. Entretanto, como o item não obteve carga fatorial satisfatória, a sua análise não computará a sua frequência. Ele será utilizado somente para iniciar a aplicação dos itens desse comportamento, de forma que sua frequência (*nunca, um pouco, às vezes, quase sempre e sempre*) não será avaliada, respeitando assim a literatura.

A exclusão do item 58 também pode ser explicada pelo viés da literatura sobre o *coping*. Considera-se que o comportamento de *tomar remédio* não é uma escolha da criança e que, geralmente, esse comportamento vem acompanhado de procedimentos médicos invasivos. Segundo Caprini (2014), o comportamento de "tomar remédio", apesar de ser considerado *a priori* como uma ação instrumental que leva à resolução de problemas, não foi referido como eficaz, para um terço das crianças com câncer hospitalizadas. Além disso, para a maioria delas esse comportamento foi responsável por gerar emoções negativas. Na visão da criança, esse comportamento de tomar remédio nem sempre é eficaz, pois ele é repetido inúmeras vezes (Jacobsen et al., 1990).

É importante considerar aqui o índice de fidedignidade geral da escala e de cada um dos três fatores foi obtido através do alfa de Cronbach. Segundo Murphy e Davidsholder (1988), o índice de confiabilidade recomendável para

uma escala é acima de 0,7, sendo que de 0,6 a 07 é aceitável para instrumentos de autorrelato. Esse índice mostra o quanto esses itens estão relacionados entre si dentro de cada fator. O Fator 1- *Coping mal adaptativo da hospitalização*, com itens que descrevem o *coping* mal adaptativo teve um coeficiente considerado excelente (0,98). O Fator 2- *Coping adaptativo da hospitalização* obteve um resultado de 0,73, considerado bom; e o Fator 3- *Coping de desengajamento involuntário e voluntário*, com um índice de 0,69, é considerado satisfatório. Esses valores mostram que a Escala COPE-H, no geral, apresenta um bom índice de confiabilidade (Murphy & Davidshofer, 1988).

Há que se considerar, entretanto, a necessidade de mais estudos, com amostras maiores, a fim de melhorar a análise do Fator 3- *Coping de desengajamento involuntário e voluntário*. Apesar das cargas fatoriais dos itens terem ficado entre 0,3 e 0,8, o que é considerado alto, com boa representatividade e sem indicação de exclusão dos itens, pelo modelo da TMC havia a expectativa de que a estrutura interna do instrumento se dividisse em dois fatores, sendo um adaptativo e, outro, mal adaptativo. Levanta-se a hipótese de que a complexidade do constructo tenha dificultado sua discriminação empiricamente. Juntamente com o tamanho menor da amostra, considera-se sua heterogeneidade, com suas particularidades relativas aos diferentes diagnósticos, ao tempo do diagnóstico e de internação, à gravidade das doenças e ao motivo da hospitalização. Assim, há indicação de uma segunda análise da estrutura interna da escala, com amostras maiores e mais homogêneas; o que seria viabilizado pela continuidade dos estudos com o COPE-H, a fim de melhor analisar o Fator 3. Parte desse aprofundamento de

análise foi feita pela aplicação da análise de rede de comunidades. Esta mostrou que 10 dos 11 itens do Fator 3 ficaram no *cluster* de *coping* mal adaptativo (Comunidade 1), mostrando que, na base, este Fator 3 está composto funcionalmente por respostas de *coping* com potencial desfecho mal adaptativo. Dessa forma, pode-se entender que a Escala está organizada em dois conjuntos de itens – um conjunto de 30 itens com função de *coping* adaptativa e 36 itens com função mal adaptativa, nos quais se incluem respostas de afeto negativo, como tristeza, raiva, e medo, por exemplo.

Sendo assim, a Escala ficou com 65 itens, organizados em dois grandes conjuntos de respostas de *coping* adaptativas e mal adaptativas ao contexto da hospitalização, incluindo reações emocionais ligadas ao afeto negativo, confirmando a literatura da área (Crnković et al., 2009). A análise fatorial permitiu organizar os itens em três fatores, sendo um caráter adaptativo - o Fator 2- *Coping adaptativo*, percebido pela criança como desafio às necessidades básicas de Autonomia, Competência e Relacionamento, e dois fatores com caráter mal adaptativo - o Fator 1- *Coping mal adaptativo*, percebido como ameaça às necessidades básicas e o Fator 3 – *Coping de desengajamento involuntário e voluntário*, com itens que caracterizam as macrocategorias de *Fuga, Desamparo, Submissão e Delegação*, contendo um conjunto de respostas involuntárias, automáticas, de reatividade ao estresse, de afastamento dos estressores. E a análise de rede também mostrou este padrão de dois grandes conjuntos, um com itens adaptativos – Comunidade 2 - *Coping adaptativo da hospitalização* - e dois *clusters* com EE mal adaptativas: Comunidade 1 - *Coping mal adaptativo da hospitalização* e Comunidade 3- *Coping de desengajamento emocional* (afeto negativo).

Esse rearranjo dos itens, feito através da análise de rede, possibilitou uma nova leitura dos itens da Escala COPE-H, um pouco diferente e mais adequada teoricamente, já que mostrou de forma mais coerente os dados avaliados pelos juízes inicialmente. Assim, aqueles itens que eram julgados em categorias mal adaptativas ficaram agrupados na Comunidade 1, como era esperado. Os itens com funcionalidade adaptativa também se agruparam na Comunidade 2. A Comunidade 3 agrupou itens relacionados ao desengajamento emocional, com comportamentos que descrevem emoções negativas, como medo, raiva, culpa, desânimo e tristeza (afeto negativo), muito comum nesta população (Crnković et al., 2009). As diferenças encontradas entre os agrupamentos obtidos pela análise fatorial e de cluster foram observadas nos itens: 1 "Quando estou no hospital, eu brinco" e 2 " Eu brinco para passar o tempo", que na AFE também mudaram de funcionalidade. Antes da AFE e da Análise de Rede, ambos eram itens classificados em EE de *Distração*, dentro da categoria de ampla ordem *Acomodação*, assumindo a funcionalidade de *Fuga*. Estudos de Cohen (2002), Cohen et al. (2006) e Cramer-Berness e Friedman (2005) analisaram em crianças o efeito da distração em emoções negativas. No entanto, os resultados foram inconsistentes. Cramer-Berness e Friedman (2005) verificaram que atividades de distração podem ser eficazes quando o estressor é considerado leve. Assim, é possível que o comportamento de brincar, no contexto em que o estressor hospitalização não é considerado leve, não esteja sendo utilizado com a função de distração e sim, e de fuga. Nesse sentido, torna-se importante o resgate da importância do brincar no desenvolvimento infantil, principalmente no contexto da hospitalização, como um instrumento terapêutico (Saggese &

Maciel, 1996). De acordo com Mitre (2000), Burns-Nader (2011), Dalley & McMurtry (2016) e Potasz et al. (2013), o comportamento de brincar é uma possibilidade que a criança tem de expressar sentimentos, preferências e medos, além de ser uma forma de mediar situações que elas consideram ameaçadoras e de elaborar experiências desconhecidas ou desagradáveis.

A análise de redes fornece uma outra perspectiva de análise da estrutura do COPE-H, permitindo verificar a centralidade dos itens do COPE-H. Percebe-se que os itens 12 - "Eu tenho raiva porque não quero tomar injeção" e 19- "Eu me escondo porque tenho medo de tomar injeção", que são os itens que possuem mais pontes e proximidade com os outros itens, foram classificados na EE de *Oposição e Fuga* (ameaça às necessidades de Autonomia e de Competência, respectivamente), pertencentes ao Fator 1 (*Coping Mal adaptativo*).

O item 27- "Eu fico desanimado (a) porque estou doente, no hospital" também apresenta alta proximidade, sendo classificado dentro do Fator 1, com EE de *Desamparo*, indicativo de percepção de ameaça à necessidade de Competência. Já os itens que tiveram maior atratividade foram o item 10- "Eu choro porque acredito que isso nunca irá acabar", com EE de *Submissão*, indicativo de percepção de ameaça à necessidade de Autonomia; o item 22- "Eu quero ficar sozinho, isolado, porque ficar no hospital me deixa muito triste", relacionado a EE de *Isolamento*, percebido como ameaça à necessidade de Relacionamento; e o item 28- "Eu me sinto desanimado, sem esperança, porque eu não aguento mais ficar no hospital", com EE de *Desamparo*, indicando a percepção de ameaça à necessidade de Competência. Ambos os itens que tiveram maior atratividade (10, 22 e 28) fazem parte do Fator 1 (mal

adaptativo). O item 60- "Quando me dão remédio, eu tenho vontade de empurrar a enfermeira". que corresponde à EE de *Delegação*, com percepção de ameaça ao relacionamento, foi alocado no Fator 3 (*Coping de desengajamento involuntário e voluntário*). Nesse sentido, diante do estressor hospitalização, ao invés de enfrentar utilizando EE adaptativas, as crianças se sentem ameaçadas quanto às três necessidades básicas e se desengajam da tarefa, apresentando EE de *Fuga, Desamparo, Oposição e Isolamento*, por exemplo. Pode-se considerar que esses itens que possuem maior força, atratividade e proximidade são itens que quando estão presentes limitam os recursos de *coping* disponíveis. Sendo assim, é preciso verificar a necessidade dessas EE durante a avaliação, na tentativa de minimizar os efeitos ao longo do desenvolvimento.

Nesta primeira versão do COPE-H, a análise fatorial dos dados indicou a formação de três fatores que foram constituídos a partir das 12 macrocategorias de *coping* que compõem a TMC. Dessa forma, os resultados aqui discutidos nos permitem afirmar que o COPE-H teve evidências de validade de estrutura interna e bom índice de confiabilidade. Porém, sugere-se a continuidade da pesquisa com o objetivo de aumentar o tamanho da amostra e, conseqüentemente, sua variabilidade e possíveis novas representações dos fatores. No entanto, essa versão da escala poderá ser utilizada, já que se julga adequada, considerando que esta é sua primeira versão, sendo aprimorada a partir de novos estudos.

Da mesma forma, julga-se importante a continuidade da aplicação do COPE-H Cuidador, já que neste estudo não foi possível obter evidências de validade de estrutura interna do instrumento para os pais, o COPE-H Cuidador.

Tal fato pode ter acontecido devido à baixa adesão dos cuidadores na avaliação do *coping* da hospitalização das crianças que eles acompanhavam. Schultz (2007) aponta os impactos da doença e da hospitalização na vida dos cuidadores. De acordo com a autora, os cuidadores vivenciam rupturas nas famílias, sofrimento diante dos procedimentos invasivos realizados com as crianças, a necessidade de se internar junto a criança, o desejo de alta, as mudanças no trabalho, no cotidiano e nas relações familiares, de forma que em seu estudo, os cuidadores não citaram como uma preocupação a forma como a criança enfrenta a hospitalização ou os sentimentos relacionados a esse contexto. Nesse sentido, é possível que as hipóteses para essa baixa adesão estejam relacionadas a esses fatores, de forma que durante a aplicação da Escala COPE-H Cuidador, o foco de atenção desses cuidadores poderia estar voltado muito mais para a saúde física da criança do que para a saúde mental. É preciso considerar também a preocupação com os cuidados de casa, com os outros filhos, com as despesas e com o próprio trabalho que acabam não sendo priorizados, frente as novas preocupações geradas pelo processo de hospitalização. Segundo Magalhães (2011) e Jones (2015) quando a doença da criança implica em sua hospitalização, os pais vêem a sua vida alterada quanto à dinâmica e rotinas familiares, resultando numa fonte suplementar de preocupação, angústia, culpa e estresse. Assim, o comportamento da criança, ou como a mesma está enfrentando o processo de hospitalização, acaba sendo algo secundário nas preocupações dos cuidadores.

É relevante discutir que nem todos os participantes eram os pais das crianças que estavam hospitalizadas. A amostra foi constituída por outros familiares (como madrastas, padrastos, irmãos mais velhos, avós e tios), já que

durante o dia, muitos dos pais precisavam trabalhar ou resolver outros problemas. Dessa forma, a percepção do cuidador, talvez não fosse real diante do quadro apresentado por ele, devido ao curto tempo de permanência com a criança ser pequeno. Assim, sugere-se que em uma próxima validação da Escala COPE-H Cuidador, alguns requisitos sejam verificados antes de sua aplicação, como tempo de permanência com a criança e o parentesco com a mesma, possibilitando que esses cuidadores tenham como relatar as observações acerca do enfrentamento da hospitalização.

Outra hipótese que precisa ser discutida é o fato que, em escalas de autorrelato, o dado pode ser respondido de acordo com o que o sujeito julga ser a resposta ideal (Pervin & John, 2003). Uma das críticas relacionadas a testes de autorrelato diz respeito à desejabilidade social, em que os indivíduos ao invés de responderem ao item de acordo com o significado psicológico pretendido, acabam por responder de acordo com o que é socialmente aceitável, ou com o que julgam como desejável e correto (Pervin & John, 2003). Sendo assim, pode-se analisar a possibilidade desse fato ter ocorrido com os cuidadores ao responderem a Escala COPE-H Cuidador.

Nesse sentido, julga-se importante a continuidade do estudo acerca da Escala COPE-H Cuidador, com aplicação numa amostra maior, para nova análise da estrutura interna dos itens, já que a Escala COPE-H Cuidador se mostrou com evidências de validade baseada no conteúdo, com adequação dos itens e bom índice de confiabilidade entre os juízes. Com relação a Escala COPE-H, foram obtidas as evidências de validade baseada no conteúdo e na estrutura interna.

Além desses dois tipos de evidência de validade, este estudo propôs a investigação das evidências de validade baseadas nas relações com outras variáveis. Nessa etapa, investigou-se as relações dos índices obtidos nos três fatores da Escala COPE-H com os índices obtidos pelo Kidcope (Carona et al., 2010), para analisar as evidências de validade convergente, já que ambos avaliam o *coping*. Os escores do CBCL/6-18 (Achenbach & Rescorla, 2004) também foram utilizados para verificar as evidências de validade discriminante, considerando que o CBCL/6-18 avalia problemas de comportamento. A validade convergente reflete o grau de concordância existente entre pelo menos duas medidas com diferentes métodos para cada construto utilizado no procedimento de mensuração, enquanto que a validade discriminante representa o grau em que essas medidas se diferenciam entre si (Bagozzi & Phillips, 1982).

A correlação entre as duas escalas que avaliam o *coping* foi observada entre o Fator 1 (*Coping* Mal adaptativo) da Escala COPE-H e o *Fator Negativo* do Kidcope. O Fator 1 da Escala COPE-H considera as seis macrocategorias de *coping* que a TMC analisa como EE mal adaptativas, sendo elas: *Oposição*, *Delegação*, *Isolamento*, *Desamparo*, *Fuga* e *Submissão*. Já a dimensão do *Coping Negativo* do Kidcope considera somente as duas primeiras macrocategorias citadas acima - *culpar os outros*, que é um tipo de estratégia da macrocategoria *Oposição* e a estratégia *autocrítica*, que faz parte da macrocategoria *Delegação*. No entanto, não foi possível verificar outras relações entre as demais macrocategorias que o COPE-H engloba, já que o Kidcope possui poucos itens, sendo isso considerado como limitação do instrumento.

Entre o Fator 2 (*Coping adaptativo*) da Escala COPE-H e o *Fator Positivo* da escala Kidcope, observou-se uma correlação positiva, porém não significativa. Era esperado que essa correlação fosse significativa, já que os itens que avaliam do Fator 2 se correlacionariam com os itens do Kidcope que possuem EE referidas como positivas, que são: *reestruturação cognitiva, resolução de problemas, regulação emocional e suporte social*. No COPE-H, essas EE do Kidcope estão relacionadas às macrocategorias referidas como *Acomodação, Resolução de Problemas, Autoconfiança e Busca de Suporte*, respectivamente. No entanto, o COPE-H contempla, ainda no Fator 2, itens que descrevem outras duas macrocategorias adaptativas, segundo a TMC: *Busca de Informação e Negociação*, que foram comportamentos referidos pelas crianças na Escala COPE-H. Com relação à dimensão do *Coping de Evitamento* do Kidcope, não houve correlações significativas com nenhum dos três fatores encontrados na Escala COPE-H. Como os dois instrumentos avaliam o mesmo constructo, era esperado correlações entre os fatores: (a) dimensão de *coping* Positivo (kidcope) e do *coping* Adaptativo (Fator 2 do COPE-H), (b) entre dimensão de *coping* Negativo (kidcope) e do *coping mal adaptativo* (Fator 1 da Escala COPE-H); e (c) dimensão de *coping* Evitativo (kidcope) e do *coping* de desengajamento involuntário e voluntário (Fator 3 da Escala COPE-H).

Apesar de algumas hipóteses terem sido confirmadas (correlação alta e positiva entre *coping* mal adaptativo do COPE-H e a dimensão de *coping negativo do Kidcope*), não houve correlações significativas entre o *coping* Positivo (Kidcope) e do *coping* Adaptativo (COPE-H) e entre o *coping* Evitativo (Kidcope) e do *coping* de Desengajamento involuntário e voluntário (COPE-H).

Nesse sentido, pode-se explicar a baixa correlação entre esses fatores pelo fato de que os itens da Escala Kidcope podem não representar ou ter a mesma sensibilidade dos itens da Escala COPE-H. Ressalta-se essa sensibilidade da escala quando consideramos a carga fatorial dos itens e os índices de confiabilidade dos três fatores do COPE-H, mostrando assim adequada consistência interna. Considera-se ainda que o instrumento COPE-H tem maior consistência interna quando comparado à medida dos constructos e à organização dos itens do Kidcope. Segundo Blount et al. (2008), já são conhecidas as limitações metodológicas da Escala Kidcope, no que diz respeito aos aspectos de validação, como o número reduzido de itens. De acordo com Spirito (1996), o Kidcope é importante como uma ferramenta de rastreamento e não como uma medida abrangente do *coping*. Porém, na falta de outro instrumento que avaliasse o *coping* da hospitalização infantil, a única escala disponível para verificar a convergência do constructo era o Kidcope, além disso, é importante considerar que o Kidcope já apresentava evidências de validade convergente com o AEH (Lima et al., 2014).

Também foram buscadas, através do CBCL/6-18, as evidências de validade discriminante da Escala COPE-H. Para verificar esse tipo de validade, foram analisadas as correlações entre os três fatores da Escala COPE-H e todos os escores da CBCL/6-18. A hipótese inicial para essa análise era que os diferentes constructos teriam baixas correlações e serviriam como evidências de validade discriminante. Os resultados constataram que nenhuma das correlações entre o COPE-H foram significativas quando comparadas a constructos diferentes, nesse caso, problemas de comportamento. Estudos anteriores que utilizaram o AEH e o CBCL/6-18 anos já haviam mostrado

ausência de correlações entre o *coping* e problemas de comportamento, medidos pelos respectivos instrumentos (Hostert et al., 2014). Com base nos achados desse estudo de validação, sugere-se que os itens da Escala COPE-H são adequados para a avaliação do *coping* da hospitalização, por intermédio das evidências de validade discriminante, segundo a AERA, APA e NCME (1999).

Além desses três tipos de evidências de validade (baseada no conteúdo, na estrutura interna e nas variáveis externas), este estudo investigou a consequência da testagem. Esse tipo de validade visa avaliar as consequências sociais intencionais e não intencionais do uso do teste para verificar se sua utilização está gerando os efeitos desejados, de acordo com o propósito para o qual foi criado (Alves, Souza, & Baptista, 2011).

É importante ressaltar que a Escala COPE-H já possuía indícios de evidências de validade baseada na consequência de testagem (Motta & Enumo, 2010; Oliveira, 2013). Ambos os trabalhos avaliaram as EE de enfrentamento em crianças, com câncer e com anemia falciforme, respectivamente, e aplicaram uma intervenção baseada na TMC. As autoras apontaram evidências de validade baseadas nas consequências de testagem, que ficaram evidentes nesse estudo de validação através das respostas dos profissionais (enfermeiros e técnicos) que lidavam com essa criança durante o processo de hospitalização. A análise de conteúdo das entrevistas com os profissionais do hospital que tiveram contato com as crianças participantes do estudo, permitiu verificar que 70% das crianças apresentaram mudanças comportamentais. Mais precisamente, segundo os enfermeiros, houve aumento dos comportamentos de *brincar, ouvir música e ver televisão*. Esses dados

corroboram com alguns estudos específicos da área da Enfermagem. Eles consideram que, através de um relacionamento seguro e construtivo com a criança, que pode acontecer através de brincadeiras, por exemplo, é possível uma atuação adequada da Enfermagem, podendo ajudar a criança a lidar melhor com suas dificuldades (Favero, Dyniewicz, Spiller, & Fernandes, 2007). Sigaud e Verissimo (2007) descrevem que atividades recreativas auxiliam a criança a lidar com diversas situações, como a separação de pessoas significativas e os procedimentos invasivos e/ou dolorosos. Nesse sentido, possibilitar à criança um espaço para que ela possa expressar seus sentimentos a respeito das experiências traumáticas, assim como suas ansiedades, raiva e/ou hostilidade, também é uma forma de tratamento (Seibel & Sanchez, 1992).

Outras mudanças no comportamento evidenciadas pelos profissionais se relacionaram a um maior interesse da criança no entendimento sobre o que estava acontecendo com ela. Como exemplo, referiram que as crianças passaram a questionar sobre os procedimentos a que estavam sendo submetidas, além de ficarem mais dispostas e cooperativas com o processo de internação. Os profissionais verificaram que, após esses questionamentos, muitas crianças ficaram menos desanimadas durante os procedimentos invasivos e mais colaborativas. Para Lecussán (2001), entender as implicações da doença, possibilita que a criança reflita sobre si mesma frente a esta realidade, programando sua vida dentro de novos contornos, atuando a partir de alternativas reais, com autonomia e controle.

Assim, analisar as mudanças comportamentais das crianças após a aplicação da Escala COPE-H mostrou-se bastante relevante, pois foi possível

verificar que essas alterações comportamentais se relacionavam diretamente aos itens e às cenas que a Escala COPE-H indicava como possíveis formas de agir no contexto hospitalar. A criança no momento da aplicação era levada a pensar se tais comportamentos, sentimentos e pensamentos, ajudavam a enfrentar a hospitalização. É provável que as crianças tenham passado a enxergar o que poderia ser feito para lidar com os estressores relacionados à doença e à hospitalização, de forma mais adaptativa e efetiva.

No entanto, a literatura sobre *coping* aponta que a idade da criança influencia nos tipos de EE que são apresentadas por ela (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011). Na versão anterior do AEH, eram analisadas as instâncias de *coping* (comportamentos), as EE e as macrocategorias de *coping* mais frequentes. Esse tipo de análise ocorreu com os estudos que avaliaram o *coping* por meio do AEH (Caprini, 2013; Carnier, 2010; Garioli, 2011; Hostert, 2010; Moraes, 2007; Moraes & Enumo, 2008; Motta & Enumo, 2004a; 2004b; 2010; Oliveira, 2013). Entretanto, sem as normas da escala, nunca foi possível verificar se os resultados eram significativos, de forma que fosse possível saber se a criança tinha um processo de *coping* mais ou menos adaptativo, de acordo com o que era esperado para aquela idade ou gênero. Os estudos de Ellen Skinner e colaboradores já mostraram que o desenvolvimento é um fator importante no *coping* infantil (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011).

Os estudos de Zimmer-Gembeck e Skinner (2011) e Skinner e Zimmer-Gembeck (2007) mostram a importância das mudanças desenvolvimentais na escolha das EE de crianças de diferentes grupos etários, de forma a evidenciar as principais EE utilizadas pelas crianças e adolescentes em idades diferentes.

Nesse sentido, trabalhos de referência e de normatização são essenciais para que as interpretações sejam fidedignas ao contexto em que cada uma será utilizada, já que se sabe que há diferenças nas EE utilizadas pelos indivíduos ao longo do seu desenvolvimento. Segundo Urbina (2007), é essencial a fidedignidade, tanto dos escores, como dos itens, porém, é, sem dúvida, de grande importância a adaptação ao contexto a ser utilizado, o que é resultado de estudos referenciais de onde normas são geradas para interpretações confiáveis.

Dessa forma, além de verificar as evidências de validade da escala, procurou-se definir as normas da Escala COPE-H. Zimmer-Gembeck e Skinner (2011), em uma meta-análise de 58 pesquisas sobre *coping*, investigaram as mudanças desenvolvimentais nas EE de crianças de diferentes grupos etários. Essas autoras enfatizaram os aspectos normativos do desenvolvimento do *coping*, mostrando as macrocategorias de *coping* tipicamente utilizadas pelas crianças e adolescentes em diferentes idades.

Na tentativa de descrever o *coping* esperado para cada faixa de idade, os dados normativos foram construídos. Para exemplificar a importância da utilização das normas, dois estudos foram construídos, o primeiro com o exemplo de idade do Grupo 1 (6 a 9 anos e 11 meses) e o segundo, com um exemplo do Grupo 2 (10 a 12 anos e 11 meses). Através dessas duas descrições de casos, foi possível perceber diferenças nos escores e, por consequência, na classificação e na interpretação dos dados, quando foram utilizadas as normas por idade. Esses dados corroboram com os estudos de Skinner e Zimmer-Gembeck (2007) e Skinner e Zimmer-Gembeck (2011), que apontam diferenças no *coping*, principalmente entre os 6 e 8 anos e dos 10 aos

12 anos. Na faixa etária de transição entre 8 e 10 anos as autoras não citam mudanças no *coping*, deixando implícito que nesse período há um processo contínuo do enfrentamento (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2011). Também é importante ressaltar as particularidades das duas descrições de caso. O primeiro caso apresentou uma classificação média superior no Fator 1 (*Coping* mal adaptativo) e no Fator 3 (*Coping* de Desengajamento) e dentro da média para o Fator 2 (*Coping* adaptativo). As principais EE apresentadas pela criança foram *Desamparo*, *Submissão*, *Oposição*, *Fuga* e *Delegação*, e comportamentos como "*pensar em fugir*", "*sentir medo*" e "*sentir tristeza*", que são característicos do *coping* de desengajamento, de acordo com Skinner e Wellborn (1994). Já a criança com 12 anos, apresentou poucas EE mal adaptativas e de desengajamento (Fator 1 e 3, respectivamente) e alta frequência de EE adaptativas (Fator 2) e comportamentos de "brincar", "assistir tv", "conversar", "sentir coragem" e "buscar informações". De acordo com Skinner e Wellborn (1994), é esperado que no decorrer do desenvolvimento as EE se tornem mais reflexivas, autorreguladas, bem como mais direcionados a comportamentos mais adaptáveis. É provável que a longo prazo o *coping* de desengajamento influencie a criança, no sentido dela perceber os ganhos e as perdas das EE.

Nessa perspectiva, é possível afirmar que a Escala COPE-H possui evidências de validade suficientes para ser utilizada no âmbito da pesquisa e, principalmente, na clínica, subsidiando a assistência à criança, no dia a dia de profissionais que lidam com o processo de hospitalização infantil.

A seguir, serão discutidos os resultados das variáveis de interesse deste estudo - idade, sexo, escolaridade, aspectos clínicos e socioeconômicos,

diagnóstico, nível de dor, *coping* avaliado pelo Kidcope e pela Escala COPE-H, e problemas de comportamento, que foram avaliados segundo o CBCL/6-18. Essas relações foram geradas pela Análise de Rede. De acordo com Boschloo et al. (2015) o diferencial desta análise é a possibilidade de entender a interrelação entre vários constructos em um sistema complexo e não apenas verificar as relações de causa e efeito simples, já que um constructo quando é analisado separadamente não representa toda a complexidade dos objetos de estudos, principalmente quando se relaciona à área da Psicologia. Ademais, conforme já descrito acima, apesar da escala ser analisada pelos três fatores gerados pela análise fatorial, a análise de redes apontou um sentido maior com a TMC, ao discriminar três comunidades (mal adaptativo, adaptativo e o desengajamento emocional). Essa terceira comunidade inclui itens com função mal adaptativa, incluindo respostas de afeto negativo.

4.2 Análise do processo de enfrentamento das crianças hospitalizadas através da Escala COPE-H e suas relações com as demais variáveis

Além de buscar as evidências de validade da Escala COPE-H, esta pesquisa também teve como objetivo analisar o enfrentamento das 133 crianças hospitalizadas que participaram do estudo. Ao analisar os comportamentos que as crianças apontaram como mais frequentes: *assistir televisão, tomar remédio, conversar, sentir coragem e rezar/orar* – percebe-se que todos são classificados *a priori* como adaptativos. Os estudos que utilizaram o COPE-H no antigo formato (AEH), (Caprini, 2014; Hostert et al., 2015; Moraes & Enumo, 2008; Motta & Enumo, 2008), também encontraram esses comportamentos. Caprini (2014), na avaliação dos comportamentos de enfrentamento, verificou a prevalência de *conversar, tomar remédio, assistir TV*

e *ficar triste*. Hostert et al. (2014) analisou que no AEHcomp as cenas de *brincar, conversar, assistir TV, tomar remédio, estudar e sentir raiva* foram escolhidas por toda a amostra de crianças com câncer em classe hospitalar, de forma que os comportamentos menos citados foram *pensar em fugir e sentir culpa*. Moares e Enumo (2008) ao avaliarem crianças hospitalizadas, discutem que se destacaram as cenas *conversar e tomar remédio*. No entanto, as cenas *cantar e dançar e estudar* foram as menos citadas. *Pensar em fugir e chorar* também não foram tão frequentes. Motta e Enumo (2008) verificaram, na avaliação do enfrentamento da hospitalização em crianças com câncer através do AEHcomp, uma média maior de comportamentos adaptativos, a saber: *brincar, assistir TV e tomar remédio*. Enquanto que os comportamentos de *pensar em fugir, fazer chantagem, se esconder e sentir culpa* apresentaram menor ocorrência.

Com relação às EE das crianças, percebe-se que, independentemente da idade, o grupo apresentou mais EE adaptativas do que mal adaptativas. A maioria das crianças do G1 (6 a 9 anos e 11 meses) e do G2 (10 a 12 anos e 11 meses) apresentou uma classificação inferior para o Fator 1 (*Coping mal adaptativo da hospitalização*), dentro da média para o Fator 2 (*Coping adaptativo da hospitalização*), principalmente do G2. Caprini (2015) também apontou que as EE mais frequentes foram adaptativas, porém também foram identificadas EE mal adaptativas, principalmente relacionadas à *Submissão*. Esses dados mostram que, apesar das crianças terem, em sua maioria, um *coping* adaptativo, os efeitos negativos da hospitalização, como a exposição a procedimentos invasivos e dolorosos, o afastamento de familiares e amigos, a

incerteza quanto ao futuro, também contribuem para a ocorrência de EE mal adaptativas.

Com relação ao Fator 3 (*Coping de desengajamento involuntário e voluntário*), no G1, uma parcela importante das crianças apresentou desempenho *médio superior* e *superior* para esse fator. Apesar das crianças menores apresentarem poucas EE mal adaptativas e muitas EE adaptativas, houve crianças que apresentaram EE de desengajamento. No G2, apesar de serem identificadas EE de desengajamento, poucas crianças apresentaram esse tipo de *coping* em frequência acima da média. É importante ressaltar que, com o aumento da idade, apesar de ocorrerem EE mal adaptativas, há um aumento de EE adaptativas e uma diminuição do *coping* de desengajamento, corroborando os dados de Zimmer-Gembeck e Skinner (2011).

Sendo assim, pode-se concluir que, apesar da frequência de comportamentos considerados *a priori* como adaptativos e EE adaptativas serem mais frequentes, ocorrem EE mal adaptativas. Dessa forma, é sempre importante considerar intervenções com foco nos comportamentos e nas EE, pois um enfrentamento mal adaptativo pode ser preditor de problemas psicopatológicos (Conceição & Carvalho, 2013; Holahan, Moos, & Schaefer, 1996; Justo & Enumo, 2015);.

Essas relações foram consideradas ao proceder a análise das variáveis deste estudo: *coping*, medido pela Escala COPE-H e pelo Kidcope, problemas de comportamento, avaliados pelo CBCL (6-18 anos), além de características sociodemográficas e clínicas das crianças. Para verificar a relação entre essas variáveis, foi feita uma Análise de Rede. Assim, discute-se essas relações e,

posteriormente, o perfil do enfrentamento das crianças, já baseado nos dados normativos que a Escala COPE-H gerou.

A análise de rede gerou dois grandes blocos de correlação. O primeiro, constituído de dados do CBCL/6-18; e o segundo bloco, agrupou dados das duas escalas que avaliaram o *coping*, e as análises dos aspectos clínicos e sociodemográficos da amostra.

No primeiro bloco, foram verificadas associações entre problemas de comportamento e transtornos comportamentais específicos, como a existência de problemas agressivos e o Transtorno Opositor Desafiante, e problemas de ansiedade e Transtornos internalizantes. Esses dados estão em consonância com a literatura (Achenbach & Rescorla, 2001). Piquart e Shen (2011), em ampla revisão da literatura, encontraram níveis elevados de problemas de comportamento em crianças e adolescentes com doenças crônicas ao serem avaliados pelo CBCL, YSR e TSR. Os resultados apontaram que em média há um aumento de problemas de internalização, problemas sociais e problemas de atenção do que problemas de externalização. De forma semelhante, há um risco para problemas acadêmicos e de funcionamento físico e social em casos de doença crônica (Piquart & Teubert, 2011). No presente estudo, somente 12 crianças apresentaram nível *clínico* para "problemas de internalização", quatro para "problemas de externalização" e seis para "problemas totais". Assim, apesar do grupo ser percebido como *não clínico*, quando se pensa nos problemas típicos de crianças com doenças crônicas, os sintomas de internalização se sobressaem (Piquart & Shen, 2011). Segundo Levy, Kronenberger e Carter (2008), tais resultados se complementam, uma vez que, em sua avaliação de crianças com doenças crônicas, os problemas

internalizantes foram mais prevalentes. Os estudos de Motta e Enumo (2008), Caprini (2015), Hostert et al., (2014) e Moraes e Enumo (2008) também verificaram que, apesar da maioria das crianças serem classificadas como não clínicas, os problemas de comportamento se caracterizam, em sua maioria, por "problemas de internalização", com maior frequência de crianças referidas como *clínicas*.

É importante considerar que, neste estudo, ao analisar essas crianças especificamente, não houve um padrão que relacionasse esses problemas de comportamentos a EE mal adaptativas. Como discutido, os estudos que utilizaram a CBCL/6-18 e o AEH já haviam apontado para essa falta de relação dos dois constructos. Hostert et al. (2014), Moraes e Enumo (2008) e Motta e Enumo (2008) verificaram que possíveis problemas de comportamento das crianças prévios à hospitalização não interferiram no padrão de enfrentamento da hospitalização das mesmas.

O *coping* foi avaliado no presente estudo também pelo Kidcope, mostrando uma frequência maior de EE ativas. Os achados do enfrentamento da hospitalização, avaliados pela Escala COPE-H também apresentaram essa mesma frequência, de forma que há um predomínio de EE adaptativas. Esses dados corroboram com os estudos de Lima et al. (2014) e Caprini (2014), que compararam o Kidcope e o AEH. Em ambos os estudos houve uma prevalência de EE adaptativas, e as duas autoras se referiram ao AEH como um instrumento capaz de avaliar o constructo do *coping*.

Na análise comparativa entre o Kidcope e o COPE-H, realizada neste estudo, foram obtidas correlações entre a dimensão de *coping* ativo, avaliado pelo Kidcope, e o pós-*coping* do Fator 2 (*coping* adaptativo), medido pela

Escala COPE-H. Esse resultado mostra que as crianças parecem perceber que comportamentos e EE mais adaptativas estão sendo efetivas no *coping* da hospitalização. Achados semelhantes foram verificados por Caprini (2014), ao avaliar as EE da hospitalização de crianças com câncer usando o Kidcope. A autora verificou que as EE consideradas mais eficazes para as crianças foram *regulação da emoção, reestruturação cognitiva e distração*, ou seja, EE consideradas pela TMC como adaptativas e pertencentes às macrocategorias de *coping Autoconfiança e Acomodação*; de outro lado, as EE menos referidas foram aquelas avaliadas como menos eficazes.

Foi verificada ainda, por meio da análise de rede, uma correlação positiva entre o pós-*coping* do Fator 3- *Coping de desengajamento involuntário e voluntário*, e o pós-*coping* do Fator 2- *Coping adaptativo da hospitalização*, ambos da Escala COPE-H; indicando que, para essas crianças, as EE das macrocategorias de *coping Fuga, Delegação e Submissão* (Fator 3) são eficazes no contexto da hospitalização, bem como o *Coping adaptativo* (Fator 2). Há a hipótese de que o *Coping de desengajamento involuntário e voluntário* (Fator 3) diminua os afetos negativos ou resolva alguma situação no curto prazo. Esses dados corroboram com o estudo de Compas, Jaser, Dunn e Rodriguez (2012). Em termos desenvolvimentista, esse padrão de *coping* foi verificado em crianças com 6 e 7 anos de idade. De fato, a *Fuga*, por exemplo, parece ser mais comum na primeira infância, mais especificamente, na idade de 3-5 e de 6-8 (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011), principalmente, quando os estressores são incontroláveis (Van Damme, Crombez, & Eccleston, 2008; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007), como é o caso da hospitalização. A *Fuga* se caracteriza como uma resposta de desengajamento relacionada ao contexto

coercitivo, que ameaça à competência, e impede o sujeito de interagir de forma efetiva com o ambiente social e físico (Skinner & Wellborn, 1994). Assim, nesse contexto, a criança se esquivava da situação estressora da hospitalização, por não conseguir controlar os eventos que ocorrem nesse ambiente, acreditando que esse tipo de *coping* é eficaz (*pós-coping*), no entanto, somente em longo prazo a criança consegue perceber ganhos e perdas desse tipo de *coping*.

Houve associações entre o *pós-coping* do Fator 1 (*Coping mal adaptativo da hospitalização*) e o *pós-coping* do Fator 3 (*Coping de desengajamento involuntário e voluntário*) e as mudanças de comportamento após a aplicação da Escala COPE-H, obtidos através do relato dos profissionais que cuidavam das crianças durante o processo de hospitalização. Esses dados de correlação da análise de rede mostraram que a mudança no comportamento dos participantes está relacionada à percepção da não efetividade de EE mal adaptativas e do desengajamento, que foi avaliado pelo *pós-coping* do Fator 1 e do Fator 3. Em outros termos, quando a criança percebe que esse tipo de enfrentamento não é eficaz, a tendência é a mudança de seu comportamento. No entanto, conforme apontado por Skinner e Wellborn (1994) esse tipo de *coping* influencia a criança em longo prazo. Nesse sentido, torna-se de suma importância intervenções em curto prazo com foco nas instâncias e nas EE, para que a criança entenda suas perdas e ganhos através de EE mais ou menos eficazes.

Esses dados vão de encontro à análise de centralidade da rede dos itens do COPE-H, que indicou que os itens que possuem mais pontes, proximidade e força são os itens cujas as EE são mal adaptativas, mais precisamente, as EE das macrocategorias de *coping Fuga* e *Oposição*. Desse

modo, espera-se que, se uma dessas variáveis (macrocategorias) for alterada por algum tipo de intervenção psicológica, o sistema todo irá se alterar, pois existem associações fortes entre elas. Como exemplo, no estudo de Oliveira (2013), foi aplicada uma proposta de intervenção em crianças com Anemia Falciforme, cujo foco era a mudança de comportamento para um aumento de EE mais adaptativas e, por consequência, diminuição daquelas EE mal adaptativas. A intervenção se mostrou efetiva para essa população, evidenciando mudanças positivas significativas na avaliação pós-intervenção. No entanto, apesar de muitos pesquisadores se debruçarem em avaliar os aspectos negativos que estão relacionados à hospitalização infantil (Manne, Bakeman, Jacobsen, Gorfinkle, & Redd, 1994; Melamed & Siegel, 1975; Motta et al., 2015; Rennick et al., 2014; Rossato & Boer, 2002), poucos são os estudos focados em intervenção no enfrentamento infantil, segundo revisões de Araújo e Enumo (2015) e Vicente (2013). Desse modo, torna-se importante conduzir intervenções com foco na diminuição do *coping* mal adaptativo, de forma a habilitar os indivíduos a analisar que EE mal adaptativas não são eficazes, sendo necessário assim mudanças comportamentais e ainda, uma resignificação da experiência, reavaliando o estressor.

Essa análise se torna ainda mais relevante, quando verificamos através de outra análise de centralidade as variáveis do estudo que mais aproximam, se ligam e possuem força com as outras variáveis. A análise indicou que o escore de Problemas Totais da CBCL/6-18, o pós-*coping Mal adaptativo* e a dimensão do *Coping Negativo* (Kidcope), são variáveis que mais possuem "pontes" ligando outras variáveis. Já as variáveis que possuem mais proximidade foram o nível de gravidade da doença, a existência de

antecedentes clínicos e a dimensão do *Coping Negativo*, avaliado pelo Kidcope. As variáveis com mais força foram Problemas Totais e Problemas de Internalização (CBCL/6-18). Já os itens que possuem maior atratividade com os que estão à sua volta são a presença de Transtornos Opositores Desafiantes (TOD) e o Comportamento Opositor (CBCL/6-18). Pode-se perceber, então, que a presença de problemas comportamentais associada a EE mal adaptativas, ao nível de gravidade da doença e à presença de antecedentes clínicos, são fatores de risco ao desenvolvimento. Reside aqui a importância da atenção que os profissionais devem ter às reações psicológicas no contexto da hospitalização. Assim, nesse contexto, o papel do psicólogo é fundamental na avaliação do impacto do diagnóstico e de suas consequências e, principalmente, na forma como o indivíduo lida com a hospitalização, no sentido de possibilitar formas de auxílio para melhor enfrentamento e qualidade de vida do doente e de seus familiares (Barros, 2003; Scannavino, et al., 2003; Zanon, 1991).

Também houve correlação entre a dimensão de *Coping Negativo* do Kidcope, o Fator 1 (*Coping mal adaptativo da hospitalização*) e o pós-*coping* do Fator 1 da Escala COPE-H. Assim, o aumento de EE mal adaptativas (COPE-H) e de EE negativas (Kidcope) está relacionado à percepção da não efetividade das EE (pós-*coping* do Fator 1 do COPE-H), mostrando mais uma vez a importância de intervenções que tenham como foco o entendimento da eficácia de EE adaptativas. É preciso considerar os aspectos desenvolvimentais, pois essas três variáveis (*coping* Negativo [Kidcope], *coping* mal adaptativo e pós-*coping* mal adaptativo [COPE-H]) incorporam macrocategorias que se referem ao *coping* mal adaptativo. Assim, diante do

estressor, a criança se sente ameaçada nas necessidades relacionadas ao desenvolvimento de processos autorreferenciais fundamentais, como autoestima, autoeficácia, autoconceito, afetando seu desenvolvimento socioemocional.

Foi encontrada, ainda, uma correlação negativa entre a dimensão do *Coping Negativo* (Kidcope) e a ocorrência de antecedentes clínicos; ou seja, a presença de problemas de saúde anteriores à hospitalização, diminuiu o uso de EE mal adaptativas. Essa tendência se repete em relação ao aumento da gravidade da doença acompanhado da diminuição do *Coping Evitativo* (Kidcope). Sendo assim, percebe-se que a diminuição de EE evitativas e negativas, identificadas pelo Kidcope, são associadas a crianças que têm algum tipo de antecedente clínico ou doenças mais graves. Nesse contexto, o processo de *coping* pode ser iniciado várias vezes, pois a gravidade da doença pode implicar em vários estressores, como mais exposição a procedimentos médicos invasivos, maior incerteza quanto ao futuro e mais tempo no hospital. Nesse quadro, mais EE podem ser utilizadas e mais resultados do *coping* podem ser observados, permitindo o ajuste das EE em novos encontros com o estressor. Ao se considerar as doenças crônicas, é possível pensar que a criança tem mais tempo e experiência com a doença. Assim, é possível que experiências anteriores tenham resultado na emissão de menos EE mal adaptativas, mudando seu comportamento e aprendendo EE mais adaptativas. Segundo Carnier (2010), o fato da criança já ter tido experiência com procedimentos cirúrgicos está relacionado à EE de reestruturação cognitiva, já que, ter tido contato com situações e sentimentos semelhantes em momentos

anteriores, pode influenciar a forma como a criança lida com a situação de estresse, sendo proposto também por Moro e Módolo (2004) e Compas (1987).

Nesse sentido, pode-se afirmar que a Escala COPE-H possui evidências de validade de conteúdo, de estrutura interna, relacionadas às variáveis externas e de consequência de testagem, sendo possível então inserir a escala no protocolo de assistência hospitalar, permitindo assim que os profissionais que atuam com crianças conheçam e entendam a forma como a criança enfrenta esse tipo de estressor, baseada em evidências científicas que somente um instrumento psicológico validado pode gerar, possibilitando intervenções focadas nos tipos de estratégias usadas por elas.

Sendo assim, a Psicologia Pediátrica vem oferecendo sustentação teórica e técnica aos profissionais na sua prática, a fim de atender às necessidades dos serviços de saúde relacionados ao cuidado da criança e do adolescente (Menezes, Moré, & Barros, 2008). Dentro dos vários campos de atuação da Psicologia Pediátrica, a avaliação e intervenção do *coping* se tornou uma área importante de pesquisa e prática para o psicólogo, tornando este estudo de extrema importância. O COPE-H torna-se então um instrumento de avaliação de suma importância para área, já que a eficácia das intervenções está diretamente relacionada a uma avaliação que consiga abarcar todo o problema, sendo um caminho possível para a atuação do psicólogo no hospital. Ademais, a avaliação do *coping* da hospitalização trará subsídios que irão servir para promover a integração e a colaboração entre os profissionais envolvidos no cuidado ao paciente, no sentido de desenvolver ações que reconheçam a complexidade dos problemas das crianças e das famílias dentro do contexto da hospitalização (Menezes, Moré, & Barros, 2008).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa pretendeu adaptar e obter evidências de validade para o Instrumento de Avaliação das Estratégias de Enfrentamento da Hospitalização (COPE-H), no formato para crianças, com idade entre 6 e 12 anos. Esta adaptação envolveu aspectos teóricos relativos ao constructo do *coping* e, também, metodológicos. Em termos teóricos, a Escala COPE-H está fundamentada na Teoria Motivacional do *Coping*, a qual agrega uma compreensão desenvolvimentista do *coping*. Em termos metodológicos, a composição de itens representativos de comportamentos de *coping* e sua funcionalidade, favoreceram o fornecimento da resposta, para a criança, e a análise do processo de *coping*, para o pesquisador.

Após a adaptação do instrumento, a pesquisa mostrou evidências de validade da escala COPE-H, baseada: (a) no conteúdo, obtida através da avaliação dos juízes; (b) na estrutura interna, por meio de tratamento estatístico; (c) na relação com as outras variáveis - convergente e divergente; e (d) nas consequências da testagem. Esse resultado representa importante contribuição para a área da Psicologia Pediátrica e, mais especificamente, da Avaliação Psicológica de crianças hospitalizadas, preenchendo a lacuna na literatura nacional sobre o *coping* e formas de medi-lo. Essa contribuição ultrapassa o campo teórico, uma vez que o COPE-H constitui-se uma importante ferramenta para a atuação do psicólogo no hospital. Como instrumento de avaliação, permite compreender o processo de *coping* da criança, de modo a subsidiar, não somente, propostas de intervenção psicológica dirigidas à criança e à família; mas também, a comunicação com a equipe de saúde, no que se refere às características particulares do modo

como cada criança enfrenta a hospitalização e seus estressores. No âmbito institucional, a obtenção de dados normativos sobre o *coping*, permite o desenvolvimento de ações de humanização hospitalar que atendam demandas específicas de crianças de 6 a 12 anos, hospitalizadas. Em síntese, como instrumento de avaliação psicológica validado, o COPE-H enriquece a prática do psicólogo hospitalar: em sua atuação direta com a criança e à família; em sua atuação junto à equipe multiprofissional e; em sua atuação institucional.

A despeito dessas contribuições, limitações do estudo devem ser descritas. A este respeito, considera-se a dificuldade na composição de uma amostra cujo tamanho alcançasse o indicado pela literatura. Apesar de crianças de todas as faixas etárias estarem expostas a acometimentos físicos que exigem hospitalização, há maior prevalência de internação em idades anteriores, como os cinco primeiros anos de vida (Ministério da Saúde, 2009). Dessa forma, a superação dessa limitação somente poderá ser alcançada em estudos subsequentes, em amostras localizadas em diferentes regiões do Brasil, que permitirão a composição de um banco de dados com aplicações do COPE-H, para análise posterior.

Estudos posteriores poderiam, também, atender necessidades relativas à validação da escala COPE-H Cuidador. Apesar de terem sido obtidas evidências de validade baseada no conteúdo, a análise fatorial não sugeriu os fatores para a escala. Torna-se relevante a continuidade da aplicação da Escala COPE-H Cuidador, numa amostra maior, na tentativa de aumentar a confiabilidade do instrumento. Para tanto, o delineamento do estudo deve considerar que durante a coleta de dados, seja analisado o nível de proximidade da criança com o cuidador, já que em situações em que essa

relação seja mais distante, é possível que o cuidador não saiba responder sobre determinados comportamentos da criança. Ademais, é importante ainda a continuidade da aplicação da Escala COPE-H, considerando que esse é o primeiro estudo do COPE-H nessa nova versão.

As limitações descritas constituem-se fomento para novas investigações que, além de atender aos aspectos metodológicos do COPE-H, avançarão na assistência à criança hospitalizada. Os achados deste estudo mostram que, no contexto da internação, as crianças encontram recursos para um *coping* adaptativo da hospitalização. De outro lado, a presença de estratégias de enfrentamento mal adaptativas indica a necessidade de intervenção, uma vez que tais estratégias exercem influência importante sobre outras características psicológicas da criança, tal como a forte influência da macrocategoria de *coping* *Oposição*, apontado pela análise de centralidade dos itens da Escala COPE-H. A avaliação contínua da criança ao longo da hospitalização permite a proposição de intervenções capazes de proteger o seu desenvolvimento psicológico, fazendo emergir recursos de *coping* que contribuam com processos de resiliência na hospitalização infantil.

6. REFERÊNCIAS

- Achenbach, T. M. (1991) *Manual for Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry
- Achenbach, T. M. (2003). Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile (E. O. L. dos Santo, & E. F. M. Silvares, Trads.). In E. O. L. dos Santos & E. F. M. Silvares (Eds.), *Resumo.Trabalho não publicado*, Universidade de São Paulo. (Reprodução do Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile, de T. M. Achenbach, 1991, Burlington, VT: University of Vermont).
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2004). *Mental health practitioners' guide for the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)*. In Laboratório de Terapia Comportamental do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (Org.). *Guia para profissionais da Saúde Mental sobre o Sistema de Avaliação Empiricamente Baseado do Achenbach (ASEBA) (Trabalho não publicado, Laboratório de Terapia Comportamental do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Trad.)*. São Paulo: Universidade de São Paulo. [Reprodução de Achenbach, T.M., & Rescorla, L.A. (2004). *Mental health practitioners' guide for the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) (4a. ed.)*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families].
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2007). *Multicultural Supplement to the Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Aldwin, C. M. (2009). *Stress, coping and development: Na integrative perspective*. New York: The Guilford Press.
- Aldwin, C. M., Skinner, E.A., Zimmer-Gembeck, M. J., & Taylor, A. (2010). Coping and self-regulation across the lifespan. In K. Fingerman, C. Berg, T. Antonicci, & J. Smithe, *Handbook of lifespan Psychology (***)*. Berlin: Springer.

- Alexandre, N. M. C., & Coluci, M. Z. O. (2011). Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas.[Content validity in the development and adaptation processes of measurement instruments]. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7), 3061-3068. Recuperado, Julho 27, 2016 de <http://search.proquest.com/openview/b6f24c6a9e447ed3dcbde807c80f64e6/1.pdf?pq-origsite=gscholar&cbl=2034998>.
- Altshuler, J. L., Genevro, J. L., Ruble, D. N., & Bornstein, M. H. (1995). Children's knowledge and use of copin strategies during hospitalization for elective surgery. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 16, 53-76. Recuperado, Maio 25, 2016 de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0193397395900160>.
- Alves, A. M., Gonçalves, C. S. F., Martins M. A., Silva, S. T. da, Auwerter T. C., & Zagonel, I. P. S. (2006). A efetividade do cuidado solidário diante de eventos que acompanham a cronificação da doença da criança hospitalizada. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, 8(2), 192-204. Recuperado, Maio 29, 2016 de https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista8_2/v8n2a04.htm.
- Alves, G. A. S, Souza, M. S., & Baptista, M. N. (2011). Validade e precisão de testes psicológicos. In R. A. M. Ambiel, I. S. Rabelo, S. V. Pacanaro, G. A. S. Alves, & I. F. A. S. Leve (orgs). *Avaliação Psicológica: guia de consulta para estudantes e profissionais de psicologia*, 109-127.
- American Educational Research Association – AERA; American Psychological Association – APA; National Council On Measurement In Education – NCME. *Standards for educational and psychological testing*. Washington, DC: American Educational Research Association, 1999.
- American Psychological Association (APA). (2006). *Official site Pediatric Psychology*. Recuperado, Agosto 20, 2009 em <http://www.apa.org/divisions/div54/history.htm>.
- American Psychological Association (APA). (2006). *American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders: Compendium 2006*.

- American Psychological Association, American Educational Research Association & National Council on Measurement in Education (1999). *Standards for educational and psychological tests*. Washington, DC: APA.
- Anastasi, A., & Urbina, S. (1997). *Psychological testing*. Prentice Hall/Pearson Education.
- Anastasi, A., & Urbina, S. (2000). Fundamentos da testagem psicológica. *Fundamentos da testagem psicológica*. Artmed.
- Andraus, L. M. S. (2005). *A assistência prestada à criança e ao adolescente em unidade de internação pediátrica: os incidentes críticos positivos e negativos segundo os familiares acompanhantes*. 194 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia.
- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de *coping*: Uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294. Recuperado, Maio 26, 2016 de <http://www.scielo.br/pdf/%0D/epsic/v3n2/a06v03n2.pdf>
- Araújo, M. F., & Enumo, S. R. F. (2015). Estratégias de enfrentamento de crianças e adolescentes: uma revisão sistemática da literatura internacional. In XX Encontro de Iniciação Científica, V Encontro de Iniciação em desenvolvimento Tecnológico e Inovação. *Anais* (on line, 6 pp.). Campinas: PUC-Campinas. Recuperado Julho 28, 2016 de www.puc-campinas.edu.br/websist/Rep/.../2015812_03210_221607646_resesu.pdf
- Arruda, P. M., & Zannon, C. M. L. C. (2002). Febre reumática e diabetes na infância e adolescência. In C. M. L. C. Zannon (Org.), *Tecnologia comportamental em saúde: adesão ao tratamento pediátrico da doença crônica - evidenciando o desafio enfrentado pelo cuidador* (pp. 29-34). Santo André: ESETec.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2014). *Critério de Classificação Econômica Brasil*. São Paulo: ABEP. Recuperado em 01 de setembro 2013, de www.abep.org.
- Assumpção, F., Kuczynski, E., Sprovieri, M.H., & Aranha, E. M. G. (2000). Escala de avaliação de qualidade de vida: validade e confiabilidade de uma escala para qualidade de vida em crianças de 4 a 12 anos. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 58(1), 119-127. Recuperado, Junho 7, 2016 de

- http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X2000000100018&script=sci_abstract&tlng=pt
- Azevêdo, A. V. S. (2010). Construção do protocolo de avaliação psicológica hospitalar para a criança queimada. *Avaliação Psicológica*, 9(1), 99-109. Recuperado, Junho 6, 2016 de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712010000100011
- Bagozzi, R. P., & Phillips, L. W. (1982). Representing and testing organizational theories. *Administrative Science Quarterly*, 27, 459-489. Recuperado, Junho 3, 2016 de <http://www.helsinki.fi/~ranne/thesis/Bagozzi-1982/Bagozzi-1982.pdf>
- Balbinotti, M. A. A., Barbosa, M. L. L., & Wiethaeuper, D. (2006). Consistência interna e fatorial do Inventário Multifatorial de Coping para Adolescentes. *Psico-USF*, 11, 175-183.
- Band, E. B., & Weisz, J. R. (1988). How to feel better when it feels bad: children's perspectives on coping with everyday stress. *Developmental Psychology*, 24 (2), 247-253. Recuperado, Maio 29, 2016 de <http://scholar.harvard.edu/jweisz/files/1988a.pdf>
- Bardin, I. (1994). Análise de conteúdo. Lisboa: Edições Setenta. 226.
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica – Perspectiva Desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Beers, J. C. (2012). *Teacher Stress and Coping: Does the Process Differ According to Years of Teaching Experience?* Dissertação de Mestrado submetido ao Programa de Psicologia na Portland State University. Recuperado, Junho 10, 2016 de http://pdxscholar.library.pdx.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1808&context=open_access_etds
- Beltrão, M. R. L. R., Vasconcelos, M. G. L., Pontes, C. M., & Albuquerque, M. C. (2007). Câncer infantil: percepções maternas e estratégias de enfrentamento frente ao diagnóstico. *Jornal de Pediatria*, 83(6), 562-566. Recuperado Julho 28, 2016 de <http://www.jped.com.br/conteudo/07-83-06-562/port.asp>.
- Benute, G. R. G., Nonnenmacher, D., Evangelista, L. F. M., Lopes, L. M., Lucia, M. C. S., & Zugaib, M. (2011). Cardiopatia fetal e estratégias de

- enfrentamento. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 33(9), 227-233. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032011000900002>.
- Bernardes, S. (2008). *Sobre a contextualidade dos enviesamentos de sexo nos julgamentos sobre dor*. Tese de doutorado não publicada. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa.
- Blount, Z. D., Barrick, J. E., Davidson, C. J., & Lenski, R. E. (2012). Genomic analysis of a key innovation in an experimental *Escherichia coli* population. *Nature*, 27, 513-518. Recuperado, Junho 10, 2016. <http://www.nature.com/nature/journal/v489/n7417/full/nature11514.html>
- Blount, R. L., Bunke, V. L., Cohen, L. L., & Forbes, C. J. (2001). The Child-Adult Medical Procedure Interaction Scale-Short Form (CAMPIS-SF): Validation of a rating scale for children's and adults' behaviors during painful medical procedures. *Journal of Pain and Symptom Management*, 22, 591–599. Recuperado, Julho 3, 2016 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11516601>.
- Blount, R. L., Cohen, L. L., Frank, N. C., Bachanas, P. J., Smith, A. J., Manimala, M. R., & Pate, J. T. (1997). The Child-Adult Medical Procedure Interaction Scale-Revised: An assessment of validity. *Journal of Pediatric Psychology*, 22, 73–88. Recuperado, Junho 15, 2016 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9019049>
- Blount, R. L., Corbin, S. M., Sturges, J. W., Wolfe, V. V., Prater, J. M., & James, L. D. (1989). The relationship between adults behavior and child coping and distress during BMA/LP procedures: A sequential analysis. *Behavior Therapy*, 20, 585–601. Recuperado, Junho 5, 2016 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9019049>.
- Blount, R. L., Landolf-Fritsche, B., Powers, S. W. & Sturges, J. W. (1991). Differences between high and low coping children and between parent and staff behavior during painful medical procedures. *Journal of Pediatric Psychology*, 16, 795-809. Recuperado, Junho 12, 2016 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1798015>
- Blount, R. L., Piira, T., & Cohen, L. L. (2003). Management of pediatric pain and distress due to medical procedures. In M. C. Roberts (Ed.), *Handbook of Pediatric Psychology* (3rd ed., pp. 216–233). New York, NY: Guilford Press.

- Blount, R. L. Simons, L.E., Devine, K.A. Jaaniste, T., Cohen, L.L., Chambers, C.T. & Hayuyin, L.G. (2008). Evidence-based assessment of coping and stress in pediatric *Journal of Pediatric Psychology*, 33 (9), 1021-1045. Recuperado, Junho 10, 2016 de <http://jpepsy.oxfordjournals.org/content/33/9/1021.full.pdf+html>.
- Blount, R. L., Sturges, S. W., & Powers, S. W. (1990). Analysis of child and adult behavioral variations by phase of medical procedure. *Behavior Therapy*, 21, 33-48. Recuperado, Julho 10, 2016 de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000578940580187X>.
- Bordin, I. A. S., Mari, J. J., & Caiero, M. F. (1995). Validação da versão brasileira do "Child Behavior Checklist" (CBCL) Inventário de comportamentos da infância e da adolescência: Dados preliminares. *Revista ABP-APAL*, 17(2), 55-66. Recuperado, Julho 13, 2016 de <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/psi-1346>.
- Boschloo, L., van Borkulo, C. D., Rhemtulla, M., Keyes, K. M., Borsboom, D., & Schoevers, R. A. (2015). The network structure of symptoms of the diagnostic and statistical manual of mental disorders. PLOS ONE, online. Doi:10.1371/journal.pone.013762. Recuperado, Julho 3, 2016 de <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0137621>.
- Bossert, E. (1994). Stress appraisals of hospitalized school-age children. *Children's Health Care*, 23(1), 33-49. DOI: 10.1207/s15326888chc2301_3
- Brown, J. M., O'Keeffe, J., Sanders, S. H., & Baker, B. (1986). Developmental changes in children's cognition to stressful and painful situations. *Journal of Pediatric Psychology*, 11(3), 343-357. Recuperado, Junho 16, 2016 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3772682>.
- Burns-Nader, S., Hernandez-Reif, M., & Porter, M. (2014). The relationship between mothers' coping patterns and children's anxiety about their hospitalization as reflected in drawings. *Journal of Child Health Care*, 18(1), 6-18. Recuperado, Junho 13, 2016 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23749253>.
- Cabral, A., & Nick, E. (2006). *Dicionário técnico de Psicologia*. São Paulo: Cultrix.

- Canhota, C. (2008). Qual a importância do estudo piloto? In: SILVA, E. E. (Org.). *Investigação passo a passo: perguntas e respostas para investigação clínica*. Lisboa: APMCG, 69-72.
- Canning, E. H. (1994). Mental disorders in chronically ill children: case identification and parent-child discrepancy. *Psychosom Med*, 56:104–108. Recuperado, Junho 10, 2016 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8008796>
- Canning, E. H., Hanser, S. B., Shade, K. A., & Boyce, T. W. (1992). Mental disorders in chronically ill children: Parent-child discrepancy and physician identification. *Pediatrics*, 90, 692-696. Recuperado, Junho 9, 2016 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1408541>.
- Cannon, W. B. (1939). *The wisdom of the body*. Nova York: Norton.
- Caprini, F. R. (2014). *Do diagnóstico ao tratamento: Compreendendo o processo de enfrentamento da criança com câncer* (Dissertação de Mestrado publicada). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, ES. Recuperado, Junho 5, 2016 de <http://www.psicologia.ufes.br/pos-graduacao/PPGP/detalhes-da-tese?id=6056>.
- Carnier, L. E. (2010). *Stress e coping em crianças hospitalizadas em situação pré-cirúrgica e stress do acompanhante: Estabelecendo relações*. Dissertação de Mestrado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Bauru, SP.
- Carnier, L. E., Padovani, F. H. P., Perosa, G. B., & Rodrigues, O. M. P. R. (2015). Estratégias de enfrentamento em crianças em situação pré-cirúrgica: relação com idade, sexo, experiência com cirurgia e estresse. *Estudos de Psicologia (PUCCAMP. Impresso)*, 32, 319-330. Recuperado, Junho 5, 2016 de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2015000200319.
- Carretoni Filho, H, & Prebianchi, HB. (1994). *Exame clínico psicológico (Anamnese)*. Campinas: Editorial Psy.

- Carvalho Neto, M. B.; Tourinho, E. Z. (1999) Skinner e o lugar das variáveis biológicas em uma explicação comportamental. *Psicologia: teoria e pesquisa*, v. 15, n. 1, p. 45-53.
- Castro, E. K. (2007). *Psicologia pediátrica: a atenção à criança e ao adolescente com problemas de saúde. Psicologia: Ciência e Profissão*, 27(3), 396-405. Recuperado, Junho 10, 2016 de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007000300003.
- Cerqueira, A. T. A. R. (2000). O conceito e metodologia de *coping*: Existe consenso e necessidade? In R. R. Kerbauy (Org.). *Sobre Comportamento e cognição: Psicologia Comportamental e Cognitiva- conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na inovação e no questionamento clínico* (Vol. 5, pp. 279-289). Santo André/SP: Arbytes Editora.
- Chambers, C. T., Taddio, A., Uman, L. S., & McMurtry, C. M. (2009). Psychological interventions for reducing pain and distress during routine childhood immunizations: A systematic review. *Clinical Therapeutics*, 31, S77–S103. Recuperado, Junho 15, 2016 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19781437>.
- Chamon, E. M. Q. O. (2006). Estresse e estratégias de enfrentamento: O uso da escala toulousane no Brasil. *Revista de Psicologia Organizacional e do Trabalho*, 6(2), 43-64. Recuperado, Junho 21, 2016 de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572006000200003
- Chen, J. & Chen, Z. (2008). Extended Bayesian information criteria for model selection with large model spaces. *Biometrika*, 95, 759-771. Recuperado, Junho 13, 2016 de <http://www.stat.ubc.ca/~jhchen/paper/Bio08.pdf>.
- Chen, E., Zeltzer, L. K., Craske, M. G., & Katz, E. R. (1999). Alteration of memory in the reduction of children's distress during repeated aversive medical procedures. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 67, 481–490. Recuperado, Junho 21, 2016 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10450618>.
- Claar, R. L., Walker, L. S. & Smith, C. A. (2002). The Influence of Appraisals in Understanding Children's Experiences With Medical Procedures. *J. Pediatr.*

- Psychol*, 27 (7), 553-563. Recuperado, Julho 12, 2016 de <http://jpepsy.oxfordjournals.org/content/27/7/553.short>.
- Cloninger, S. C. (2003). *Teorias da personalidade*. Martins Fontes.
- Coelho, Gabrieli Fonseca (Junho, 2015). *Dor, estressores e estratégias de enfrentamento da hospitalização infantil, na percepção das crianças e de seus cuidadores*. (Dissertação de mestrado apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, ES. Pp 123.
- Cohen, L. L. (2002). Reducing infant immunization distress through distraction. *Health Psychology*, 21, 207-211. Recuperado, Maio 21, 2016 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11950112>.
- Cohen, L. L., Bernard, R. S., Greco, I. A. & McClellan, C. B (2002). A child-focused intervention for coping with procedural pain: are parent and nurse coaches necessary? *Journal of Pediatric Psychology*, 27(8), 749-757. Recuperado, Junho 20, 2016 de <http://jpepsy.oxfordjournals.org/content/27/8/749.long>.
- Cohen, L. L., Blount, R. L., Cohen, R. J., & Johnson, V. C. (2004). Dimensions of pediatric procedural distress: Children's anxiety and pain during immunizations. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 11 (1), 41-47. Recuperado, Junho 6, 2016 de <http://link.springer.com/article/10.1023/B:JOCS.0000016268.40662.ed>.
- Cohen, L. L., Blount, R. L., Cohen, R. J., Schaen, E. R., & Zaff, J. F. (1999). A comparative study of distraction versus topical anesthesia for pediatric pain management during immunizations. *Health Psychology*, 18, 591-598. Recuperado, Julho 20, 2016 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10619532>.
- Compas, B. E. (1987). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, 10(3), 393-403. Recuperado, Junho 1, 2016 de <http://vkc.mc.vanderbilt.edu/stressandcoping/wp-content/uploads/2014/11/Compas-1987-Psy-Bulletin.pdf>.
- Compas, B. E. (1998). An agenda for coping research and theory: Basic and applied developmental issues. *International Journal of Behavioral*

- Development*, 22, 231–237. Recuperado, Junho 10, 2016 de <http://jbd.sagepub.com/content/22/2/231.extract>.
- Compas, B. E. (2006). Psychological process of stress and coping: Implications for resilience in children and adolescents – comments on the papers of Romeo & McEwen and Fischer et al. *Annual New York Academy of Sciences*, 1094, 226-234. Recuperado, Maio 27, 2016 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17347354>.
- Compas, B. E. (2009). Coping, regulation, and development during childhood and adolescence. In E. A. Skinner, & M. J. Zimmer-Gembeck (Eds.), *Coping and the development of regulation. New Directions for Child and Adolescent Development*, 124, 87–99.
- Compas, B. E., Banez, G. A., Malcarne, V., & Worsham, N. (1991). Perceived control and coping with stress: A developmental perspective. *Journal of Social Issues*, 47, 23-34.
- Compas, B. E., Boyer, M. C., Stanger, C., Colletti, R. B., Thomsen, A. H., Dufton, L. M., et al. (2006). Latent variable analysis of coping, anxiety/depression, and somatic symptoms in adolescents with chronic pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1132–1142. Recuperado, Junho 21, 2016 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17154742>.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127 (1), 87-127.
- Compas, B. E., Conner, J., Osowiecki, D., & Welch, A. (1997). Effortful and involuntary responses to stress: Implications for coping with chronic stress. In B.H. Gottlieb (Ed.), *Coping with chronic stress*. New York: Plenum.
- Compas, B. E., Davis, G. E., Forsythe, C. J., & Wagner, B. M. (1987). Assessment of major and daily stressful events during adolescence: the Adolescent Perceived Events Scale. *Journal of consulting and clinical psychology*, 55(4), 534.
- Compas, B. E., Jaser, S. S., Dunn, M. J., & Rodriguez, E. M. (2012). Coping with chronic illness in childhood and adolescence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 455. Recuperado, Julho 25, 2016 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3319320/>.

- Compas, B. E., Malcarne, V. L., & Banez, G. A. (1992). Coping with psychosocial stress: A developmental perspective. In B. N. Carpenter (Ed). *Personal coping: Theory, research, and application* (pp. 47-63). London: Praeger.
- Compas, B. E., Malcarne, V. L., & Fondacaro, K. M. (1988). Coping with Stressful events in older children and young adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (3), 405-411.
- Conceição, A., & Carvalho, M. (2013). Problemas emocionais e comportamentais em jovens: Relações com o temperamento, as estratégias de coping e de regulação emocional e a identificação de expressões faciais. *Psychologica*, 56, 83-100. DOI: 10.14195/1647-8606_56_5.
- Connell, J. P., & Wellborn, J. G. (1991). Competence, autonomy, and relatedness: A motivational analysis of self-system processes.
- Correia, L. L., & Linhares, M. B. M. (2008). Assessment of the behavior of children in painful situations: literature review. *Jornal de Pediatria*, 84(6), 477-486.
- Correia, K. S. D. L., & Pinto, M. A. M. (2008). Stress, coping e adaptação na transição para o segundo ciclo de escolaridade: efeitos de um programa de intervenção. *Aletheia*, (27), 07-22. Recuperado Julho 28, 2016 de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-03942008000100002&script=sci_arttext&tlng=en.
- Cortina, J. M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*., 78, 98-104. Recuperado, Junho 10, 2016 de <https://helenagmartins.files.wordpress.com/2014/04/cortina-1993-what-is-coefficient-alpha-an-examination-of-theory-and-applications.pdf>.
- Costa, M. C. O., Carvalho, R. C. D., Santana, M. A. O. D., Silva, L. M. S. D., & Silva, M. R. D. (2010). Avaliação do Programa Nacional de Ações Integradas e Referenciais (PAIR) para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes, em Feira de Santana, Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(2), 563-574.
- Costa Júnior., Á. L. (1999). Psico-Oncologia e manejo de procedimentos invasivos em Oncologia Pediátrica: Uma revisão de literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12(1), 107-118.

- Costa Júnior, A. L. (2000). Avaliação do processo de enfrentamento em crianças com câncer: pesquisa para implantação de programa de intervenção. *Pediatria Moderna*, 36 (10), 699-703. Recuperado, Julho 28, 2016 de http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=98.
- Costa Júnior, Á. L., Coutinho, S. M. G., & Kanitz, S. (2000). O enfrentamento do câncer em crianças: a intervenção da Psicologia. *Pediatr. mod*, 36(5), 330-333. Recuperado, Julho 28, 2016 de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=339439&indexSearch=ID>.
- Costelo, A.B. & Osborne, J. W. (2005). Best practices in exploratory Factor Analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment, research and evaluation*, 10 (7), 1-9.
- Couceiro, A. G. D. (2008). *A avaliação das estratégias de coping nas crianças e adolescentes: Questões desenvolvimentistas*. Dissertação de Mestrado não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Coyne, I. (2006). Children's experiences of hospitalization. *Journal of Child Health Care*, 10(4), 326-336.
- Cramer, P. (2000). Defense mechanisms in psychology today: Further processes for adaptation. *American Psychologist*, 55(6), 637-646. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.55.6.637>
- Cramer-Berness, L. J., & Friedman, A. G. (2005). Behavioral interventions for infant immunizations. *Children's Health Care*, 34(2), 95-111. Recuperado, Julho 12, 2016 de http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15326888chc3402_2.
- Crepaldi, M. A., Linhares, M. B. M., & Perosa, G. B. (Orgs.). (2006). *Temas em Psicologia Pediátrica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Crnković, M., Divčić, B., Rotim, Ž., & Čorić, J. (2009). Emotions and experiences of hospitalized school age patients. *Acta Clinica Croatica*, 48(2), 125-134.
- Curry, S. L., & Russ, S. W. (1985). Identifying coping strategies in children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 14(1), 61-69. DOI:10.1207/s15374424jccp1401_10.

- Dalley, J. S., & McMurtry, C. M. (2016). Teddy and I get a check-up: A pilot educational intervention teaching children coping strategies for managing procedure-related pain and fear. *Pain Research and Management*, 2016.
- Damásio, B. F. (2012). Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. *Avaliação Psicológica*, 11(2), 213-228. Recuperado Julho 23, 2016, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712012000200007&lng=pt&tlng=pt.
- Davis L. L., (1992). Instrument review: getting the most from a panel of experts. *Appl Nurs Res* 1992; 5(4):194-197.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). The general causality orientations scale: Self-determination in personality. *Journal of research in personality*, 19(2), 109-134. Recuperado, Julho 13, 2016 de https://sdtheory.s3.amazonaws.com/SDT/documents/1985_DeciRyan_GCO_S.pdf.
- Del Bianco, A. M. F., Cardoso, C. L. (2010). Aspectos psicossociais de acompanhantes cuidadores de crianças com câncer: stress e enfrentamento. *Estud. Psicol.*; 27(1). DOI: [http:// dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2010000100002](http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2010000100002)
- Dell'Aglio, D. D. (2003). O processo de *coping* em crianças e adolescentes: Adaptação e desenvolvimento. *Temas em Psicologia*, 11(1), 38-45.
- Dell'Aglio, D. D., & Hutz, C. S. (2002a). Estratégias de *coping* de crianças e adolescentes em eventos estressantes com pares e adultos. *Psicologia USP*, 13 (2), 203-225.
- Dell'Aglio, D. D., & Hutz, C. S. (2002b). Estratégias de *coping* e estilo atribucional de crianças em eventos estressantes. *Estudos em Psicologia*, 7 (1), 5-13. Recuperado, Julho 28, 2016 de <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v7n1/10949.pdf>.
- Dias, R. R., Baptista, M. N., & Baptista, A. S. D. (2003). Enfermaria de pediatria: avaliação e intervenção psicológica. In M. N. Baptista, & R. R. Dias (Orgs.) *Psicologia Hospitalar: teorias, aplicações e casos clínico* (pp. 53-73) . Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan.
- Dias, T. L., de Oliveira, C. G. T., Enumo, S. R. F., & de Paula, K. M. P. (2013). A dor no cotidiano de cuidadores e crianças com anemia falciforme. *Psicologia USP*, 24(3), 391-411.

- DiGirolamo, A. M., Quittner, A. L., Ackerman, V., & Stevens, J. (1997). Identification and assessment of ongoing stressors in adolescents with a chronic illness: An application of the behavior-analytic model. *Journal of Clinical Child Psychology, 26*, 53–66.
- Ebata, A. T., & Moos, R. H. (1991). Coping and adjustment in healthy and distressed adolescents. *Journal of Applied Development Psychology, 12*, 33–54.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., & Guthrie, I. K. (1997). Coping with stress: The roles of regulation and development. In S. A. Wolchik, & I. Sandler (Eds.), *Handbook of children's coping: Linking theory and intervention* (pp. 41–70). New York: Plenum
- Eiser, C. (1992). Psychological consequences of chronic disease in children. *International Review of Health Psychology, 1*, 145-165.
- Elliott, F. & Eisdorfer, C. (1982). *Stress und human health: Analysis and implications of rearch*. New York: Springer
- Emerich, D. R., da Rocha, M. M., de Mattos Silvaes, E. F., & de Paiva Gonçalves, J. (2012). Diferenças quanto ao gênero entre escolares brasileiros avaliados pelo inventário de comportamentos para crianças e adolescentes (CBCL/6-18). *Psico, 43*(3). Recuperado, Junho 15, 2016 de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/10053/8239>.
- Enumo, S. R. F., Oliveira, C. G. T., Turrini, F. A; Garioli, D. S., & Alves, A. D. (2007). Avaliação do Repertório Verbal de Pré-escolares nascidos prematuros e baixo peso. In: VI Congresso Brasileiro de Psicologia do Desenvolvimento, 2007, Vitoria. *Psicologia do Desenvolvimento e suas Interfaces com a Educação e a Saúde, 2007*.
- Enumo, S. R. F, Oliveira, C. G. T., Turrini, F. A. Garioli, D. S., Alves, A.D., & Felizardo, G. R. (2008). Linguistics and cognitive performance of low birth weight premature brazilian children at the preschool age. In *International Neuropsychological*, Buenos Aires. Sociedad de Neuropsicología de Argentina.
- Enumo, S. R. F., Turrini, F. A., & Garioli, D. S. (2008). Estratégias Metacognitivas em pré-escolares nascidos prematuros e com baixo peso. In: VI Congresso Brasileiro de Tecnologia e (RE) habilitação cognitiva, 2008,

- São Paulo. *Dementia E Neuropsychologia - Official Journal of the Conitive Neurology and Ageing Department of the Brasilian Academy of Neurology and of the Brazilian Association of Geriatric Neuropsychiatry*. São Paulo : Copydesk, 2008. v. 2. p. 55-56.
- Faria, T. D., Oliveira, P. A. F. D., & Mendes, R. (2007). O enfrentamento à exploração sexual de crianças e adolescentes: desafios e caminhos. *Cienc Saude Colet*, 12(5), 115-8. Recuperado, Julho 28, 2016 de <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v12n5/03b.pdf>.
- Favero, L., Dyniewicz, A. M., Spiller, A. P. M., & Fernandes, L. A. (2007). A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de enfermagem: relato de experiência. *Cogitare enferm*, 12(4), 519-24. Recuperado, Julho 13, 2016 de https://www.researchgate.net/profile/Favero_Luciane/publication/269730710_A_PROMOCAO_DO_BRINCAR_NO_CONTEXTO_DA_HOSPITALIZACAO_INFANTIL_COMO_ACAO_DE_ENFERMAGEM_RELATO_DE_EXPERIENCIA/links/55be5c2b08ae9289a099d696.pdf
- (Felizardo) Lorencini, G. R. F., & Vitória, E. S. (2011). Desempenho cognitivo, indicadores comportamentais e afetivo-motivacionais na avaliação assistida de crianças com anemia falciforme [Mestrado Dissertação-Universidade Federal do Espírito Santo]. Espírito Santo.
- Ferreira, E. A. P. (2006). Adesão ao tratamento em psicologia pediátrica. In M. A. Crepaldi, M. B. M. Linhares & G. B. Perosa (Eds.), *Temas em Psicologia Pediátrica* (pp.147-190). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Fields, L. & Prinz R.J. (1997). Coping and adjustment during childhood and adolescence. *Clin Psychol Ver*, 17(8):937-76.
- Floyd, F. J., & Widaman, K. F. (1995). Factor analysis in the development and refinement of clinical assessment instruments. *Psychological assessment*, 7(3), 286.
- Foch, G. F. de L. (2015). Enfrentamento religioso-espiritual de mães de bebês em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219–239.

- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: A study of emotion and *coping* during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C. DeLongis, A. & Gruen, R.J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50 (5), 992-1003.
- Folkman, S., & Moskowitz, J.T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review Psychology*, 55, 745-774.
- Friedman, J., Hastie, T., & Tibshirani, R. (2008). Sparse inverse covariance estimation with the graphical lasso. *Biostatistics*, 9(3), 432-441.
- Garioli, D. S. (2011). *O impacto da dor nas funções executivas e sua relação com as estratégias de enfrentamento em crianças com Anemia Falciforme*. Dissertação de Mestrado publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES.
- Gil, K. M., Williams, D. A., Thompson Jr., R. J., & Kinney, T. R. (1991). Sickle disease in children and adolescents: The relation of child and parent pain *coping* strategies to adjustment. *Journal of Pediatric Psychology*, 16(5), 643-663.
- Grant, J. S., & Davis, L. L. (1997). Selection and use of content experts for instrument development. *Research in nursing & health*, 20(3), 269-274. Recuperado, Julho 28, 2016 de file:///C:/Users/CMO/Downloads/pta_6871_6791004_64131.pdf
- Gravetter, F. J., & Wallnau, L. B. (1996). *Statistics for the behavioral sciences*. Minneapolis, MN: West Publishing Company.
- Graumlich, S. E., Powers, S. W., Byars, K. C., Schwarber, L. A., Mitchell, M. J., & Kalinyak, K. A. (2001). Multidimensional assessment of pain in pediatric sickle cell disease. *Journal of Pediatric Psychology*, 26(4), 203-214.
- Grolnick, W. S., & Ryan, R. M. (1992). Parental resources and the developing child in school. In M. E. Procidano & C. B. F. Fisher (Eds.), *Contemporary families: A handbook for school professionals* (pp. 275–291). New York: Teachers College Press.
- Guimarães, C. A. (2015). *Cuidadores familiares de pacientes oncológicos pediátricos em fases distintas da doença: processo de enfrentamento*.

- Guimera, R., Danon, L., Diaz-Guilera, A., Giralt, F., & Arenas, A. (2003). Self-similar community structure in a network of human interactions. *Physical review E*, 68(6), 065103. Recuperado, Julho 13, 2016 de <http://deim.urv.cat/~alexandre.arenas/publicacions/pdf/email.pdf>.
- Haiat, H., Bar-Mor, G., & Shochat, M. (2003). The world of the child: a world of play even in the hospital. *Journal of Pediatric Nursing*, 18(3), 209-214. Recuperado, Julho 28, 2016 de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0882596303000277>.
- Hair Jr, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (2005). Análise multivariada de dados, 5. Porto Alegre: Bookman.
- Haynes, S. N., Richard, D., & Kubany, E. S. (1995). Content validity in psychological assessment: A functional approach to concepts and methods. *Psychological assessment*, 7(3), 238. Recuperado, Julho 26, 2016 de <http://psycnet.apa.org/journals/pas/7/3/23>
- Heckhausen, J. & Schulz, R. (1995). A lifespan theory of control. *Psychological Review*, 102, 284-304.
- Hernández-Nieto, R. A. (2002). *Contribuciones al análisis estadístico*. Mérida, Venezuela: Universidad de Los Andes/IESINFO.
- Holahan, C., Moos, R., & Schaefer, S. (1996). *Coping*, stress and resistance and growth: Conceptualizing adaptative functioning. Em: M. Zeidner & N. S. Endler (Orgs). *Handbook of coping: Theory, research, applications*, 24-45. New York: Wiley.
- Hostert, P. C. C. P. (2010). *Estratégias de enfrentamento e problemas comportamentais em crianças com câncer, na classe hospitalar*. Dissertação de Mestrado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo.
- Hostert, P. C. D. C. P., Enumo, S. R. F., & Loss, A. B. M. (2014). Brincar e problemas de comportamento de crianças com câncer de classes hospitalares. *Psicologia: teoria e prática*, 16(1), 127-140.
- Hostert, P. C. C. P., Enumo, S. R. F., & Motta, A. B. (2015). *Coping da hospitalização em crianças com câncer, na classe hospitalar*. *Estudos de Psicologia*. Campinas.
- Hostert, P. C. C. P., Motta, A. B., & Enumo, S. R. F. (2011). O enfrentamento da hospitalização em crianças com câncer, na classe hospitalar. In: VIII

- Congresso Brasileiro de Psicologia do Desenvolvimento, Brasília, DF. Anais do VIII Congresso Brasileiro de Psicologia do Desenvolvimento. Brasília, DF: Associação Brasileira de Psicologia do Desenvolvimento, 1, 623-625.
- Hostert, P. C. C. P., Motta, A. B., & Enumo, S. R. F. (2011). O brincar no hospital e problemas comportamentais em crianças com câncer, na classe hospitalar. In: VIII Congresso Brasileiro de Psicologia do Desenvolvimento, Brasília, DF. Anais do VIII Congresso Brasileiro de Psicologia do Desenvolvimento. Brasília, DF: Associação Brasileira de Psicologia do Desenvolvimento, 1, 625-627.
- Hubert, N. C., Jay, S. M., Saltoun, M., & Hayes, M. (1988). Approach-avoidance and distress in children under preparation for painful medical procedures. *Journal of Clinical Child Psychology*, 17, 194–202.
- las, T. L., Oliveira, C. G. T. de, Enumo, S. R. F., & Paula, K. M. P. de. (2013). A dor no cotidiano de cuidadores e crianças com anemia falciforme. *Psicologia USP (Impresso)*, 24, 391-411.
- Joly, M. C. R. A., Martins, R. X., Abreu, M. C., Souza, P. R. R., & Cozza, H.F.P. (2004). Análise da produção científica em Avaliação Psicológica Informatizada. *Avaliação Psicológica*, 3(2), 121-129.
- Jones, C. W. (2015). *Parental stress and coping during the hospitalization of a child*. The University of North Carolina at Chapel Hill.
- Justo, A. P. (2015). Autorregulação em adolescentes: Relações entre estresse, enfrentamento, temperamento e problemas emocionais e de comportamento. 2015. Tese (Doutorado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.
- Justo, A. P., & Enumo, S. R. F. (2015). Problemas emocionais e de comportamento na adolescência: o papel do estresse. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 35 (89), 350- 370. Academia Paulista de Psicologia, São Paulo. Recuperado, Julho 25, 2016 de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=94643848007>.
- Karling, M. (2006). Child behaviour and pain after hospitalization, surgery and anaesthesia.
- Khan, K. A., & Weisman, S. J. (2007). Nonpharmacologic Pain Management Strategies in the Pediatric Emergency Department. *Clinical Pediatric*

- Emergency Medicine*, 8, 240–247. DOI: <http://doi.org/10.1016/j.cpem.2007.08.008>
- Kim, J. S., Park, J. H., Foster, R. L., & Cheng, S. (2011). Psychometric Assessment of the Emotional Reactions Instrument-Korean (ERI-K) to Measure Korean Children's Emotional Reaction to Hospitalization. *Journal of Transcultural Nursing*, 22(1), 31-39.
- Klein, V.C., & Linhares, M.B.M. (2007). Temperamento, comportamento e experiência dolorosa na trajetória de desenvolvimento da criança. *Paidéia*, 17(36), 33-44.
- Klosky, J.L., Tyc V. L., Srivastava, D.K., Tong, X., Kronenberg, M., Booker, Z.J., Armendi, A.J.& Merchant, T.E. (2004). Brief Report: Evaluation of an Interactive Intervention Designed to Reduce Pediatric Distress During Radiation Therapy Procedures. *J. Pediatr. Psychol*, 29 (8):621-626.
- Kohlsdorf, M., & Costa Júnior, A. L. (2008). Estratégias de enfrentamento de pais de crianças em tratamento de câncer. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25(3), 417-429.
- Kohlsdorf, M., & Costa Júnior, Á. L. (2009). Enfrentamento entre cuidadores de pacientes pediátricos em tratamento de leucemia. *Interação em Psicologia*, 13(2), 263-274. Recuperado Julho 23, 2016 de <http://repositorio.unb.br/handle/10482/6013>.
- Kramer, U., & Drapeu, M. (2009). The Cognitive Errors and Coping Patterns of Child Molesters as Assessed by External Observers: a Pilot Study. *The Open Criminology Journal*, 2, 24-28. Recuperado, Julho 15, 2016 de <http://benthamopen.com/contents/pdf/TOCRIJ/TOCRIJ-2-24.pdf>.
- Kristensen, C. H., Schaefer, L. S., & Busnello, F. B. (2010). Coping strategies and stress symptoms in adolescence. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 27 (1), 21-30. Recuperado, Maio 29, 2016 de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2010000100003.
- Krohne, H. W. (2002). Stress and coping theories. In N. J. Smelser, & P. B. Baltes (Eds.), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (pp. 15563-15170). London: Elsevier Oxford.

- Lazarus, R. S. (1993a). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247. Recuperado, Junho 17, 2016 de <http://www.emotionalcompetency.com/papers/coping%20research.pdf>.
- Lazarus, R. S. (1993b). From psychological stress to the emotions: A history changing outlooks. *Annual Review Psychology*, 44, 1-21. Recuperado, Junho 17, 2016 de <http://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.ps.44.020193.000245>.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publesching Company.
- Leal, R. N. (2005). *ACAAPSI - Ambiente computacional de apoio a avaliações psicológicas e psicopedagógicas- Módulo avaliador- Um ambiente de apoio a avaliações psicológicas para o ACAAPSI*. Dissertação de Mestrado não publicada, Programa de Mestrado em Informática, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES.
- Lecussán, P., (2001). A criança e o diagnóstico. O pediatra deve contar à criança doente seu diagnóstico? *Revista da Associação Médica Brasileira*. São Paulo. Recuperado Maio 13, 2016, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302001000400017.
- Lees, D. C. (2007). *An empirical investigation of the Motivational Theory of Coping in middle to late childhood*. Tese de Doutorado não publicada, School of Psychology, Griffith University, Brisbane, Australia.
- Lemétayer, F., & Chateaux, V. (2008). Les instruments de mesure des stratégies adaptatives des enfants face à une maladie chronique: une revue de la littérature. *Archives de pédiatrie*, 15(2), 162-169.
- Levy, M. C., Kronenberger, W. G., & Carter, B. D. (2008). Brief report: illness factors and child behavior before and during pediatric hospitalization. *Journal of pediatric psychology*, 33(8), 905-909. Recuperado, Julho 15, 2016 de <http://jpepsy.oxfordjournals.org/content/33/8/905.short>
- Li, H. C. W., Chung, O. K. J., Wong, M. L. E., & Ho, K. Y. (2010). Coping behaviour checklist for Chinese children: Development and psychometric testing. *Journal of advanced nursing*, 66(7), 1633-1643.

- Lima, A. S. S. (2009). *Avaliação de Estratégias de Coping em Crianças com Cancro: Estudo Exploratório*. Dissertação de Mestrado, Mestrado Integrado em Psicologia (Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo Psicologia da Saúde e da Doença), Universidade de Lisboa.
- Lima, A. S., Barros, M. L. T. Q., & Enumo, S. R. F. (2014). Análise de dois instrumentos de *coping* aplicados em crianças portuguesas hospitalizadas. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 31 (4). Recuperado, Junho 10, 2016 de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2014000400010.
- Lima, A. S., Barros, M. L. T. Q., Enumo, S. R. F. (2014). Enfrentamento em crianças portuguesas hospitalizadas por câncer: comparação de dois instrumentos de avaliação. *Estudos de Psicologia* (PUCCAMP. Impresso), 31, 559-571.
- Linacre, J. M. (2011). *A user's guide to winsteps, program manual 3.74.0*. Chicago: Winsteps.com.
- Lipp, M. E. N. (2000). *Manual do Inventário de Sintomas de Estresse para adultos de Lipp (ISSL)*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. E. N. (2010). O Modelo Quadrifásico do Stress. In: *Mecanismos Neuropsicofisiológicos do Stress: Teoria e Aplicações Clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. E. N., & Tanganelli, M. S. (2002). Stress e qualidade de vida em magistrados da justiça do trabalho: diferenças entre homens e mulheres. *Psicologia: reflexão e crítica*, 15(3), 537-548.
- Lisboa, C., Koller, S. H., Ribas, F. F., Bitencourt, K., Oliveira, L., Porciuncula, L. P., & Marchi, R. B. (2002). Estratégias de coping de crianças vítimas e não vítimas de violência doméstica. *Psicologia: Reflexão e Crítica.*, 15 (2), 345-362. Recuperado, Julho 28, 2016 de <http://www.scielo.br/pdf/prc/v15n2/14358.pdf>.
- Löhr, S. S. (1992). *Uma análise de entrevistas com acompanhantes e de observação de crianças com leucemia numa tentativa de sua compreensão psicológica*. Dissertação de Mestrado não publicada, Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

- Lynch, A. M., Kashikar-Suck, S., Goldschneider, K. R., & Jones, B. A. (2006). Psychosocial risks for disability in children with chronic back pain. *Journal of Pain*, 7, 244–251.
- Lynn, M. R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing research*, 35(6), 382-386. Recuperado, Julho 28, 2016 de http://journals.lww.com/nursingresearchonline/citation/1986/11000/determination_and_quantification_of_content.17.aspx.
- Lyu, Q. Y., Kong, S. K., Wong, F. K., You, L. M., Yan, J., Zhou, X. Z., & Li, X. W. (2016). Psychometric Validation of an Instrument to Measure Family Coping During a Child's Hospitalization for Cancer. *Cancer nursing*. DOI: 10.1097/NCC.0000000000000382.
- Machado, W. L., Vissoci, J., & Epskamp, S. (2015). Análise de rede aplicada à psicometria e à avaliação psicológica. In C. S. Hutz, D. R. Bandeira, & C. M. Trentini. *Psicometria*, 125-146.
- Mackey, A., Gass, S. (2005). Common data collection measures. *Second language research: methodology and design*. Mahwah: Lawrence Erlbaum, 43-99.
- MacLaren, J. E., & Cohen, L. L. (2005). A Comparison of Distraction Strategies for Venipuncture Distress in Children, *J. Pediatr. Psychol*, 30 (5): 387-396. DOI: 10.1093/jpepsy/jsi062
- Magalhães, S. C. R. S. (2011). *A vivência de transições na parentalidade face ao evento hospitalização da criança* [Em linha]. Porto: [s.n.]. Tese de Mestrado apresentada na Stress Parental em Pais de Crianças Hospitalizadas 101, Cristina Figueirinha Rocha Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Manne, S. L., Bakeman, R., Jacobsen, P. B., & Redd, W. H. (1993). Children's coping during invasive medical procedures. *Behavior therapy*, 24(1), 143-158. Recuperado, Junho 14, 2016 de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005789405802606>.
- Manne, S. L., Bakeman, R., Jacobsen, P. B., Gorfinkle, K., & Redd, W. H. (1994). An analysis of a behavioral intervention for children undergoing venipuncture. *Health Psychology*, 13(6), 556. Recuperado, Junho 16, 2016 de <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=1995-14627-001>.

- Manne, S. L., Redd, W. H., Jacobsen, P. B., Gorfinkle, K., Schorr, O., & Rapkin, B. (1990). Behavioral intervention to reduce child and parent distress during venipuncture. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*(5), 565.
- Marchand, G., & Skinner, E. A. (2007). Motivational dynamics of children's academic help-seeking and concealment. *Journal of Educational Psychology, 99*(1), 65.
- McCaffrey, C. N. (2006). Major stressors and their effects on the well-being of children with cancer. *Journal of Pediatric Nursing, 21*(1), 59-66.
- McClellan, C. B., Cohen, L. L., & Joseph, K. E. (2003). Infant distress during immunization: A multimethod assessment. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 10* (4), 231-238.
- McDaniel, S., Hepworth, J., & Doherty, W. (1994). *Terapia familiar médica: em enfoque biopsicossocial com problemas de saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas
- Melamed, B. G., & Siegel, L. J. (1975). Reduction of anxiety in children facing hospitalization and surgery by use of filmed modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43*(4), 511.
- Menezes, M., Moré, C. O., & Barros, L. (2008). Psicologia Pediátrica e seus desafios actuais na formação, pesquisa e intervenção. *Análise psicológica, 26*(2), 227-238. DOI: 10.14417/ap.490.
- Mensorio, M. S., Kohlsdorf, M., & Costa Junior, Á. L. (2009). Cuidadores de crianças e adolescentes com leucemia: análise de estratégias de enfrentamento. *Psicologia em revista, 15*(1), 158-176. Recuperado, Junho 20, 2016 de <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/P.1678-9563.2009v15n1p158/644>.
- Messick, S. (1980). Test validity and the ethics of assessment. *American Psychologist, 35*, 102-1027.
- Miller, S. L. (1953). A Production of Amino Acids under Possible Primitive Conditions. *Science, New Series, 17*, 528-529.
- Brasil, & Ministério da Saúde. (2009). Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal.

- Mitre, R. M. D. A. (2000). *Brincando para viver: um estudo sobre a relação entre a criança gravemente adoecida e hospitalizada e o brincar* (Doctoral dissertation, Instituto Fernandes Figueira).
- Miyazaki, M. C. O. S. (2001). Asma na infância: pesquisa e prática clínica em psicologia pediátrica. Em D. R. Zamignani (Org.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 3. A aplicação da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos* (pp. 19-24). Santo André: ARBytes.
- Moraes, E. O. (2007). *Avaliação do enfrentamento da hospitalização em crianças por meio de instrumentos informatizados*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, ES. Recuperado, Julho 3, 2016 de http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese_2194_.pdf.
- Moraes, E. O. & Enumo, S. R. F. (2008). Estratégias de enfrentamento da hospitalização em crianças avaliadas por instrumento informatizado. *PsicoUSF*, 13(2) 221-231. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712008000200009>.
- Moraes, A. B. A., Possobom, R. F., Costa Jr., A. L., Fonseca, C. M. M., Silva, A. R. C., & Rolim, G. S. (2006). A Psicologia Pediátrica aplicada à Odontologia. In M. A. Crepaldi, M.B.M. Linhares, & G.B. Perosa (Eds.), *Temas em Psicologia Pediátrica*, (pp.219-257). São Paulo, Casa do Psicólogo.
- Moro, E. T., & Módolo, N. S. P. (2004). Ansiedade, a criança e os pais. *Rev Bras Anestesiol*, 54(5), 728-738. Recuperado, Julho 12, 2016 de <http://www.scielo.br/pdf/rba/v54n5/v54n5a15.pdf>.
- Motta, A. B. (2001). *Brincar no Hospital: Câncer infantil e avaliação do enfrentamento da hospitalização*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Espírito Santo, Vitória.
- Motta, A. B. (2007). *Brincando no hospital: uma proposta de intervenção psicológica para crianças internadas com câncer*. Tese de Doutorado não publicada. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES.
- Motta, A. B., & Enumo, S. R. F. (2002). Brincar no hospital: Avaliação do enfrentamento da hospitalização. *Psicologia: Saúde & Doença*, 3(1), 23-41. Recuperado, Maio 30, 2016 de <http://www.sp-ps.org.pt>

- Motta, A. B., & Enumo, S. R. F. (2004a). Brincar no hospital: Estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. *Psicologia em Estudo*, 9(1), 19-28. Recuperado, Junho 3, 2016 de <http://www.scielo.br/pdf/pe/v9n1/v9n1a04.pdf>.
- Motta, A. B., & Enumo, S. R. F. (2004b). Câncer infantil: Uma proposta de avaliação das estratégias de enfrentamento da hospitalização. *Estudos de Psicologia*, 21(3), 193-202. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2004000300004>.
- Motta, A. B., & Enumo, S. R. F. (2005). Análise de estratégias de enfrentamento não-facilitadoras da hospitalização em crianças com câncer. In H. Guilhardi & N.C.Aguirre (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Expondo a variabilidade* (v. 15, pp. 29-38). Santo André: ESETec.
- Motta, A. B., & Enumo, S. R. F. (2009). AEH – *Instrumento para avaliação do enfrentamento da hospitalização e ABH – Avaliação do brincar no hospital: Descrição e instruções de aplicação*. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
- Motta, A. B., & Enumo, S. R. F. (2010). Intervenção Psicológica Lúdica para o Enfrentamento da Hospitalização em Crianças com câncer. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26 (3), 445-454. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722010000300007>.
- Motta, A. B., Enumo, S. R. F., & Ferrão, E. S. (2006). Avaliação das estratégias de enfrentamento da hospitalização em crianças com câncer. In M. B. M. Linhares, M. A. Crepaldi, & G. B. Perosa (Orgs.), *Temas em Psicologia Pediátrica* (pp. 191-217). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Motta, A. B., Perosa, G. B., Barros, L., Silveira, K. A., Lima, A. S. da S., Carnier, L. E., Hostert, P. C. da C. P. , & Caprini, F. R. (2015). Comportamentos de coping no contexto da hospitalização infantil. *Estudos de Psicologia (PUCCAMP. Impresso)*, 32, 331-341. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-166X2015000200016>.
- Motta-Loss, A. B., Caprini, F. R., Rigoni, P. V. M. S., & De Andrade, B. L. S. (2015). Estados emocionais e estratégias de enfrentamento de mães de recém-nascidos de risco. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 8, 3-18. Recuperado, Julho 13, 2016 de

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202015000100002.

- Moura, F. M. D., Costa Júnior, Á. L., Dantas, M. S. D. A., Araújo, G. D. C. B., & Collet, N. (2014). Playful intervention with chronically-ill children: promoting coping. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 35(2), 86-92. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.02.41822>
- Murphy, K. R., & Davidshofer, C. O. (1988). *Psychological testing: Principles and applications*.
- Oliveira, A. W., & Enumo, S. R. F. (2014). Estratégias de enfrentamento de crianças e adolescentes: Uma revisão sistemática. In XX Encontro de Iniciação Científica, V Encontro de Iniciação em Desenvolvimento Tecnológico e Inovação. *Anais* (on line, 6 pp.). Campinas: PUC-Campinas.
- Oliveira, C. G. T. (2008). Indicadores cognitivos, lingüísticos, comportamentais e acadêmicos em pré-escolares prematuros e nascidos a termo. Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais, PPGP, 186-199.
- Oliveira, C. G. T. (2013). Enfrentamento da dor na Anemia Falciforme: uma proposta de avaliação e intervenção psicológica em crianças. Tese de Doutorado não publicada. Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória-ES.
- Oliveira, C. G. T., Enumo, S. R. F., Azevedo Jr., R. R., & Queiroz, S.S. (2011). Indicadores cognitivos, linguísticos, comportamentais e acadêmicos de pré-escolares nascidos pré-termo e a termo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(3), 73-80. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722011000300003>
- Oliveira, C. G. T., Enumo, S. R. F., & Paula, K. M. P. (2013). Enfrentando a dor: uma proposta de intervenção psicológica com crianças com anemia falciforme. In: *7th Congresso WCBCT*, Lima, Peru.
- Oliveira, C. G. T., Garioli, D. S., Felizardo, G. R., Paula, K. M. P. & Enumo, S. R. F. (2011) Avaliação do enfrentamento da dor em crianças com Anemia Falciforme. In: VIII Congresso Iberoamericano de Avaliação/Evaluación Psicológica, XV Conferência Internacional Avaliação Psicológica: Formas e Contextos, Lisboa, Portugal. Actas do VIII Congresso Iberoamericano de Avaliação/Evaluación Psicológica. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia, v. 1. p. 1402-1413.

- Oliveira, L. D. B., Gabarra, L. M., Marcon, C., Silva, J. L. C., & Macchiaverni, J. (2009). A brinquedoteca hospitalar como fator de promoção no desenvolvimento infantil: relato de experiência. *Revista Brasileira de Crescimento Desenvolvimento Humano*, 19(2), 306-312.
- Pacheco, S. T. D. A., & Cabral, I. E. (2011). Alimentação do bebê de baixo peso no domicílio: enfrentamentos da família e desafios para a enfermagem. *Esc Anna Nery*, 15(2), 314-322. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000200014>
- Pasquali, L. (1997). *Psicometria: teoria e aplicações: a teoria clássica dos testes psicológicos*. Ed. da UnB.
- Pasquali, L. (Org.) (1999). *Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração*. Brasília: LabPAM / IBAPP.
- Pasquali, L. (2010). *Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Pasquali, L., e colaboradores (2010). *Instrumentação psicológica: Fundamentos e Práticas*. Porto Alegre, ARTMED.
- Patel, A., Schieble, T., Davidson, M., Tran, M. C. J., Schoenberg, C., Delphin, E., & Bennet, H. (2006). Distraction with a handheld video game reduces pediatric preoperative anxiety. *Pediatric Anesthesia*, 16, 1019-1027.
- Patterson, G. R., Chamberlain, P., & Reid, J. B. (1982). A comparative evaluation of a parent training program. *Behavior Therapy*, 13, 638-650. Recuperado, Junho 30, 2016 de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000578948280021X>.
- Patterson, J. M., & McCubbin, H. I. (1987). Adolescent coping style and behaviors: Conceptualization and measurement. *Journal of Adolescence*, 10, 163-186.
- Pervin, L. A. & John, O. L., (2003). *Personalidade: teoria e pesquisa* Artmed, 8.
- Petersen, C., Schmidt, S., Bullinger, M., & DISABKIDS Group. (2004). Brief report: Development and pilot testing of a coping questionnaire for children and adolescents with chronic health conditions. *Journal of Pediatric Psychology*, 29(8), 635-640.
- Peterson, L. (1989). Coping by children undergoing stressful medical procedures: Some conceptual, methodological, and therapeutic issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 380-387.

- Peterson, L., Harbeck, C., Chaney, J., & Farmer, J.. (1990). Children's coping with medical procedures: A conceptual overview and integration. *Behavioral Assessment*, 12(2), 1990, 197-212. Recuperado, Julho 15, 2016 de https://www.researchgate.net/publication/235332085_Children's_coping_with_medical_procedures_A_conceptual_overview_and_integration.
- Peterson, L., Sherman, D. D., & Zink, M. (1994). Applications to pediatric psychology. *Cognitive and behavior interventions: An empirical approach to mental health problems*, 359-375.
- Pinquart, M., & Shen, Y. (2011). Behavior problems in children and adolescents with chronic physical illness: a meta-analysis. *Journal of pediatric psychology*, jsr042. Recuperado, Junho 29, 2016 de <http://jpepsy.oxfordjournals.org/content/early/2011/07/28/jpepsy.jsr042.short>.
- Pinquart, M., & Teubert, D. (2011). Academic, physical, and social functioning of children and adolescents with chronic physical illness: a meta-analysis. *Journal of pediatric psychology*, jsr106. DOI: 10.1093/jpepsy/jsr106
- Pinto, M. C. M. "et al". (2009). Significado do cuidar da criança e a percepção da família para a equipe de enfermagem. *Revista Einstein* (Hospital Israelita Albert Einstein), 7 (1 Pt 1), São Paulo, SP.
- Potasz, C., Varela, M. J. V. D., Carvalho, L. C. D., Prado, L. F. D., & Prado, G. F. D. (2013). Effect of play activities on hospitalized children's stress: a randomized clinical trial. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 20(1), 71-79. DOI: 10.3109/11038128.2012.729087.
- Poveda, C. L. E. C., Silva, J. A., Passareli, P., Santos, J. & Linhares, M. B. M. (2010). *Instructions for administering the Faces Pain Scale – Revised (FPS-R) in languages other than English*. *Pediatric Pain Sourcebook*, www.painsourcebook.ca
- Prado, O. Z. (2005). Softwares para Psicologia: Regulamentação, produção nacional e pesquisas em Psicologia Clínica. *Boletim de Psicologia*, 123(4), 189-204. Recuperado, Junho 30, 2016 de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432005000200006.
- Pretzlik, U. (1997). Children coping with a serious illness: a study exploring distress and coping in children with leukaemia or aplastic anaemia. Amsterdam: SCO-Kohnstamm Instituut University of Amsterdam, 1997.

- Primi, R., Muniz, M. & Nunes, C. H. S. (2009). Definições contemporâneas de validade de testes psicológicos. In: Hutz, C. S. (org.). *Avanços e polêmicas em avaliação psicológica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Query, J. M, Reichelt, C., & Christoferson, L. A. (1990). Living with chronic illness: a retrospective study of patients shunted for hydrocephalus and their families. *Developmental Medicine and Child Neurology*. 32, 119-128.
- Quittner, A. L., Tolbert, V. E., & Regoli, M. J. (1996). Development of the role-play inventory of situations and coping strategies for parents of children with cystic fibrosis. *Journal of Pediatric Psychology*, 21, 209–235
- Raimundo, R. C. P., & Pinto, M. A. P. M. (2006). Stress e estratégias de coping em crianças e adolescentes em contexto escolar. *Aletheia*, (24), 09-19. Recuperado, Julho 23, 2016 de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942006000300002&lng=pt&tlng=pt.
- Ramos, F. P. (2012). Uma proposta de análise do coping no contexto de grupo de mães de bebês prematuros e com baixo peso na Unidade de terapia Intensiva Neonatal. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Ciências Humanas e Naturais. Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES.
- Ramos, F. P., Enumo, S. R. F., & Paula, K. M. P. de. (2015). Teoria Motivacional do Coping: uma proposta desenvolvimentista de análise do enfrentamento do estresse. *Estudos de Psicologia (PUCCAMP. Impresso)*, 32, 269-279.
- Reid, G. J., Chambers, C. T., McGrath, P. J., & Finley, G. A. (1997). Coping with pain and surgery: Children's and parents' perspectives. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 339–363.
- Reid, G. J., Gilbert, C. A., & McGrath, P. J. (1998). The pain coping questionnaire: preliminary validation. *Pain*, 76(1), 83-96.
- Rennick, J. E., Dougherty, G., Chambers, C., Stremmler, R., Childerhose, J. E., Stack, D. M., ... Hutchison, J. (2014). Children's psychological and behavioral responses following pediatric intensive care unit hospitalization: the caring intensively study. *BMC Pediatrics*, 14(1), 276. <http://doi.org/10.1186/1471-2431-14-276>

- Risso, G., Santos, A. R. R., Sabino, A. V., Bernardes-da-Rosa, L. T., & Borim, L. N. B. (2001). Estratégias de enfrentamento, ansiedade e depressão em crianças com câncer. *Revista SBPH*, 4 (2), 35-38.
- Roberts, M. C., & Steele, R. G. (Eds.). (2009). *Handbook of Pediatric Psychology*. Guilford Press.
- Rocha, M. M., Araujo, L. G. S., & Silveiras, E. F. M. (2008). Um estudo comparativo entre duas traduções brasileiras do Inventários de Auto-Avaliação para jovens (YSR). *Psicol Teor Prat*, 10:14-24.
- Rocha, M. M., & Silveiras, E. F. (2011). Testagem da estrutura factorial do Youth Self-Report no Brasil. In: Anais do V Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica [CD-ROM]. Bento Gonçalves: Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica.
- Rossato, A. L., & Boer, N. (2016). O Impacto Emocional da Hospitalização em Crianças de Seis a Dez Anos. *Disciplinarum Scientia| Saúde*, 3(1), 145-164.
- Rubio, D. M., Berg-Weger, M., Tebb, S. S., Lee, E. S., & Rauch, S. (2003). Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. *Social work research*, 27(2), 94-104. Recuperado, Julho 21, 2016 de <http://swr.oxfordjournals.org/content/27/2/94.full.pdf+html>.
- Rudolph, K. D., Denning, M. D., & Weisz, J. R. (1995). Determinants and consequences of children's coping in the medical setting conceptualization, review, and critique. *Psychological Bulletin*, 118, 328-357.
- Saggese, E. S. R., & Maciel M. (1996). O brincar na Enfermaria Pediátrica: recreação ou instrumento terapêutico? *Pediatria Moderna*, 32 (3), 290-292.
- Salmela, M., Salanterä S., & Aronen E. T. (2010). Coping with hospital-related fears: experiences of pre-school-aged children. *Journal of Advanced Nursing* 66(6), 1222–1231. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05287.x
- Santos, S.M.P. (2000). *Brinquedoteca: A criança, o adulto e o lúdico*. Petrópolis-RJ: Vozes, 2000.
- Santos, C. T. dos, & Sebastiani, R. W. (2001). Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doenças crônicas. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (org). *E a Psicologia entrou no hospital...* 3. ed. reimpr. São Paulo: Pioneira, 2001, cap. 3, p. 147-176

- Santos, C. T. & Sebastiani, R. W. (1998) Acompanhamento Psicológico à pessoa portadora de doença crônica. In: Angerami-Camon, V.A. *E a psicologia entrou no hospital...* São Paulo, Pioneira, p.147 – 176.
- Sapienza, G., & Pedromônico, M. R. M. (2005). Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo*, 10 (2), 209-216.
- Savóia, M. G. (2000). Instrumentos para a avaliação de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (coping) em situações de estresse, 377-386. In: C. Gorestein, L. H. S. G. Andrade & A. W. Zuardi (Orgs.) *Escala de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos Editorial.
- Savóia, M. G., Santana, P., & Mejias, N. P. (1996). Adaptação do inventário de estratégias de *coping* de Folkman e Lazarus para o português. *Revista de Psicologia USP*, 7, 183-201.
- Scannavino, C. S. S., Sorato, D. B., Lima, M. P., Franco, A. H. J., Martins, M. P., Júnior, J. C. M., & Valério, N. I. (2013). Psico-Oncologia: atuação do psicólogo no Hospital de Câncer de Barretos. *Psicologia USP*, 24(1), 35-53.
- Schmidt, C., Dell'Aglio, D. D., & Bosa, C. A. (2007). Estratégias de coping de mães de portadores de autismo: lidando com dificuldades e com a emoção. *Psicol Reflex Crit*, 20(1), 124-31. Recuperado, Julho 28, 2016 de <http://www.scielo.br/pdf/prc/v20n1/a16v20n1>.
- Schultz, L. F. (2007). A família vivenciando a doença e hospitalização da criança: Protegendo o filho do mundo e o não o mundo do filho, 222p., Dissertação (Mestrado em Enfermagem), CEPPE- Universidade de Guarulhos.
- Schwanck, R. H., & Silva, M. R. S. (2006). Processos que sustentam o enfrentamento da experiência de abuso sexual na infância: um estudo de caso. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 5(3), 380-388. DOI: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v5i3.5038>.
- Seibel G, Sanchez F. (1992). A criança, seu desenvolvimento, do nascimento à adolescência - evolução e implicações na hospitalização. In: *Biehl JI. Manual de enfermagem pediátrica*. Rio de Janeiro: Medsi, 6-9.
- Seidl, E. M. F., Rossi, W. D. S., Viana, K. F., Meneses, A. K. F. D., & Meireles, E. (2005). Crianças e adolescentes vivendo com HIV/Aids e suas famílias:

- aspectos psicossociais e enfrentamento. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 21(3), 279-288. Recuperado, Julho 28, 2016 de <http://www.scielo.br/pdf/%0D/ptp/v21n3/a04v21n3.pdf>.
- Selye, H. (1946). The general adaptation syndrome and diseases of adaptation. *Journal of Clinical Endocrinology* 6, 117-231.
- Siegel, L. J., & Hudson, B. O. (1992). Hospitalization and medical care of children. In C. E. Walker, & M. C. Roberts (Eds.), *Handbook of clinical child psychology* (pp. 845-858). New York: John Wiley & Sons.
- Sigaud C. H. S., & Verissimo M. R. (1996). *Enfermagem pediátrica: o cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente*. São Paulo: EPU.
- Sigaud C. H. S., & Veríssimo M. R. (2007). O Cuidado Oferecido À Criança Portadora de Infecção Respiratória. *Enfermagem e a Saúde da Criança na Atenção Básica* 17, 393-416.
- Silva, A. M. B. (2013). Avaliação e intervenção psicofisiológica no coping da dor em bailarinos: Análise de uma proposta. Projeto de Tese de Doutorado aprovado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP.
- Silva, C., & Caires, S. (2010). Inventário de Fatores de Estresse nos alunos do 12º ano: Construção e validação de um instrumento. *Psico-USF*, 15 (3), 405-413.
- Silva, L. D. F. D., Guedes, M. V. C., Moreira, R. P., & Souza, A. C. C. D. (2002). Doença crônica: o enfrentamento pela família. *Acta paul. enferm*, 15(1), 40-47. Recuperado, Julho 28, 2016 de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=10169&indexSearch=ID>.
- Silva, M. C. (2009). Estratégias de Enfrentamento utilizadas por crianças durante a hospitalização. Monografia não publicada. Psicologia, Universidade Vale do Rio Doce.
- Silva, M. D. A. S., Collet, N., Silva, K. D. L., & Moura, F. M. D. (2010). Cotidiano da família no enfrentamento da condição crônica na infância. *Acta Paul Enferm*, 23(3), 359-65.
- Silva, M. G. N. (2001). Doenças Crônicas na infância: Conceito, prevalência e repercussões emocionais. *Revista de pediatria (Ceará)*, 2(2), 29-32.

- Silva, S. M. M., Borges, E. P., & Mendonça, F. M. A (2010). O brincar para as crianças hospitalizadas e suas mães. In A. M. Pérez-Ramos & V. B. Oliveira. (Eds.). *Brincar é saúde – o lúdico como estratégia preventiva* (pp. 101-132). Rio de Janeiro: Wak.
- Silvares, E. F. M., Meyer, S. B., Santos, E. O. L., & Gerencer, T. T. (2006). Um estudo em cinco clínicas-escolas brasileiras com a Lista de Verificação Comportamental para Crianças (CBCL). In E. F. M. Silvares (Org.), *Atendimento Psicológico em Clínicas-escola* (pp. 59-72). Campinas: Editora Alínea
- Silveira, K. A., (1984). A promoção do engajamento discente por professoras de classe inclusiva e suas relações com processos de estresse e coping docente. Tese de Doutorado publicada. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES.
- Silveira, K. A. (2014). A promoção do engajamento discente por professoras de classe inclusiva e suas relações com processos de estresse e coping docente. Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória.
- Siqueira, H. C. H. D., Casarin, S. T., & Rockembach, J. V. (2010). Morte pediátrica no cotidiano de trabalho do enfermeiro: sentimentos e estratégias de enfrentamento.
- Skinner, E. A. (1992). Perceived control: Motivation, coping and development. In: R. Schwarzer. *Self-efficacy: Thought control os action* (pp. 91-106). Washington: Hemisphere Publishing Corporation.
- Skinner, E. A. (1998). Strategies for studying social influences on motivation. In J. Heckhausen & C. Dweck (Eds.), *Motivation and self-regulation across the life span* (pp. 216 - 234). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Skinner, E. A. (1999). Action regulation, coping and development. In J.B. Brandtstadter & R.M. Lerner (Eds) *Action and self-development* (pp. 465-503). Thousand Oaks Ca: Sage
- Skinner, E. A. (2007). Coping assessment. In: S. Ayers, A. Baum, C. McManaus, S. Newman, K. Wallston, J. Weinman, et al. (Eds). *Cambridge handbook of psychology, health and medicine* (2 ed., pp. 245-250). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

- Skinner, E. A., Chapman, M., & Baltes, P. B. (1988). Control, means-ends, and agency beliefs: A new conceptualization and its measurement during childhood. *Journal of personality and social psychology*, 54(1), 117.
- Skinner, E. A., & Edge, K. (1998). Reflections on *coping* and development across the lifespan. *International Journal of Behavioral Development*, 22, 357–366.
- Skinner, E. A., & Edge, K. (2002a). Parenting, motivacion, and development of coping. In L. J. Crockett (Ed). *The Nebraska Symposium on Motivation: Motivation, agency, and the life course* (pp. 77-143). Lincoln NB: University of Nebraska Press.
- Skinner, E. A., & Edge, K. (2002b). Self-determination, coping and development. In E.L. Deci & R.M. Ryan (Eds), *Handbook of self-determination research* (pp.297-337). Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Skinner, E. A., Edge, K., Altaman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of *coping*: A review and critique of category systems for classifying ways of *coping*. *Psychological Bulletin*, 129(2), 216-269.
- Skinner, E. A., Johnson, S., & Snyder, T. (2005). Six dimensions of parenting: A motivational model. *Parenting: Science and practice*, 5(2), 175-235.
- Skinner, E. A., Kindermann, T. A., & Furrer, C. J. (2009). A motivational perspective on engagement and disaffection: Conceptualization and assessment of children's behavioral and emotional participation in academic activities in the classroom. *Educational and psychological measurement*, 69(3), 493-525.
- Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). The development of *coping*. *Annual Review of Psychology*, 58, 119–144.
- Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck M. J. (2009). Challenges to the developmental study of *coping*. In E. A. Skinner & M. J. Zimmer-Gembeck (Eds.), *Coping and the development of regulation. New Directions for Child and Adolescent Development* (124, pp. 5–17). San Francisco: Jossey-Bass.
- Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2011). Perceived control, coping, and development. In S. Folkman (Ed.), *Oxford Handbook of Stress, Health, and Copin*, 35-58. Oxford University Press: Oxford, Great Britain.

- Skinner, E. A., & Wellborn, J. G. (1994). *Coping during childhood and adolescence: A motivational perspective*. In D. Featherman, R. Lerner, & M. Perlmutter (Eds.) *Life-span development and behavior*, Vol. 12 (pp. 91-133). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Skinner, E. A., & Wellborn, J. G. (1997). Children's coping in the academic domain. In *Handbook of children's coping* (pp. 387-422). Springer US.
- Skinner, E. A., Wellborn, J. G., & Connell, J. P. (1990). What it takes to do well in school and whether I've got it: A process model of perceived control and children's engagement and achievement in school. *Journal of educational psychology*, 82(1), 22.
- Slifer, K. J., Tucker, C. L., & Dahlquist, L. M. (2002). Helping children and caregivers cope with repeated invasive procedures: How are we doing? *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 9, 131-148.
- Small, L., Mazurek Melnyk, B., & Sidora-Arcoleo, K. (2009). The effects of gender on the coping outcomes of young children following an unanticipated critical care hospitalization. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 14(2), 112-122.
- Soares, M. R. Z. (2003). Estratégias lúdicas na intervenção com crianças hospitalizadas. Em C. G. de Almeida (Org.), *Intervenções em grupo: estratégias psicológicas para a melhoria da qualidade de vida* (pp. 23-36). Campinas: Papirus.
- Soprani, L. S. (2005). *Ambiente de autoria e aplicação de testes de avaliação psicológica*. Dissertação de Mestrado. Programa de Mestrado em Informática, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES.
- Soprani, L. S., Leal, R. N., Menezes, C. S., & Enumo, S. R. F. (2005). Ambientes de autoria e aplicação de testes e apoio a avaliações psicológicas. In Sociedade Brasileira de Computação (Org.), *Anais do XVI Simpósio Brasileiro de Informática na Educação- SBIE*. (10 pp.). Juiz de Fora, MG: Autor. Disponível em <http://www.dcc.ufjf.br/sbie2005>.
- Soares, M. R. Z. (2003). *A criança hospitalizada: Análise de um programa de atividades preparatórias para o procedimento médico de inalação*. Tese de Doutorado não-publicada, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.

- Soares, M. R. Z., & Bomtempo, E. (2004). A criança hospitalizada: análise de um programa de atividades preparatórias para o procedimento médico de inalação. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 21(1), 53-64.
- Soares, M. R. Z., & Zamberlan, M. A. T. (2001). A inclusão do brincar na hospitalização infantil. *Estud. psicol.(Campinas)*, 18(2), 64-69.
- Spirito, A. (1996). Commentary: Pitfalls in the use of brief screening measures of coping. *Journal of Pediatric Psychology*, 21, 573–575. Recuperado, Junho 30, 2016 de https://www.researchgate.net/profile/Anthony_Spirito/publication/14342256_Commentary_pitfalls_in_the_use_of_brief_screening_measures_of_coping/links/545cb1930cf295b5615cce12.pdf.
- Spirito, A., Stark, L. J., Gil, K. M., & Tyc, V.L. (1995). Coping with everyday and disease-related stressors by chronically ill children and adolescents. *J Am Acad Child Adolescent Psychiat*, 34:283–90
- Spirito, A., Stark, L. J., Gil, K. M., & Tyc, V. L. (1995). Coping with everyday and disease-related stressors by chronically ill children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(3), 283-290.
- Spirito A, Stark L, Grace N. & Stamoulis D.(1991) Common problems and coping strategies reported in childhood and adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*; 20:531
- Spirito, A., Stark, L. J., & Tyc, V. L. (1994). Stressors and coping strategies described during hospitalization by chronically ill children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23, 314–322.
- 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.
- Spitz, R. (1998). O primeiro ano de vida. São Paulo: Martins Fontes, 5.
- Taddio, A., Appleton, M., Bortolussi, R., Chambers, C., Dubey, V., Halperin, S., Shah, V. (2010). Reducing the pain of childhood vaccination: An evidence-based clinical practice guideline (summary). *Cmaj*, 182(18), 1989–1995. DOI: <http://doi.org/10.1503/cmaj.092048>
- Tak, J. H., & Van Bon, W. H. J. (2006). Pain and distress-reducing interventions for venepuncture in children. *Child: Care, Health & Development*, 32, 257-268.

- Tamayou, M.R. & Tróccoli, B.T. (2002). Exaustão emocional: Relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de coping no trabalho. *Estudos de Psicologia*, 7 (1), 37-46.
- Tilden, V. P., Nelson, C. A., & May, B. A. (1990). Use of qualitative methods to enhance content validity. *Nursing Research*, 39(3), 172-175. Recuperado, Julho 25, 2016 de http://journals.lww.com/nursingresearchonline/Abstract/1990/05000/Use_of_Qualitative_Methods_to_Enhance_Content.15.aspx.
- Tobin, D. L. (1991). *User's manual for the Coping Strategies Inventory*. Ohio University, Athens. Unpublished manuscript.
- Troíjo, M. A. F., Tavano, L. D. & Rodrigues, O. M. P. R. (2006). Enfrentamento de pais e mães de pacientes portadores de fissura labiopalatal durante a espera da cirurgia. *Pediatria Moderna*, 42 (2), 90-94. Recuperado, Julho 28, 2016 de http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3276.
- Tucker, C. L., Slifer, K. J., & Dahlquist, L. M. (2001). Reliability and validity of the behavioral *distress* scale: A measure of children's *distress* during invasive medical procedures. *Journal of Pediatric Psychology*, 26, 513-523.
- Turrini, F. A. (2011). *Comportamentos afetivo-motivacionais e de autorregulação em pré-escolares nascidos prematuros e com baixo peso: Avaliação e intervenção em estratégias metacognitivas*. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, ES, 164 pp
- Turrini, F. A., Oliveira, C. G. T., Garioli, D. S., & Enumo, S. R. F. (2014). Avaliação assistida de estratégias metacognitivas de pré-escolares em risco biopsicossocial para o desempenho acadêmico. In S. R. F. Enumo, T. L. Dias, & K. M. P Paula (Orgs.), *Crianças em risco de desenvolvimento e aprendizagem: Atualizações e pesquisas em Avaliação Assistida* (pp. 105-125). Curitiba: Juruá.
- Urbina, S. (2007). *Fundamentos da testagem Psicológica*. Porto Alegre: Artmed.
- Van Damme, S., Crombez, G., & Eccleston, C. (2008). Coping with pain: a motivational perspective. *Pain*, 139(1), 1-4. Recuperado, Julho 16, 2016 de http://journals.lww.com/pain/Citation/2008/09300/Coping_with_pain__A_motivational_perspective.1.aspx.

- Varni, J. W., Waldron, S. A., Gragg, R. A., Rapoff, M. A., Bernstein, B. H., Lindsley, C. B., & Newcomb, M. D. (1996). Development of the Waldron/Varni Pediatric Pain Coping Inventory. *Pain*, 67, 141-150.
- Vicente, S. R. C. R. M. (2013). O impacto do diagnóstico de Anomalia Congênita: Coping e indicadores emocionais maternos.
- Walker, L. S., Smith, C. A., Garber, J., & Van Slyke, D. A. (1997). Development and validation of the Pain Response Inventory for Children. *Psychological Assessment*, 9(4), 392-405.
- Weisz, J. R., McCabe, M. A., & Dennig, M. D. (1994). Primary and secondary control among children undergoing medical procedures: Adjustment as a function of coping style. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62 (2), 324-332.
- Williamson, G. M., Walters, A. S., & Shaffer, D. R. (2002). Caregiver models of self and others, coping, and depression: Predictors of depression in children with chronic pain. *Health Psychology*, 21, 405-410.
- Zannon, C. M. L. (1991). Desenvolvimento Psicológico da Criança: Questões básicas relevantes à intervenção comportamental no ambiente hospitalar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 7 (2), 119-136.
- Zannon, C. M. L. C. (1999). Psicologia aplicada à pediatria: questões metodológicas atuais. Em R. R. Kerbauy (Org.), *Comportamento e saúde: explorando alternativas* (pp. 46-58). Santo André: ARBytes.
- Zhang, B., & Horvath, S. (2005). A general framework for weighted gene co-expression network analysis. *Statistical Applications in Genetics and Molecular Biology*, 4(1).
- Zimerman, D. E. (2001). *Vocabulário contemporâneo de psicanálise*. Porto Alegre: Artmed, 2001.
- Zimmer-Gembeck, M. J., Lees, D. C., Bradley, G.L., & Skinner, E. A. (2009). Use of an analogue method to examine children's appraisals of threat and emotion in response to stressful events. *Motivation & Emotion*, 33, 136 -149.
- Zimmer-Gembeck, M. J., Lees, D. C., & 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.
- Zimmer-Gembeck, M. J., & Skinner, E. A. (2008). Adolescents' coping with stress: Development and diversity. *Prevention Researcher*, 15, 3-7.

- Zimmer-Gembeck, M. J., & Skinner, E. A. (2009). Coping, developmental influences. In H. Reis & S. Sprecher (Eds.), *Encyclopedia of human relationships*. Newbury Park: Sage.
- Zimmer-Gembeck, M. J., & Skinner, E. A. (2011). The development of coping across childhood and adolescence: An integrative review and critique of research. *International Journal of Behavioral Development*, 35, 1-17. Supplementary material.
- Zoéga, M. R. S., & Bomtempo, E. (2003). Soares, MRZ A preparação da criança hospitalizada para procedimentos médicos.

GLOSSÁRIO

A

Aceitação: envolve justificativas de aceitar o problema, porque nada poderia ser feito para mudá-lo (Skinner et al., 2003).

Afastamento: - compreende relatos indicativos de ações dirigidas a manter-se distante das outras pessoas ou de impedi-las de saber sobre a situação estressante ou seus efeitos emocionais (Skinner et al., 2003).

C

Culpabilização:

D

Distração: – inclui o envolvimento em atividades prazerosas como forma de tentar lidar com a situação estressante (Skinner et al., 2003).

Distração comportamental: estratégia de *coping* que inclui relatos de comportamentos de distração, como assistir televisão e jogar, por exemplo (Skinner et al., 2003).

E

EE negativas: estratégias consideradas não adaptativas à situação (Motta, 2001).

EE positivas: aquelas que se referem a uma estratégia considerada adaptativa (Motta, 2001).

M

Mecanismo de defesa: É o conjunto de operações mentais inconscientes utilizadas pelo Ego para se defender dos impulsos instintivos do Id e das exigências do Superego diante da realidade externa. São utilizados para que o sujeito se ajuste, adapte ou mantenha o equilíbrio da personalidade. As

finalidades básicas são a manutenção da constância psíquica e o ajustamento à realidade externa e são ativados diante das situações ansiogênicas vividas pelo sujeito (Zimerman, 2001).

R

Reestruturação cognitiva: – envolve tentativas de ver o lado positivo da situação estressante, por meio de mudanças de pensamento (Skinner et al., 2003).

Regulação emocional: compreende relatos indicativos de esforços da criança para influenciar seu sofrimento emocional e expressar suas emoções construtivamente no momento e lugar apropriados, fazendo com que ela se sinta melhor (Skinner et al., 2003).

Ruminação: compreende relatos indicativos de um foco passivo e repetitivo nos aspectos negativos da situação, com ênfase nos danos e perdas da situação estressante (Skinner et al., 2003).

T

Transtornos internalizantes: representam aqueles comportamento de ordem privada, como ansiedade e depressão (Emerich, Rocha, & Silvaes, 2012).

Transtornos externalizantes: são as dificuldades manifestas, como quebra de regras, agressão física ou verbal a colegas, que causam impacto no ambiente (Emerich, Rocha, & Silvaes, 2012).

Traços de personalidade: característica que distingue uma pessoa de outra (Cloninger, 2003).

APÊNDICES

APÊNDICE A - Descrição das 12 macrocategorias de *coping*, de acordo com Skinner et al. (2003)

Abaixo estão descritas 12 macrocategorias de *coping*, as quais foram adaptadas para estudos com populações específicas, como crianças com anemia falciforme (Oliveira, 2013, p. 278) e câncer (Caprini, 2014, p. 150):

1) Resolução do problema - compreende os relatos indicativos de ações dirigidas para a resolução do problema. São exemplos dessa categoria de solução do problema: (a) os comportamentos de adesão ao tratamento; (b) quando a criança indica uma ação dirigida à redução do estressor, sugerindo meios avaliados por ela como sendo mais adequados para a realização dos procedimentos (c) indicação do foco no tratamento e na cura da doença, apesar dos efeitos da medicação e das restrições impostas pela hospitalização;

2) Busca por suporte - compreende relatos indicativos de uma ação da criança em direção ao alvo de suporte (familiar, profissional da equipe hospitalar, voluntário, outra criança, pesquisador e Deus), assim como relatos que demonstram a aceitação do suporte social disponível. Este suporte pode caracterizar-se por busca de ajuda instrumental, conselho, conforto e contato com as pessoas;

3) Esquiva - compreende os relatos indicativos de tentativas para um não envolvimento com a situação estressante, mantendo-se distante dela. Inclui ainda relatos de “fuga cognitiva”, como não pensar no problema, e relatos de negação e de ações diretas de evitação do problema;

4) Acomodação – quando a criança demonstra ajuste flexível de preferências às opções disponíveis, por meio das estratégias como *Distração* (compreende os relatos das crianças indicativos do engajamento em atividades alternativas prazerosas e possíveis no ambiente hospitalar, como forma de tentar lidar com a situação estressante), *reestruturação cognitiva* (compreende os relatos que representam tentativas ativas da criança para mudar sua percepção sobre a situação estressante, no sentido de vê-la de uma maneira mais positiva) e *aceitação* envolve justificativas de aceitar o problema, porque nada poderia ser feito para mudá-lo;

5) Submissão – quando a criança demonstra desistir de suas preferências, por meio de estratégias de *ruminação* (compreende relatos indicativos de um foco passivo e repetitivo nos aspectos negativos da situação, com ênfase nos danos e perdas da situação estressante, tais como a exposição a procedimentos médicos invasivos, o afastamento familiar, a quimioterapia, a restrição de movimentos na enfermaria, entre outros). São incluídos ainda relatos que denotam a presença de *catastrofização* (quando o relato da criança indicar uma supervalorização dos aspectos negativos, como dor, efeitos colaterais da medicação e gravidade característicos da situação estressante e ainda, quando a criança demonstra acreditar que o pior pode acontecer); de *autoculpa* (quando o relato da criança indicar a presença do sentimento de culpa pela instalação da doença e dos efeitos colaterais do tratamento e, também, por não conseguir lidar adequadamente com a situação estressante); e relatos de sentimento de medo;

6) Desamparo – situações nas quais a criança demonstra encontrar limites para a ação, por meio da passividade, com relatos indicativos de

passividade, confusão, interferência ou exaustão cognitiva, desânimo e pessimismo;

7) Isolamento – quando a criança demonstra afastamento de contextos sociais não apoiadores, por meio da estratégia de enfrentamento de *Afastamento social* (compreende relatos indicativos de ações dirigidas a manter-se distante das outras pessoas ou de impedi-las de saber sobre a situação estressante ou seus efeitos emocionais). Foram incluídos ainda os relatos indicativos de isolamento social, evitação das pessoas e isolamento emocional;

8) Autoconfiança – quando a criança demonstra proteger recursos sociais disponíveis utilizando a estratégia *regulação emocional* (compreende relatos indicativos de esforços da criança para influenciar seu sofrimento emocional e expressar suas emoções construtivamente no momento e lugar apropriados, fazendo com que ela se sinta melhor), de *autoencorajamento* (quando o relato da criança caracterizar tentativas de incentivo, indicando uma visão positiva do manejo da situação estressante), de *controle emocional* (quando o relato da criança indicar uma tentativa ou a própria capacidade de modular seus pensamentos, emoções e comportamentos, de modo a lidar melhor com a situação estressante), e de *expressão emocional* (quando o relato da criança indicar uma tentativa de expressar emoções positivas diante da situação estressante);

9) Busca por informação – compreende relatos indicativos de tentativas de aprender mais sobre a situação estressante, tanto por meio de perguntas diretas quanto por meio da observação dos acontecimentos;

10) Negociação – compreende relatos das crianças indicativos de tentativas ativas de fazer um acordo entre suas necessidades e as restrições impostas pelo contexto da hospitalização. Relaciona-se diretamente a estratégia de enfrentamento de *barganha*;

11) Oposição – compreende relatos das crianças indicativos de comportamentos de projeção, agressão, reação de raiva, descarga e atribuição de culpa às outras pessoas. Relaciona-se diretamente a estratégia de enfrentamento de *culpar os outros*;

12) Delegação – compreende os relatos indicativos de comportamentos de dependência, busca por ajuda mal adaptativa, reclamações, queixas e autopiedade. Relaciona-se com a estratégia de enfrentamento de *Reclamação*.

APÊNDICE B - Modelo de planilha preenchida na etapa de elaboração dos itens da escala

Estudo: Hoster (2010) – Crianças com câncer – n = 18							
BRINCAR							
Criança	Sexo	Idade	Frequência do comportamento	Justificativa	Classificação da Estratégia de enfrentamento	Classificação da Macrocategorias de <i>coping</i>	Proposta de Itens
01	M	12	Às vezes	Porque eu gosto de assistir televisão e às vezes, e aí tem vezes que eu coloco o vídeo-game, coloco, começo a jogar, aí depois paro, faço outra coisa, aí eu ligo. Aqui, aqui quando eu posso tem vez que eu fico num lugar, um lugar reservado pra mim fazer fisioterapia, então tem um espaço grande, aí eu pegava e colocava a televisão do meu lado e colocava o vídeo-game e ficava jogando, eu trouxe uma televisão lá de casa, tem vez que até doutores vinham e ficavam jogando comigo.	- <i>Distração</i>	- <i>ACOMODAÇÃO</i>	- Eu brinco porque eu gosto de assistir televisão.
02	F	9	Às vezes	Nem sempre eu consigo brincar aqui, mas eu me sinto feliz, esqueço dos problemas, da dor	- Regulação emocional - Esquiva	- AUTOCONFIANÇA - FUGA	- Eu brinco porque eu me sinto feliz. - Eu brinco porque esqueço da dor.
03	M	12	Quase Sempre	porque distrai, passa o tempo... eu acho que sim, porque se você se distrai e vai passando o tempo, vc vai esquecendo um pouco q vc tá no hospital...	- Distração - Esquiva	- <i>ACOMODAÇÃO</i> - FUGA	- Eu brinco porque passa o tempo. - Eu brinco para esquecer

							que estou no hospital.
04	M	11	Um pouco	Ah é pq a gente tem q ficar deitado, aí a gente num tem nada pra fazer... Dá pra brincar, dá pra ler um monte de revistinha ali... Pra passar o tempo...	- <i>Distração</i>	- ACOMODAÇÃO	- Eu brinco porque não tem nada fazer. - Eu brinco para passar o tempo.
05	M	7	Sempre	Brinco aqui, muito, sempre...Porque é legal, engraçado...Acho que ajuda só a passar o tempo...	- <i>Distração</i>	- ACOMODAÇÃO	- Eu brinco porque é legal - Eu brinco porque é engraçado. - Eu brinco porque faz o tempo passar
06	M	9	Um pouco	Um pouco...ajuda no tratamento...qdo estou brincando eu me sinto bem...	- Planejar Estratégias	- RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS	- Eu brinco porque ajuda do no tratamento pois me sinto depois.
07	M	8	Um pouco	Brincar faz bem pra gente que fica aqui o dia todo e num pode sair, o tempo passa mais rápido.	- <i>Distração</i>	- ACOMODAÇÃO	- Eu brinco porque o tempo passa mais rápido.
08	M	11	Um pouco	É bom pra esquecer dos problemas.	- Esquiva	- FUGA	- Eu brinco para esquecer os problemas.
09	F	9	As vezes	Aqui no hospital a gente sempre arruma um jeito de fazer brincadeiras, isso ajuda as crianças a esquecer a dor que ta passando.	- Esquiva - <i>Distração</i>	- FUGA - ACOMODAÇÃO	- Eu brinco pra esquecer a dor.

				Quando a gente vê já chegou o jantar e ta na hora de dormir, o tempo passa mais rápido.			- Eu brinco para o tempo passar mais rápido.
10	M	10	Às vezes	Eu brinco só quando dá vontade	Sem EE	-----	
11	M	9	Sempre	Só tem isso pra fazer aqui, brincar mesmo, mais nada	Sem estratégia	-----	
12	M	11	Um pouco	A gente brinca aqui, quando dá, tem pouca coisa aqui, cada um traz o da sua casa, pra se distrair	- <i>Distração</i>	- ACOMODAÇÃO	- Eu brinco para me distrair.
13	F	8	Às vezes	Eu brinco de joguinho pra ficar feliz e num lembrar das coisa.	- Regulação emocional - Esquiva	- AUTOCONFIANÇA - FUGA	- Eu brinco para ficar feliz. - Eu brinco para não lembrar das coisas.
14	M	11	Um pouco	Brinco de vez em quando, dá pra se divertir um pouquinho...	- <i>Distração</i>	- ACOMODAÇÃO	- Eu brinco para me divertir um pouco.
15	M	10	Um pouco	Dá pra fazer umas brincadeiras aqui, de cartas, de mini-game, de quebra-cabeça...é bom pra passar mais rápido o dia aqui...	- <i>Distração</i>	- ACOMODAÇÃO	- Eu brinco porque o dia passa mais rápido.
16	M	6	Um pouco	Num sei...eu brinco sim	Sem estratégia	-----	
17	M	8	Um pouco	Às vezes só, pra acalmar um pouco, pra se divertir tb.	- Regulação da Emoção - <i>Distração</i>	- AUTOCONFIANÇA - ACOMODAÇÃO	- Eu brinco para me acalmar. Eu brinco para me distrair.
18	M	9	Às vezes	Quando eu to bem eu brinco de carrinho e vídeo-game aqui	Sem estratégia	-----	

APÊNDICE C - Cenas da Escala COPE-H (versão feminina)



Nota. Cena de apresentação do COPE-H



Nota. Cena *brincar* do COPE-H

NO HOSPITAL, PARA ENFRENTAR OU TER QUE LIDAR COM A SITUAÇÃO, VOCÊ COSTUMA CHORAR?



Nota. Cena chorar do COPE-H

NO HOSPITAL, PARA ENFRENTAR OU TER QUE LIDAR COM A SITUAÇÃO, VOCÊ COSTUMA SENTIR RAIVA?



Nota. Cena sentir raiva do COPE-H



Nota. Cena assistir televisão do COPE-H



Nota. Cena se esconder do COPE-H

NO HOSPITAL, PARA ENFRENTAR OU TER QUE LIDAR COM A SITUAÇÃO, VOCÊ COSTUMA SENTIR-SE TRISTE?



Nota. Cena *sentir-se triste* do COPE-H

NO HOSPITAL, PARA ENFRENTAR OU TER QUE LIDAR COM A SITUAÇÃO, VOCÊ COSTUMA REZAR OU FAZER ORAÇÕES?



Nota. Cena *rezar/orar* do COPE-H

NO HOSPITAL, PARA ENFRENTAR OU TER QUE LIDAR COM A SITUAÇÃO, VOCÊ COSTUMA SENTIR-SE DESANIMADO?



Nota. Cena sentir-se desanimado do COPE-H

NO HOSPITAL, PARA ENFRENTAR OU TER QUE LIDAR COM A SITUAÇÃO, VOCÊ COSTUMA FAZER UM ACORDO COM O MÉDICO, ENFERMEIRO OU SEUS PAIS?



Nota. Cena fazer acordo desanimado do COPE-H



Nota. Cena *coragem* do COPE-H



Nota. Cena *conversar* do COPE-H



Nota. Cena ouvir música do COPE-H



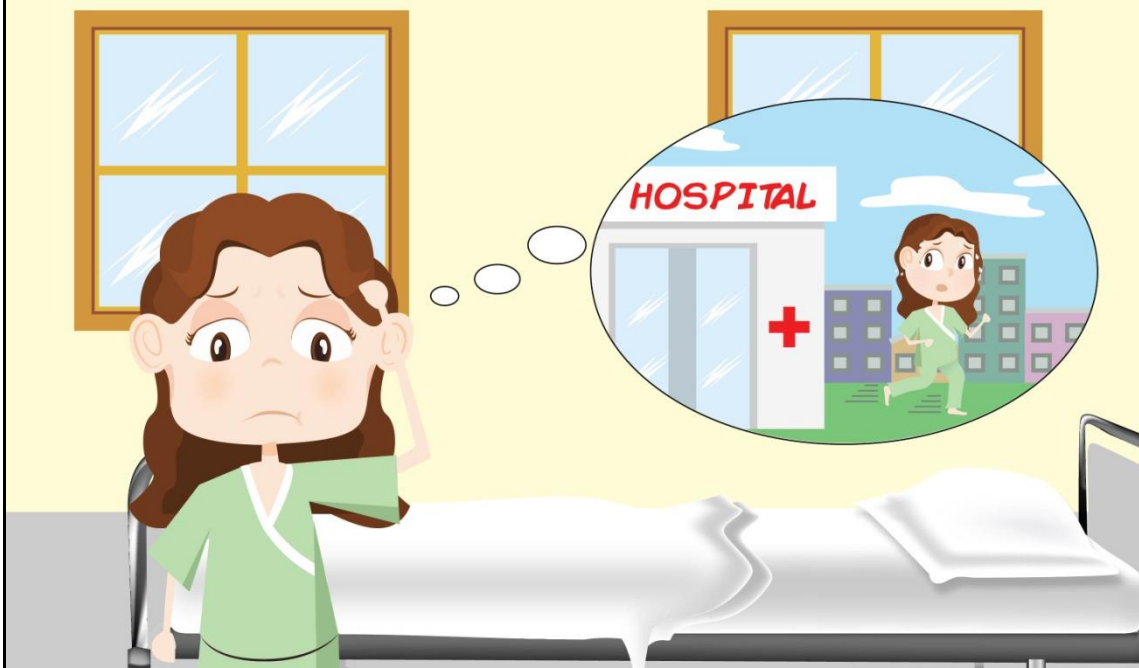
Nota. Cena sentir culpa do COPE-H

**NO HOSPITAL, PARA ENFRENTAR OU TER QUE LIDAR
COM A SITUAÇÃO, VOCÊ COSTUMA SENTIR MEDO?**



Nota. Cena sentir medo do COPE-H

**NO HOSPITAL, PARA ENFRENTAR OU TER QUE LIDAR
COM A SITUAÇÃO, VOCÊ COSTUMA PENSAR EM FUGIR?**



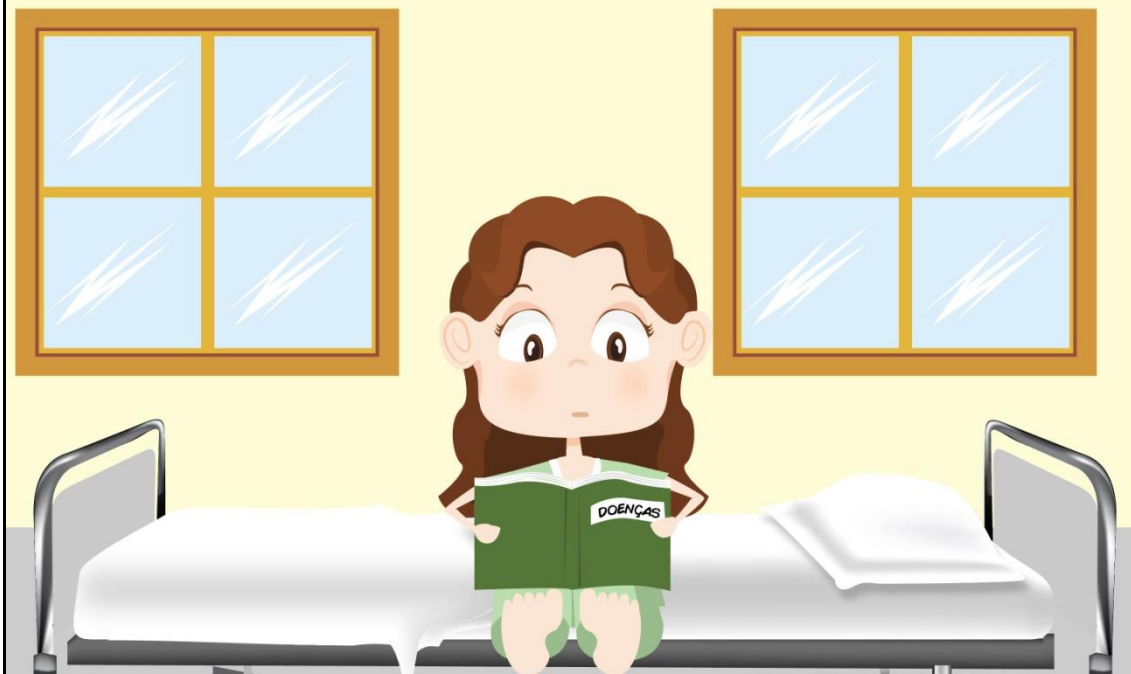
Nota. Cena pensar em fugir do COPE-H

NO HOSPITAL, PARA ENFRENTAR OU TER QUE LIDAR COM A SITUAÇÃO, VOCÊ COSTUMA TOMAR REMÉDIO?



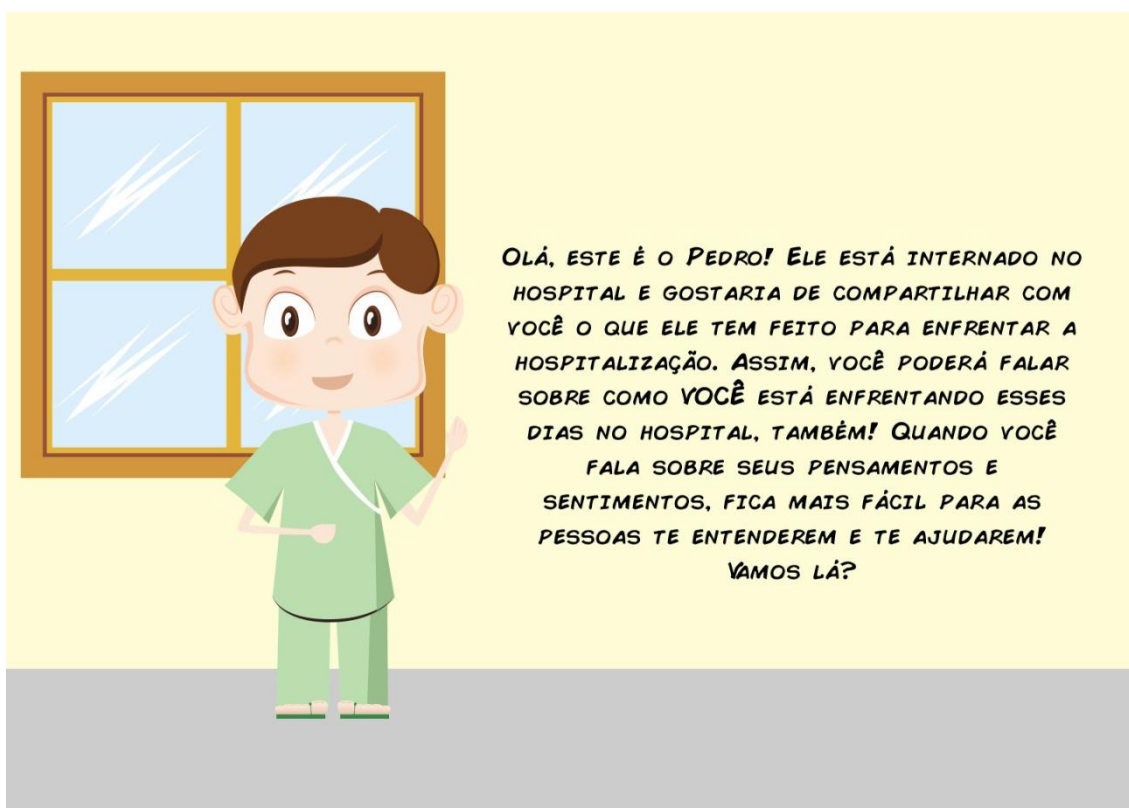
Nota. Cena tomar remédio do COPE-H

NO HOSPITAL, PARA ENFRENTAR OU TER QUE LIDAR COM A SITUAÇÃO, VOCÊ COSTUMA BUSCAR INFORMAÇÃO?



Nota. Cena buscar informações do COPE-H

APÊNDICE D - Cenas da Escala COPE-H (versão masculina)



Cena de Apresentação da Escala COPE-H



Nota. Cena *brincar* do COPE-H

NO HOSPITAL, PARA ENFRENTAR OU TER QUE LIDAR COM A SITUAÇÃO, VOCÊ COSTUMA CHORAR?



Nota. Cena *chorar* do COPE-H

NO HOSPITAL, PARA ENFRENTAR OU TER QUE LIDAR COM A SITUAÇÃO, VOCÊ COSTUMA SENTIR RAIVA?



Nota. Cena *sentir raiva* do COPE-H

NO HOSPITAL, PARA ENFRENTAR OU TER QUE LIDAR COM A SITUAÇÃO, VOCÊ COSTUMA ASSISTIR TELEVISÃO?



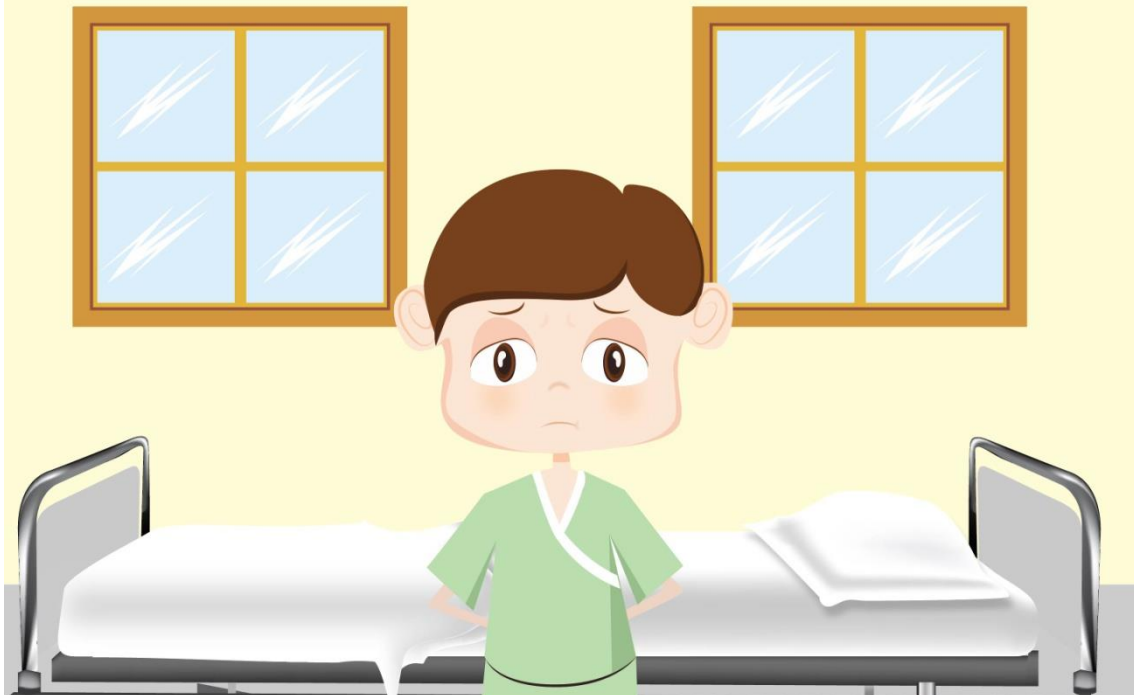
Nota. Cena assistir televisão do COPE-H

NO HOSPITAL, PARA ENFRENTAR OU TER QUE LIDAR COM A SITUAÇÃO, VOCÊ COSTUMA ESCONDER-SE?



Nota. Cena se esconder do COPE-H

NO HOSPITAL, PARA ENFRENTAR OU TER QUE LIDAR COM A SITUAÇÃO, VOCÊ COSTUMA SENTIR-SE TRISTE?



Nota. Cena *sentir-se triste* do COPE-H

NO HOSPITAL, PARA ENFRENTAR OU TER QUE LIDAR COM A SITUAÇÃO, VOCÊ COSTUMA REZAR OU FAZER ORAÇÕES?



Nota. Cena *rezar/orar* do COPE-H

NO HOSPITAL, PARA ENFRENTAR OU TER QUE LIDAR COM A SITUAÇÃO, VOCÊ COSTUMA SENTIR-SE DESANIMADO?

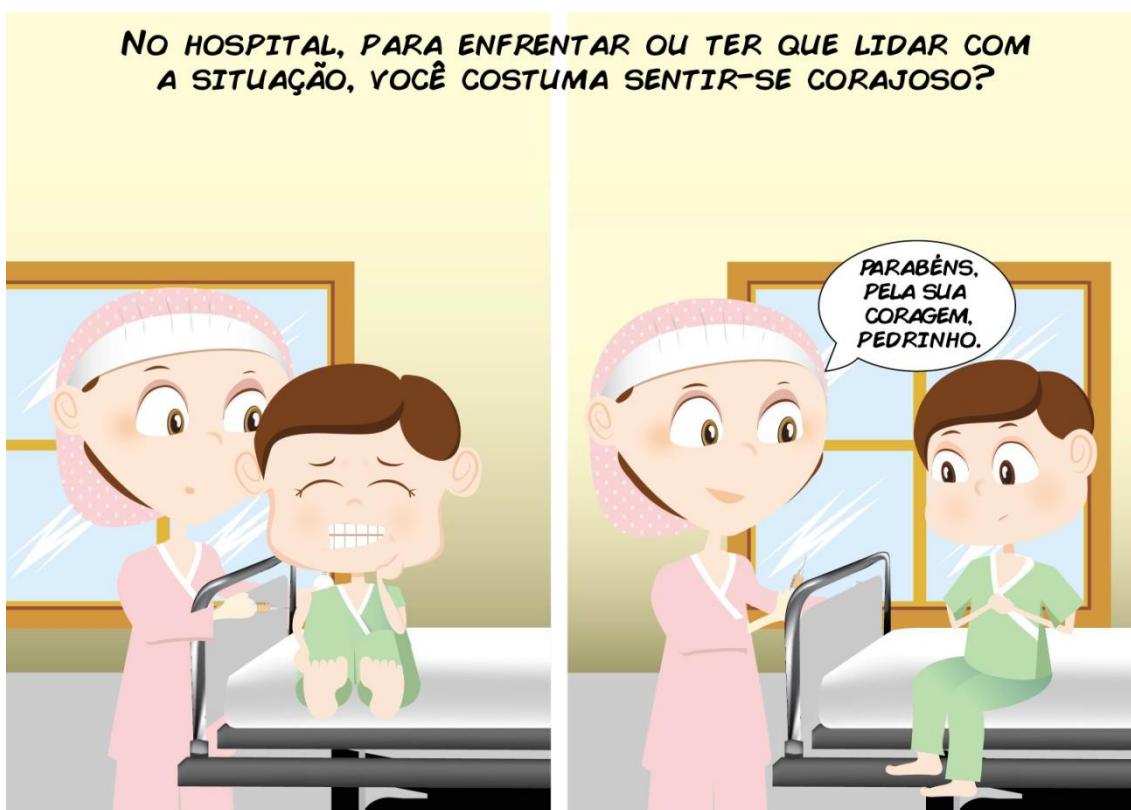


Nota. Cena sentir-se desanimado do COPE-H

NO HOSPITAL, PARA ENFRENTAR OU TER QUE LIDAR COM A SITUAÇÃO, VOCÊ COSTUMA FAZER UM ACORDO COM O MÉDICO, ENFERMEIRO OU SEUS PAIS?



Nota. Cena fazer acordo do COPE-H



Nota. Cena coragem do COPE-H



Nota. Cena conversar COPE-H

NO HOSPITAL, PARA ENFRENTAR OU TER QUE LIDAR COM A SITUAÇÃO, VOCÊ COSTUMA OUVIR MÚSICA?



Nota. Cena ouvir música COPE-H

NO HOSPITAL, PARA ENFRENTAR OU TER QUE LIDAR COM A SITUAÇÃO, VOCÊ COSTUMA SENTIR-SE CULPADO?



Nota. Cena sentir culpa COPE-H

NO HOSPITAL, PARA ENFRENTAR OU TER QUE LIDAR COM A SITUAÇÃO, VOCÊ COSTUMA SENTIR MEDO?



Nota. Cena sentir medo COPE-H

NO HOSPITAL, PARA ENFRENTAR OU TER QUE LIDAR COM A SITUAÇÃO, VOCÊ COSTUMA PENSAR EM FUGIR?



Nota. Cena pensar em fugir COPE-H

NO HOSPITAL, PARA ENFRENTAR OU TER QUE LIDAR COM A SITUAÇÃO, VOCÊ COSTUMA TOMAR REMÉDIO?



Nota. Cena tomar remédio COPE-H

NO HOSPITAL, PARA ENFRENTAR OU TER QUE LIDAR COM A SITUAÇÃO, VOCÊ COSTUMA BUSCAR INFORMAÇÃO?



Nota. Cena buscar informações do COPE-H

**APÊNDICE E - Formulário enviado aos juízes para classificação dos itens
da Escala COPE-H**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

Projeto: “Avaliação das Estratégias de Enfrentamento da Hospitalização (COPE-H) – Processo de adaptação de uma escala”

Responsável: Daniele de Souza Garioli (doutoranda de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo)

Profa. Dra. Sônia Regina Fiorim Enumo (Orientadora)

Profa. Dra. Alessandra Brunoro Motta (Coorientadora)

Prezado(a) Especialista,

Meu nome é Daniele de Souza Garioli, sou aluna de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Minha tese inclui o desenvolvimento de um instrumento para avaliação das estratégias de enfrentamento (*coping*) da hospitalização em crianças de 6 a 12 anos.

Gostaríamos de contar com sua colaboração para realizar a análise de conteúdo (Análise de Juízes) da escala COPE-H. Sua contribuição é muito importante, especialmente por termos um número restrito de especialistas no país.

Caso tenha disponibilidade para colaborar, peço a gentileza de responder ao e-mail informando que está disponível. Em caso de concordância, também, solicito que envie o resultado da sua análise de conteúdo, se possível, até o dia 23 de agosto de 2014.

Além disso, gostaria de ressaltar que o instrumento proposto é de uso restrito ao psicólogo e deve ser mantido em sigilo. Por isso, peço também que exclua os arquivos do computador após realização da análise.

A análise de conteúdo encontra-se abaixo. Sua colaboração é muito importante.

Estamos à disposição para colaborações futuras.

Daniele Garioli

Classificação das Estratégias de Enfrentamento nas Famílias de *Coping*

I- Caracterização do Juiz

Nome: _____

Data: _____ Hora: _____

Idade: _____ Data de nascimento: _____

Sexo: _____

Cidade que reside: _____

Profissão: _____

Há quantos anos é especialista no estudo do *coping*?

Nível educacional:

() Especialização

() Mestrado

() Doutorado

() Pós-Doutorado

II- Avaliação do Instrumento

Para realizar a avaliação do instrumento COPE-H, será utilizado o referencial teórico da Teoria Motivacional do *Coping* [TMC], proposta por Skinner e Welborn (1994), que definem o *coping* ou enfrentamento como “[...] a *regulação da ação em situações frente ao estresse, sendo um construto organizacional que captura interações entre comportamento, emoção, atenção, cognição e motivação*” (p. 112).

Segundo a TMC, as estratégias de enfrentamento podem ser classificadas em “famílias” de enfrentamento mais amplas ou categorias de alta ordem. Tais famílias, bem como sua definição e exemplos de estratégias de enfrentamento relacionadas estão na Tabela 1.

Tabela 1. Definição das 12 famílias de coping e exemplos de estratégias de enfrentamento

Famílias de Coping	Definição	Exemplos de Estratégias de Enfrentamento
1. Autoconfiança	Proteger recursos sociais disponíveis usando...	... Regulação emocional, regulação comportamental, expressão emocional, aproximação emocional.
2. Busca de Suporte	Usar recursos sociais disponíveis por meio de...	... Busca de contato, busca de conforto, ajuda instrumental, referenciamento social.
3. Resolução de problemas	Ajustar ações para ser efetivo incluindo...	... Planejar estratégias, ação instrumental, planejamento, domínio.
4. Busca de informações	Encontrar contingências adicionais	Ler, observar, perguntar a outros.
5. Acomodação	Ajuste flexível de preferências às opções disponíveis por meio de...	... Distração cognitiva, reestruturação cognitiva, minimização, aceitação.
6. Negociação	Encontrar novas opções usando...	... Barganha, persuasão, estabelecimento de prioridades.
7. Delegação	Limitação no uso de recursos por meio de...	... Reclamação, autculpa, lamentação, busca de suporte mal adaptativo.
8. Isolamento	Afastamento de contextos sociais não apoiadores por meio de...	... Afastamento social, evitação de outros, dissimulação, "congelar" /paralisar.
9. Desamparo	Encontrar limites para a ação por meio de...	... Confusão, interferência cognitiva, exaustão cognitiva, passividade.
10. Fuga	Fugir de ambientes não contingentes por meio de...	... Afastamento mental, negação, pensamento desejoso.
11. Submissão	Desistir de preferências por meio de...	... Ruminação, pensamentos intrusivos, perseveração rígida.
12. Oposição	Remover obstáculos por meio de...	... Culpar outros, projeção, agressão, desafiar.

Fonte: Ramos (2012, p. 63; baseado em Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007; 2009; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008; Skinner et al., 2003; tradução livre da pesquisadora para uso em pesquisa.

Considerando o embasamento teórico da TMC, as famílias de enfrentamento se relacionam às tendências de ação (**comportamento, emoção e orientação**), dirigidas ao **self** ou ao **contexto**, a partir da percepção do estressor como **desafio** ou **ameaça** às necessidades humanas básicas de **relacionamento, competência e autonomia** (Skinner et al., 2003). A Tabela 2 integra esses componentes da TMC, podendo contribuir para o processo de análise do instrumento em elaboração.

Tabela 2. As 12 famílias de enfrentamento da Teoria Motivacional do Coping

	RELACIONAMENTO		COMPETÊNCIA		AUTONOMIA	
	DESAFIOS ao		DESAFIOS ao		DESAFIOS ao	
	SELF	CONTEXTO	SELF	CONTEXTO	SELF	CONTEXTO
C O M P O R T A M E N T O E M O C I O N A L O R I E N T A C I O	Autoconfiança	Busca de suporte	Resolução de problemas	Busca de informações	Acomodação	Negociação
	Assumir/arcar	Busca de conforto Busca de ajuda	Planejar estratégias	Estudar Observar	Cooperação Concessão Empenho	Compromisso
	Acalmar-se Aceitar responsabilidades Preocupação com os outros	Confiança	Encorajamento Determinação Confiança	Interesse Otimismo Esperança	Aceitação	Ausência de culpa Assumir a perspectiva do outro
	Proteção Blindagem Autofala positiva	Reconhecimento Valorização	Reparação Domínio	Prevenção Planejamento	Compromisso Convicção	Tomada de decisão Definição de objetivos Definição de prioridades
	AMEAÇAS ao		AMEAÇAS ao		AMEAÇAS ao	
	SELF	CONTEXTO	SELF	CONTEXTO	SELF	CONTEXTO
C O M P O R T A M E N T O E M O C I O N A L O R I E N T A C I O	Delegação	Isolamento	Desamparo	Fuga	Submissão	Oposição
	Dependência Exigência Depender dos outros Importunar	Afastamento Paralisar	Tentativas aleatórias Autoflagelação Sucumbir	Escapar Evitação	Perseveração Rigidez Apatia	Agressão
	Autopiedade Lamentação Vergonha	Solidão Desolação Saudade	Dúvidas Desânimo Culpa	Pessimismo Desesperança Medo	Autoculpa Descontentamento /desgosto	Projeção Culpar os outros Desabafo Explosão Raiva
	Abandono Irritação	Desconectar-se	Pânico Confusão	Procrastinação	Obsessão Ruminação Pensamentos intrusivos	Vingança

Nota: Extraído de Ramos (2012, p. 61, traduzido de Skinner et al., 2003, p. 239).

Na Tabela 3, estão as famílias de enfrentamento e sua relação com o processo adaptativo. Para o primeiro conjunto de famílias de *coping*, o processo adaptativo visa à coordenação de ações e contingências; o segundo conjunto é voltado para a coordenação da confiança e dos recursos sociais

disponíveis; e por último, no terceiro conjunto, os processos adaptativos envolvidos estão relacionados à coordenação de preferências e opções disponíveis (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007).

Tabela 3. *Relações entre as famílias de coping, sua função e os processos adaptativos*

Famílias de Coping	Função da família no processo adaptativo	Processo adaptativo
1. Resolução de problemas	Ajustar ações para ser efetivo.	Coordenar ações e contingências do ambiente.
2. Busca de informações	Encontrar contingências adicionais.	
3. Desamparo	Encontrar limites das ações.	
4. Fuga	Fuga de ambiente não contingente.	
5. Autoconfiança	Proteger recursos sociais disponíveis.	Coordenar a confiança e os recursos sociais disponíveis.
6. Busca de suporte	Usar recursos sociais disponíveis.	
7. Delegação	Encontrar limites de recursos.	
8. Isolamento	Afastar-se de contexto no qual não há suporte.	
9. Acomodação	Flexibilidade para ajustar preferências e opções.	Coordenar preferências e opções disponíveis.
10. Negociação	Encontrar novas opções.	
11. Submissão	Desistir de preferências.	
12. Oposição	Remover restrições.	

Nota. Extraído de Ramos (2012, p. 64; baseado em Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007).

Além disso, para realizar sua avaliação, observe abaixo as descrições e tabelas sobre essas famílias de *coping*, as quais foram adaptadas para estudos com populações específicas, como crianças com anemia falciforme (Oliveira, 2013, p. 278) e câncer (Caprini, 2014, p. 150):

1) Resolução do problema (SPR) - compreende os relatos indicativos de ações dirigidas para a resolução do problema. São exemplos dessa categoria de solução do problema: (a) os comportamentos de adesão ao tratamento; (b) quando a criança indica uma ação dirigida à redução do estressor, sugerindo meios avaliados por ela como sendo mais adequados para a realização dos procedimentos (c) indicação do foco no tratamento e na

cura da doença, apesar dos efeitos da medicação e das restrições impostas pela hospitalização;

2) Busca por suporte (BSU) - compreende relatos indicativos de uma ação da criança em direção ao alvo de suporte (familiar, profissional da equipe hospitalar, voluntário, outra criança, pesquisador e Deus), assim como relatos que demonstram a aceitação do suporte social disponível. Este suporte pode caracterizar-se por busca de ajuda instrumental, conselho, conforto e contato com as pessoas;

3) Esquiva (ESQ) - compreende os relatos indicativos de tentativas para um não envolvimento com a situação estressante, mantendo-se distante dela. Inclui ainda relatos de “fuga cognitiva”, como não pensar no problema, e relatos de negação e de ações diretas de evitação do problema;

4) Acomodação – quando a criança demonstra ajuste flexível de preferências às opções disponíveis, por meio das estratégias como *Distração* (compreende os relatos das crianças indicativos do engajamento em atividades alternativas prazerosas e possíveis no ambiente hospitalar, como forma de tentar lidar com a situação estressante), *reestruturação cognitiva* (compreende os relatos que representam tentativas ativas da criança para mudar sua percepção sobre a situação estressante, no sentido de vê-la de uma maneira mais positiva) e *aceitação* envolve justificativas de aceitar o problema, porque nada poderia ser feito para mudá-lo;

5) Submissão (SUB) – quando a criança demonstra desistir de suas preferências, por meio de estratégias de *ruminação* (compreende relatos indicativos de um foco passivo e repetitivo nos aspectos negativos da situação, com ênfase nos danos e perdas da situação estressante, tais como a

exposição a procedimentos médicos invasivos, o afastamento familiar, a quimioterapia, a restrição de movimentos na enfermaria, entre outros). São incluídos ainda relatos que denotam a presença de *catastrofização* (quando o relato da criança indicar uma supervalorização dos aspectos negativos, como dor, efeitos colaterais da medicação e gravidade característicos da situação estressante e ainda, quando a criança demonstra acreditar que o pior pode acontecer); de *autoculpa* (quando o relato da criança indicar a presença do sentimento de culpa pela instalação da doença e dos efeitos colaterais do tratamento e, também, por não conseguir lidar adequadamente com a situação estressante); e relatos de sentimento de medo;

6) Desamparo (DES) – situações nas quais a criança demonstra encontrar limites para a ação, por meio da passividade, com relatos indicativos de passividade, confusão, interferência ou exaustão cognitiva, desânimo e pessimismo;

7) Isolamento – quando a criança demonstra afastamento de contextos sociais não apoiadores, por meio da estratégia de enfrentamento de *Afastamento social* (compreende relatos indicativos de ações dirigidas a manter-se distante das outras pessoas ou de impedi-las de saber sobre a situação estressante ou seus efeitos emocionais). Foram incluídos ainda os relatos indicativos de isolamento social, evitação das pessoas e isolamento emocional;

8) Autoconfiança – quando a criança demonstra proteger recursos sociais disponíveis utilizando a estratégia *regulação emocional* (compreende relatos indicativos de esforços da criança para influenciar seu sofrimento emocional e expressar suas emoções construtivamente no momento e lugar

apropriados, fazendo com que ela se sinta melhor), de *autoencorajamento* (quando o relato da criança caracterizar tentativas de incentivo, indicando uma visão positiva do manejo da situação estressante), de *controle emocional* (quando o relato da criança indicar uma tentativa ou a própria capacidade de modular seus pensamentos, emoções e comportamentos, de modo a lidar melhor com a situação estressante), e de *expressão emocional* (quando o relato da criança indicar uma tentativa de expressar emoções positivas diante da situação estressante);

9) Busca por informação (BIN) - compreende relatos indicativos de tentativas de aprender mais sobre a situação estressante, tanto por meio de perguntas diretas quanto por meio da observação dos acontecimentos;

10) Negociação (NEG) - compreende relatos das crianças indicativos de tentativas ativas de fazer um acordo entre suas necessidades e as restrições impostas pelo contexto da hospitalização. Relaciona-se diretamente a estratégia de enfrentamento de *barganha*;

11) Oposição (OPO) - compreende relatos das crianças indicativos de comportamentos de projeção, agressão, reação de raiva, descarga e atribuição de culpa às outras pessoas. Relaciona-se diretamente a estratégia de enfrentamento de *culpar os outros*;

12) Delegação (DEL) - compreende os relatos indicativos de comportamentos de dependência, busca por ajuda mal adaptativa, reclamações, queixas e autopiedade. Relaciona-se com a estratégia de enfrentamento de *Reclamação*.

Referências

- Caprini, F.R. (2014). *Do diagnóstico ao tratamento: Compreendendo o processo de enfrentamento da criança com câncer*. Dissertação de Mestrado não publicada. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, ES. 194 pp.
- Oliveira, C.G.T. (2013). *Enfrentamento da dor na Anemia Falciforme: uma proposta de avaliação e intervenção psicológica em crianças*. Tese de Doutorado não publicada. Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória-ES.
- Ramos, F.P. (2012). *Uma proposta de análise do coping no contexto de grupo de mães de bebês prematuros e com baixo peso na Unidade de terapia Intensiva Neonatal*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Ciências Humanas e Naturais. Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES.
- Skinner, E.A., Edge, K., Altaman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of *coping*: A review and critique of category systems for classifying ways of *coping*. *Psychological Bulletin*, 129(2), 216-269.
- Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). The development of *coping*. *Annual Review of Psychology*, 58, 119–144.
- Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck M. J. (2009). Challenges to the developmental study of *coping*. In E. A. Skinner & M. J. Zimmer-Gembeck (Eds.), *Coping and the development of regulation. New Directions for Child and Adolescent Development* (124, pp. 5–17). San Francisco: Jossey-Bass.
- Skinner, E. A., & Wellborn, J. G. (1994). *Coping during childhood and adolescence: A motivational perspective*. In D. Featherman, R. Lerner, & M. Perlmutter (Eds.) *Life-span development and behavior*, Vol. 12 (pp. 91-133). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Zimmer-Gembeck, M. J., & Skinner, E. A. (2008). Adolescents' *coping* with stress: Development and diversity. *Prevention Researcher*, 15, 3-7.

Seguem a seguir os itens para avaliação e classificação após analisadas as descrições e tabelas anteriores, lembrando que se referem ao *coping* da hospitalização, em crianças e adolescentes de 6 a 12 anos.

Faça um X na família de *coping* que considerar relacionada a cada item descrito.

Abaixo, seguem os mesmos itens para análise da clareza de linguagem, da pertinência prática desses itens e da relevância teórica.

- a- Clareza de linguagem: avalia a clareza da linguagem, tendo em vista as características da população respondente "você acredita que a linguagem de cada item é suficientemente clara, compreensível e adequada para esta população (crianças de 6 a 12 anos)?"
- b- Pertinência prática: avalia se o item abarca o conceito de interesse em uma população, se ele tem importância para o instrumento
"você acredita que os itens propostos são pertinentes para esta população (crianças de 6 a 12 anos)?"
- c- Relevância teórica: avalia o grau de associação entre o item e a teoria
"você acredita que o conteúdo deste item é representativo do comportamento que se quer medir, ou de uma das dimensões dele, considerando a teoria em questão (*coping* da hospitalização infantil)?"

Para os critérios a, b e c, utilizar a escala de resposta referente à representatividade do item ao critério: 1= pouquíssima; 2= pouca; 3= média; 4= muita; 5= muitíssima.

Itens	Critério A (Nota de 1 a 5)	Critério B (Nota de 1 a 5)	Critério C (Nota de 1 a 5)	Comentários e/ ou sugestões
1- Eu busco informação porque quero saber o que está acontecendo comigo.				
2- Eu rezo/oro para não me sentir só.				
3- Eu tomo remédio porque assim sinto que posso fazer algo para melhorar.				
4- Porque quando eu fico alegre, brincando, isto me ajuda a aceitar que estou no hospital.				
5- Quando estou doente, fico triste, e não quero conversar com ninguém.				
6- Eu me escondo para não tomar o remédio.				
7- Eu tenho raiva porque não quero tomar remédio ou injeção.				
8- Eu tomo remédio porque acho que depende de mim melhorar.				
9- Eu converso porque conversar me dá conforto.				
10- Eu busco informações porque assim aprendo mais sobre o que está acontecendo comigo.				
11- Eu tomo remédio porque sei que é o melhor que posso fazer por mim.				
12- Eu me sinto desanimado porque eu não aguento mais ficar no hospital.				
13- Eu sinto medo e fico só pensando na injeção.				
14- Eu sinto raiva quando a enfermeira vem no quarto para me dar injeção. Eu penso que se ela estivesse no meu lugar, ela poderia ver como dói tomar injeção.				
15- Eu brinco para me sentir mais feliz.				
16- Eu rezo/oro porque acredito que Deus pode me curar.				
17- Eu busco informação porque acho importante saber sobre a doença.				
18- Eu faço um acordo porque depois que a minha mãe me deixa brincar eu sempre faço o que ela pede				
19- Eu fico desanimado porque estou doente, no hospital.				
20- Eu me sinto triste porque estou doente, no hospital.				
21- Eu choro porque chorar me alivia, relaxa.				
22- Quando eu converso, me sinto mais confiante.				
23- Eu busco informação porque me interessa em saber o que tenho.				

24- Eu faço um acordo porque eu sei que a enfermeira quer o melhor para mim.				
25- Eu me sinto desanimado porque é desesperador ficar no hospital.				
26- Eu me sinto culpado por estar doente.				
27- Eu assisto televisão porque isto me deixa mais animado.				
28- Eu rezo/oro para agradecer a Deus.				
29- Eu busco informações porque, assim, sei o que posso fazer para melhorar.				
30- Eu faço um acordo porque, depois de tomar remédio, eu posso brincar.				
31- Eu penso em fugir do hospital para ficar longe das injeções ou dos remédios.				
32- Eu sinto medo de ter que tomar injeção ou remédio.				
33- Eu gosto de conversar, pois me deixa mais alegre.				
34- Eu converso porque conversar com as pessoas é importante para mim.				
35- Eu tomo remédio porque quero ajudar no tratamento.				
36- Eu choro porque queria que só minha mãe me desse remédio.				
37- Eu brinco só para não pensar que estou hospital.				
38- Eu choro porque tenho que tomar injeção ou remédio.				
39- Eu gosto de ouvir música para ficar mais animado.				
40- Eu tomo remédio para melhorar.				
41- Eu brinco para passar o tempo.				
42- Eu me sinto triste e fico pensando porque isso aconteceu logo comigo.				
43- Eu me escondo porque queria sumir do hospital.				
44- Eu choro porque sinto dor.				
45- Eu brinco porque brincar me acalma.				
46- Quando eu busco informação sobre a doença, eu sei o que é preciso fazer para me recuperar.				
47- Eu assisto televisão porque ajuda a passar o tempo ou para me distrair.				
48- Quando estou desanimado, penso que fui abandonado pelas outras pessoas.				
49- Eu penso em fugir porque quero sair do hospital.				
50- Eu só fico pensando que vai doer ou que vai perder a veia, quando tomo remédio pela veia.				
51- Quando eu tomo remédio, eu digo para mim mesmo(a) que vou melhorar.				
52- Eu tomo remédio porque assim eu consigo ter alta ou sair do hospital.				
53- Eu converso para me distrair.				

54- Eu penso em fugir para ficar um pouco sozinho.				
55- Eu penso em fugir para nunca mais ficar tomando remédio.				
56- Quando me dão remédio, eu tenho vontade de empurrar a enfermeira.				
57- Eu rezo/oro para Deus me ajudar no tratamento.				
58- Eu tomo remédio porque faço de tudo para ser curado.				
59- Eu escuto música para me distrair.				
60- Eu fico triste porque sinto saudades da família, de casa, dos meus amigos ou da escola.				
61- Eu me escondo porque tenho medo de tomar injeção ou remédio.				
62- Eu fico com raiva porque estou aqui e não posso fazer o que eu gosto.				

Muito obrigada pela sua participação!

Daniele Garioli

**APÊNDICE F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pais
para participação em estudo-piloto**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

I. Dados sobre a pesquisa científica:

Título da pesquisa: Avaliação das Estratégias de Enfrentamento da Hospitalização (COPE-H) – Processo de adaptação de uma escala

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sônia Regina FiorimEnumo

Pesquisador: Daniele de Souza Garioli, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia/UFES

II. Informações sobre o projeto:

Estamos realizando um estudo-piloto com o objetivo de elaborar uma escala de avaliação de estratégias de enfrentamento da hospitalização, e verificar sua adequação. Para o desenvolvimento desta pesquisa, estão sendo selecionadas crianças hospitalizadas por no mínimo dois dias. Na avaliação, serão consideradas características da doença, da própria criança e de seu ambiente familiar. Serão realizadas entrevistas com a criança e com a/o Sr^a/Sr., para preenchimento de um questionário, para obtenção de informações sobre a doença e o enfrentamento, sobre aspectos de desenvolvimento e as condições ambientais da criança. Esta pesquisa poderá trazer benefícios para a criança e também para o hospital e seus profissionais, contribuindo para as práticas oferecidas à criança e sua família, visando à prevenção de problemas emocionais. A Sra. pode aceitar ou não participar do estudo, mas a sua

colaboração será muito importante para ajudar na compreensão do desenvolvimento dessas crianças.

Outros esclarecimentos:

- a) em qualquer momento do andamento do projeto, os responsáveis terão direito a quaisquer esclarecimentos em relação ao projeto;
- b) os responsáveis poderão se desligar do projeto, sem prejuízo para a criança nos demais atendimentos que esteja recebendo junto ao hospital;
- c) serão mantidos o sigilo e o caráter confidencial das informações obtidas. A identificação do cliente e de seus responsáveis não será exposta nas conclusões ou publicações do trabalho. Os vídeos e fotos, se exibidos em Reuniões Científicas e aulas para alunos universitários, não poderão permitir a identificação da criança;
- d) quaisquer recursos ou reclamações poderão ser encaminhados à coordenação pelo telefone (27) 3335-2501 (Programa de Pós-Graduação em Psicologia – UFES) ou ao comitê de ética da UFES pelo telefone (27) 3335-7211 ou pelo e-mail cep@ccs.ufes.br.

“Estando assim de acordo, assinam o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias”.

Consentimento:

Eu, _____
 RG _____, abaixo assinado, responsável
 pelo _____ (a) _____ menor

_____,
tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos, concordo em participar do estudo.

Vitória, ES, ____ de _____ de 2010.

 Representante legal

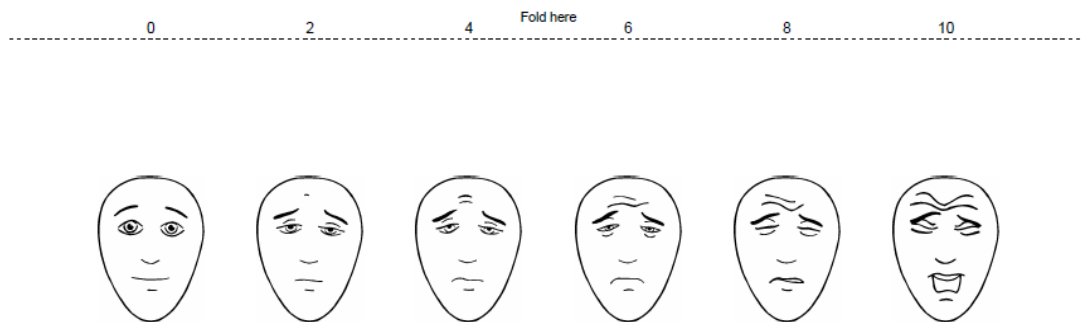
 Responsável pelo projeto

APÊNDICE G - Escala Faces de Dor - Revisada (Povedaet al., 2010).

Nome:

Data:

Instrução: Qual é o tamanho da sua dor neste momento?



APÊNDICE H - A Escala COPE-H (Formulário impresso)



COPE-H

Formulário de Respostas

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Local de nascimento: _____

Idade: _____ Sexo: M () F () Escolaridade: _____

Nome do cuidador: _____

Parentesco: _____

Data da aplicação: ____/____/____ Início: ____ h ____ min. Término: ____ h ____ min.

Cena	Item	Frequência	Ajuda
Brincar	1. No hospital, para enfrentar ou ter que lidar com a situação, você costuma brincar?	() Não	() Sim
		() Um pouco	() Não
		() As vezes	
		() Quase sempre	
		() Sempre	
	2. Eu brinco para passar o tempo.	() Não	() Sim
		() Um pouco	() Não
		() As vezes	
		() Quase sempre	
		() Sempre	
	3. Quando eu brinco, até passa a vontade de chorar.	() Não	() Sim
		() Um pouco	() Não
		() As vezes	
		() Quase sempre	
		() Sempre	
	4. Eu procuro brincar para ficar mais alegre.	() Não	() Sim
		() Um pouco	() Não
		() As vezes	
		() Quase sempre	
		() Sempre	
5. Eu procuro brincar para controlar o que sinto de ruim no hospital.	() Não	() Sim	
	() Um pouco	() Não	
	() As vezes		
	() Quase sempre		

		() Sempre				
	6. Quando eu brinco, acho que diminui minha tristeza.	() Não () Um pouco () As vezes () Quase sempre () Sempre	() Sim () Não			
Chorar	7. No hospital, para enfrentar ou ter que lidar com a situação, você costuma chorar?	() Não () Um pouco () As vezes () Quase sempre () Sempre	() Sim () Não			
		8. Eu choro porque tenho que tomar injeção.	() Não () Um pouco () As vezes () Quase sempre () Sempre	() Sim () Não		
			9. Eu choro porque só sinto dor.	() Não () Um pouco () As vezes () Quase sempre () Sempre	() Sim () Não	
				10. Eu choro porque acredito que isso nunca irá acabar	() Não () Um pouco () As vezes () Quase sempre () Sempre	() Sim () Não
					11. No hospital, para enfrentar ou ter que lidar com a situação, você costuma sentir raiva?	() Não () Um pouco () As vezes () Quase sempre () Sempre
	12. Eu tenho raiva porque não quero tomar injeção.					() Não () Um pouco () As vezes () Quase sempre () Sempre
		13. Eu sinto raiva quando a enfermeira vem no quarto para me dar injeção, eu penso que, se ela estivesse no meu lugar, ela poderia sentir como dói tomar injeção.				() Não () Um pouco () As vezes () Quase sempre () Sempre
			14. Eu sinto raiva porque estou aqui e não posso fazer o que eu gosto.			() Não () Um pouco () As vezes () Quase sempre () Sempre
				15. No hospital, para enfrentar ou ter que lidar com a situação, você		() Não () Um pouco

	costuma assistir televisão?	<input type="checkbox"/> As vezes	
		<input type="checkbox"/> Quase sempre	
		<input type="checkbox"/> Sempre	
	16. Eu assisto televisão porque ajuda a me distrair.	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> As vezes	
		<input type="checkbox"/> Quase sempre	
		<input type="checkbox"/> Sempre	
Esconder-se	17. No hospital, para enfrentar ou ter que lidar com a situação, você costuma esconder-se?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> As vezes	
		<input type="checkbox"/> Quase sempre	
		<input type="checkbox"/> Sempre	
	18. Eu me escondo para não ter que tomar remédio.	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> As vezes	
		<input type="checkbox"/> Quase sempre	
		<input type="checkbox"/> Sempre	
	19. Eu me escondo porque tenho medo de tomar injeção.	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> As vezes	
		<input type="checkbox"/> Quase sempre	
		<input type="checkbox"/> Sempre	
Sentir-se Triste	20. No hospital, para enfrentar ou ter que lidar com a situação, você costuma sentir-se triste?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> As vezes	
		<input type="checkbox"/> Quase sempre	
		<input type="checkbox"/> Sempre	
	21. Eu me sinto triste porque ninguém tem pena de mim ou do que está acontecendo comigo.	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> As vezes	
		<input type="checkbox"/> Quase sempre	
		<input type="checkbox"/> Sempre	
	22. Eu quero ficar sozinho, isolado, porque ficar no hospital me deixa muito triste.	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> As vezes	
		<input type="checkbox"/> Quase sempre	
		<input type="checkbox"/> Sempre	
	23. Quando estou doente, fico triste e não quero conversar com ninguém.	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> As vezes	
		<input type="checkbox"/> Quase sempre	
		<input type="checkbox"/> Sempre	
Rezar	24. No hospital, para enfrentar ou ter que lidar com a situação, você costuma rezar ou fazer orações?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> As vezes	
		<input type="checkbox"/> Quase sempre	
		<input type="checkbox"/> Sempre	
	25. Eu rezo/oro para Deus me ajudar a sarar.	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Não

		<input type="checkbox"/> As vezes	
		<input type="checkbox"/> Quase sempre	
		<input type="checkbox"/> Sempre	
Sentir-se desanimado	26. No hospital, para enfrentar ou ter que lidar com a situação, você costuma sentir-se desanimado?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> As vezes	
		<input type="checkbox"/> Quase sempre	
		<input type="checkbox"/> Sempre	
	27. Eu fico desanimado(a) porque estou doente, no hospital.	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> As vezes	
		<input type="checkbox"/> Quase sempre	
		<input type="checkbox"/> Sempre	
	28. Eu me sinto desanimado, sem esperança, porque eu não aguento mais ficar no hospital.	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> As vezes			
<input type="checkbox"/> Quase sempre			
<input type="checkbox"/> Sempre			
29. Eu me sinto desanimado, sem esperança, porque nada do que eu faço me faz sair do hospital.	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	
	<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> As vezes		
	<input type="checkbox"/> Quase sempre		
	<input type="checkbox"/> Sempre		
Fazer acordo	30. No hospital, para enfrentar ou ter que lidar com a situação, você costuma fazer um acordo com o médico, enfermeiro ou seus pais?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> As vezes	
		<input type="checkbox"/> Quase sempre	
		<input type="checkbox"/> Sempre	
	31. Eu procuro fazer um acordo com minha mãe para ela me deixar brincar. Aí eu faço o que ela quer.	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> As vezes	
		<input type="checkbox"/> Quase sempre	
		<input type="checkbox"/> Sempre	
	32. Eu procuro fazer um acordo, negociar com a enfermeira na hora de tomar injeção, porque sei que ela quer o melhor para mim.	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> As vezes			
<input type="checkbox"/> Quase sempre			
<input type="checkbox"/> Sempre			
33. Eu procuro fazer um acordo com quem cuida de mim, pois assim posso brincar depois de tomar injeção.	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	
	<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> As vezes		
	<input type="checkbox"/> Quase sempre		
	<input type="checkbox"/> Sempre		
Pensar em fugir	34. No hospital, para enfrentar ou ter que lidar com a situação, você costuma pensar em fugir?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> As vezes	
		<input type="checkbox"/> Quase sempre	
		<input type="checkbox"/> Sempre	
	35. Eu penso em fugir do hospital para ficar longe das injeções.	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Não

		<input type="checkbox"/> As vezes	
		<input type="checkbox"/> Quase sempre	
		<input type="checkbox"/> Sempre	
	36. Eu penso em fugir porque quero sair do hospital.	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> As vezes	
		<input type="checkbox"/> Quase sempre	
		<input type="checkbox"/> Sempre	
	37. Eu penso em fugir para ficar mais sozinho, longe de tudo.	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> As vezes	
		<input type="checkbox"/> Quase sempre	
		<input type="checkbox"/> Sempre	
	38. Eu penso em fugir para nunca mais ter que tomar remédio desse jeito.	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> As vezes	
		<input type="checkbox"/> Quase sempre	
		<input type="checkbox"/> Sempre	
Conversar	39. No hospital, para enfrentar ou ter que lidar com a situação, você costuma conversar?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> As vezes	
		<input type="checkbox"/> Quase sempre	
		<input type="checkbox"/> Sempre	
	40. Eu procuro conversar com alguém para me sentir mais confiante.	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> As vezes	
		<input type="checkbox"/> Quase sempre	
		<input type="checkbox"/> Sempre	
	41. Porque quando eu converso, eu perturbo a minha mãe para ela ficar perto de mim.	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> As vezes	
		<input type="checkbox"/> Quase sempre	
		<input type="checkbox"/> Sempre	
	42. Eu procuro as pessoas para conversar, porque sinto que é importante para mim.	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> As vezes	
		<input type="checkbox"/> Quase sempre	
		<input type="checkbox"/> Sempre	
Ouvir Música	43. No hospital, para enfrentar ou ter que lidar com a situação, você costuma ouvir música?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> As vezes	
		<input type="checkbox"/> Quase sempre	
		<input type="checkbox"/> Sempre	
	44. Eu escuto música para me distrair do que está acontecendo comigo no hospital.	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> As vezes	
		<input type="checkbox"/> Quase sempre	
		<input type="checkbox"/> Sempre	
Sentir Culpa	45. No hospital, para enfrentar ou ter que lidar com a situação, você	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Não

	costuma sentir-se culpado?	<input type="checkbox"/> As vezes	
		<input type="checkbox"/> Quase sempre	
		<input type="checkbox"/> Sempre	
	46. Eu me sinto culpado por estar doente	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> As vezes	
		<input type="checkbox"/> Quase sempre	
		<input type="checkbox"/> Sempre	
Sentir medo	47. No hospital, para enfrentar ou ter que lidar com a situação, você costuma sentir medo?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> As vezes	
		<input type="checkbox"/> Quase sempre	
		<input type="checkbox"/> Sempre	
	48. Eu sinto medo de ter que tomar injeção.	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> As vezes	
		<input type="checkbox"/> Quase sempre	
		<input type="checkbox"/> Sempre	
	49. Eu sinto medo e fico só pensando na injeção.	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> As vezes	
		<input type="checkbox"/> Quase sempre	
		<input type="checkbox"/> Sempre	
	50. Eu sinto medo e fico só pensando em coisas ruins.	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> As vezes	
		<input type="checkbox"/> Quase sempre	
		<input type="checkbox"/> Sempre	
51. Eu sinto medo e só fico pensando que não vou mais sair daqui.	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	
	<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> As vezes		
	<input type="checkbox"/> Quase sempre		
	<input type="checkbox"/> Sempre		
Sentir-se corajoso	52. No hospital, para enfrentar ou ter que lidar com a situação, você costuma sentir-se corajoso?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> As vezes	
		<input type="checkbox"/> Quase sempre	
		<input type="checkbox"/> Sempre	
	53. Quando eu me sinto corajoso, isso me ajuda a pensar no problema de uma forma mais positiva.	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> As vezes	
		<input type="checkbox"/> Quase sempre	
		<input type="checkbox"/> Sempre	
	54. Quando eu me sinto corajoso no hospital, percebo que as pessoas que cuidam de mim ficam mais confiantes	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> As vezes	
		<input type="checkbox"/> Quase sempre	
		<input type="checkbox"/> Sempre	
Tomar remédio	55. No hospital, para enfrentar ou ter que lidar com a situação, você	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Não

	costuma tomar remédio?	<input type="checkbox"/> As vezes	
		<input type="checkbox"/> Quase sempre	
		<input type="checkbox"/> Sempre	
	56. Eu tomo remédio porque assim sinto que posso fazer algo para melhorar.	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> As vezes	
		<input type="checkbox"/> Quase sempre	
		<input type="checkbox"/> Sempre	
	57. Eu tomo remédio para melhorar.	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> As vezes	
		<input type="checkbox"/> Quase sempre	
		<input type="checkbox"/> Sempre	
	58. Eu tomo remédio porque faço de tudo para ser curado.	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> As vezes	
		<input type="checkbox"/> Quase sempre	
		<input type="checkbox"/> Sempre	
	59. Quando me dão remédio, eu tenho vontade de empurrar a enfermeira.	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> As vezes	
		<input type="checkbox"/> Quase sempre	
		<input type="checkbox"/> Sempre	
Buscar Informação	60. No hospital, para enfrentar ou ter que lidar com a situação, você costuma buscar informação?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> As vezes	
		<input type="checkbox"/> Quase sempre	
		<input type="checkbox"/> Sempre	
	61. Eu procuro saber mais porque assim eu aprendo mais sobre o que está acontecendo comigo.	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> As vezes	
		<input type="checkbox"/> Quase sempre	
		<input type="checkbox"/> Sempre	
	62. Eu faço perguntas, porque acho importante saber sobre a doença.	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> As vezes		
	<input type="checkbox"/> Quase sempre		
	<input type="checkbox"/> Sempre		
	63. Eu busco informações porque me interesse em saber o que eu tenho.	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> As vezes		
	<input type="checkbox"/> Quase sempre		
	<input type="checkbox"/> Sempre		
	64. Eu procuro saber mais sobre meu problema e o tratamento para saber o que posso fazer para melhorar.	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> As vezes		
	<input type="checkbox"/> Quase sempre		
	<input type="checkbox"/> Sempre		
	65. Eu peço para a minha mãe fazer as perguntas porque tenho	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Não

	vergonha do médico.	<input type="checkbox"/> As vezes	
		<input type="checkbox"/> Quase sempre	
		<input type="checkbox"/> Sempre	

APÊNDICE I - A Escala AEH-Cuidador (formulário impresso)



COPE-H Cuidador

Formulário de Respostas

Nome do Cuidador: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Local de nascimento: _____

Idade: _____ Sexo: M () F () Escolaridade: _____

Parentesco: _____

Nome da Criança: _____

Data da aplicação: ____/____/____ Início: ____ h ____ min. Término: ____ h ____ min.

"Este instrumento apresenta comportamentos que podem ser emitidos pelas crianças para enfrentar a hospitalização. Com base na sua convivência com a criança durante a hospitalização, indique o quanto cada comportamento é apresentado por ele durante a hospitalização. Em seguida, informe o quanto cada item corresponde a como a criança enfrenta a hospitalização. Por fim, indique se a estratégia utilizada ajuda no enfrentamento da hospitalização dele (a)".

1- Comportamento: **Brincar** (apresentar a prancha com o comportamento de brincar).

() Não	() Um pouco	() Às vezes	() Quase sempre	() Sempre
---------	--------------	--------------	------------------	------------

Estratégia de enfrentamento	Frequência	Ajuda	
Ele(a) brinca para passar o tempo.	() Não () Um pouco () Às vezes () Quase sempre () Sempre	() Sim	() Não
Quando ele(a) brinca até passa a vontade dele de chorar.	() Não () Um pouco () Às vezes () Quase sempre () Sempre	() Sim	() Não
Ele(a) procura brincar para ficar mais	() Não	() Sim	() Não

alegre.	<input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Sempre		
Ele(a) procura brincar para controlar o que sente de ruim no hospital.	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Quando ele(a) brinca, acho que diminui sua tristeza	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

2- Comportamento: **Chorar** (apresentar a prancha com o comportamento de chorar).

<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Sempre
------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------

Estratégia de enfrentamento	Frequência	Ajuda	
Ele(a) chora porque tem que tomar injeção.	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Ele(a) chora porque só sente dor.	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Ele(a) chora porque acredita que isso nunca irá acabar.	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

3- Comportamento: **Sentir raiva** (apresentar a prancha com o comportamento de sentir raiva).

<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Sempre
------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------

Estratégia de enfrentamento	Frequência	Ajuda	
Ele(a) tem raiva porque não quer tomar injeção.	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Ele(a) sente raiva quando a enfermeira	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

vem no quarto para lhe dar injeção. Ele(a) pensa que, se a enfermeira estivesse em seu lugar, poderia sentir como dói tomar injeção.	<input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Sempre		
Ele(a) sente raiva porque está aqui e não pode fazer o que gosta.	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

4- Comportamento: **Assistir Televisão** (apresentar a prancha com o comportamento de assistir **Televisão**).

<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Sempre
------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------

Estratégia de enfrentamento	Frequência	Ajuda	
Ele(a) assiste televisão porque isto oajudaa se distrair.	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

5- Comportamento: **Esconder-se** (apresentar a prancha com o comportamento de esconder-se).

<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Sempre
------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------

Estratégia de enfrentamento	Frequência	Ajuda	
Ele(a) se esconde para não ter que tomar remédio	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Ele(a) se esconde porque tem medo de tomar injeção.	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

6- Comportamento: **Sentir-se triste** (apresentar a prancha com o comportamento de sentir-se triste).

<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Sempre
------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------

Estratégia de enfrentamento	Frequência	Ajuda	
Ele(a) se sente triste porque ninguém tem pena de dele(a) ou do que está	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

acontecendo com ele(a).	<input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Sempre		
Ele(a) quer ficar sozinho, isolado, porque ficar no hospital o deixa muito triste.	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Quando ele(a) está doente, fica triste e não quer conversar com ninguém	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

7- Comportamento: **Rezar/Orar** (apresentar a prancha com o comportamento de Rezar/Orar).

<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Sempre
------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------

Estratégia de enfrentamento	Frequência	Ajuda	
Ele(a) reza/ora para que Deus o(a) ajude a sarar.	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

8- Comportamento: **Sentir-se desanimado** (apresentar a prancha com o comportamento de Sentir-se desanimado).

<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Sempre
------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------

Estratégia de enfrentamento	Frequência	Ajuda	
Ele(a) fica desanimado porque está doente, no hospital.	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Ele(a) se sente desanimado, sem esperança, porque não aguenta mais ficar no hospital.	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Ele(a) se sente desanimado, sem esperança, porque nada do que faz o permite sair do hospital.	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

9- Comportamento: **Combinar alguma troca, fazer acordo, negociar** (apresentar a prancha com o comportamento combinarAlgo)

<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Sempre
------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------

Estratégia de enfrentamento	Frequência	Ajuda	
Ele(a) procura fazer um acordopara eu o(a) deixar brincar. Aí, ele(a) faz o que eu quero.	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Ele(a) procura fazer um acordo, negociarcom a enfermeira na hora de tomar injeção porque sabe que ela quer o melhor para ele(a).	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Ele(a) procura fazer um acordocom quem cuida dele(a), pois assim pode brincar depois de tomar injeção.	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

10- Comportamento: **Pensar em fugir** (apresentar a prancha com o comportamento de pensar em fugir).

<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Sempre
------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------

Estratégia de enfrentamento	Frequência	Ajuda	
Ele(a) pensa em fugir do hospital para ficar longe das injeções.	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Ele(a) pensa em fugir porque quer sair do hospital.	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Ele(a) pensa em fugir para ficar mais sozinho, longe de tudo.	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Ele(a) pensa em fugir para nunca mais ter que tomar remédio desse jeito.	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

11- Comportamento: **Conversar** (apresentar a prancha com o comportamento de conversar).

Não Um pouco Às vezes Quase sempre Sempre

Estratégia de enfrentamento	Frequência	Ajuda	
Ele(a) procura conversar com alguém para se sentir mais confiante.	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Porque quando ele(a) conversa, ele(a) me perturba para que eu fique perto dele.	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Ele(a) procura as pessoas para conversar durante seu tratamento, porque sente que isto é importante para ele(a).	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

12- Comportamento: **Ouvir música** (apresentar a prancha com o comportamento de ouvir música).

Não Um pouco Às vezes Quase sempre Sempre

Estratégia de enfrentamento	Frequência	Ajuda	
Ele(a) escuta música para se distrair do que está acontecendo com ele(a) no hospital.	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

13- Comportamento: **Sentir culpa** (apresentar a prancha com o comportamento de sentir culpa).

Não Um pouco Às vezes Quase sempre Sempre

Estratégia de enfrentamento	Frequência	Ajuda	
Ele(a) se sente culpado(a) por estar doente.	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

14- Comportamento: **Sentir medo** (apresentar a prancha com o comportamento de sentir medo).

Não Um pouco Às vezes Quase sempre Sempre

Estratégia de enfrentamento	Frequência	Ajuda	
-----------------------------	------------	-------	--

Ele(a) sente medo de ter que tomar injeção.	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Ele(a) sente medo e fica só pensando na injeção.	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Ele(a) sente medo e fica só pensando em coisas ruins.	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Ele(a) sente medo e fica só pensando que não vai mais sair daqui.	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

15- Comportamento: **Sentir coragem** (apresentar a prancha com o comportamento de sentir coragem).

<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Sempre
------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------

Estratégia de enfrentamento	Frequência	Ajuda	
Quando ele(a) se sente corajoso, isto o(a) ajuda a pensar no problema de uma forma mais positiva.	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Quando ele(a) se sente corajoso no hospital, percebe que as pessoas que cuidam dele(a) ficam mais confiantes.	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

16- Comportamento: **Tomar remédio** (apresentar a prancha com o comportamento de tomar remédio).

<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Sempre
------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------

Estratégia de enfrentamento	Frequência	Ajuda	
Ele(a) toma remédio porque assim sente que pode fazer algo para melhorar.	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Ele(a) toma remédio para melhorar.	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

	<input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Sempre		
Ele(a) toma remédio porque assim ele(a) pode ter alta e sair do hospital.	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Ele(a) toma remédio porque faz de tudo para ser curado.	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Quando lhe dão remédio, ele(a) tem vontade de empurrar a enfermeira.	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

17- Comportamento: **Buscar Informação** (apresentar a prancha com o comportamento de buscar informação).

<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Um pouco	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Sempre
------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------

Estratégia de enfrentamento	Frequência	Ajuda	
Ele(a) procura saber mais porque assim ele(a) aprende mais sobre o que está acontecendo consigo mesmo.	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Ele(a) faz perguntas, porque acha importante saber sobre a doença.	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Ele(a) buscar informações porque se interessa em saber o que ele(a) tem.	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Ele(a) procura saber mais sobre seu problema e o tratamento para saber o que pode fazer para melhorar.	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Ele(a) pede para a mãe fazer as perguntas porque sente vergonha do médico.	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

APÊNDICE J - Pontuação dos critérios para classificação do nível socioeconômico (ABEP, 2013).

Variáveis	Quantidade				
	0	1	2	3	4 ou +
Banheiros	0	3	7	10	14
Empregados domésticos	0	3	7	10	13
Automóveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava louça	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6
Lava roupa	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Microondas	0	2	4	4	4
Motocicleta	0	1	3	3	3
Secadora de roupa	0	2	2	2	2
Escolaridade da pessoa de referência		Serviços públicos			
Analfabeto / Fundamental I incompleto	0			Não	Sim
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	1				
Fundamental II completo / Médio incompleto	2	Água encanada		0	4
Médio completo / Superior incompleto	4	Rua pavimentada		0	2
Superior completo	7				
		PONTOS DE CORTE			
		Estrato 1		43 - 100	
		Estrato 2		37 - 42	
		Estrato 3		26-36	
		Estrato 4		19-25	
		Estrato 5		15-18	
		Estrato 6		11-14	
		Estrato 7		0-10	

Nota. Extraído de ABEP (2014, p. 19)

APÊNDICE K - Prontuário de Acompanhamento do Hospital

1. Nome do paciente: _____
2. Data de nascimento: ___/___/_____ Escolaridade: _____
3. Filiação: _____
4. Escolaridade dos pais: _____
5. Estado civil dos pais: _____
6. Constituição familiar (irmãos e outros familiares): _____
7. Religião: _____

Data da coletados dados: ___/___/_____.

1- Diagnóstico: _____

2- Tipo de tratamento: _____

3- Motivo da internação: () Diagnóstico inicial () Intercorrência () Medicação
() Cirurgia () Outro. Qual? _____

Se teve intercorrência, qual foi? _____

4- Tempo de internação: _____ 5- Tempo do diagnóstico: _____

6- Gravidade da doença: () Baixo risco () Médio risco () Alto risco

7- Medicamentos utilizados: _____

8- Previsão de alta: ___/___/_____

9- Outros dados importantes:

APÊNDICE L - Protocolo de Entrevista Semiestruturada com Profissionais de Saúde

I- Dados de Caracterização

Nome	
Idade	
Profissão	
Tempo de Profissão	
Setor que atua	

II – Roteiro para entrevista

- 1- Que tipo de contato você estabeleceu com a criança?
- 2- Durante quanto tempo?
- 3- Fale um pouco sobre sua prática com a criança.
- 4- Quais atividades você realiza com a criança?
- 5- Quais são suas percepções acerca da forma como a criança enfrenta a hospitalização?
- 6- Percebeu algum tipo de mudança nesses últimos dias no que diz respeito ao comportamento da criança e a maneira de lidar com a hospitalização?
- 7- Houve alguma mudança no aspecto clínico do paciente nos últimos dias?
- 8- Em sua opinião, conhecer sobre a forma como a criança lida com a hospitalização traria contribuições para a sua prática? Como?

APÊNDICE M - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação em pesquisa para pais



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPIRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

III. Dados sobre a pesquisa científica:

Título da pesquisa: Avaliação das Estratégias de Enfrentamento da Hospitalização (COPE-H) – Processo de adaptação de uma escala

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sônia Regina FiorimEnumo

Pesquisador: Daniele de Souza Garioli, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia/UFES

IV. Informações sobre o projeto:

Estamos realizando um estudo com o objetivo de elaborar uma escala de avaliação de estratégias de enfrentamento da hospitalização. Para o desenvolvimento desta pesquisa, estão sendo selecionadas crianças hospitalizadas por no mínimo dois dias. Na avaliação, serão consideradas características da doença, da própria criança e de seu ambiente familiar. Serão realizadas entrevistas com a criança e com a/o Sr^a/Sr., para preenchimento de um questionário, para obtenção de informações sobre a doença e o enfrentamento, sobre aspectos de desenvolvimento e as condições ambientais da criança. Esta pesquisa poderá trazer benefícios para a criança e também para o hospital e seus profissionais, contribuindo para as práticas oferecidas à criança e sua família, visando à prevenção de problemas emocionais. A Sra. pode aceitar ou não participar do estudo, mas a sua colaboração será muito importante para ajudar na compreensão do desenvolvimento dessas crianças.

Outros esclarecimentos:

- a) em qualquer momento do andamento do projeto, os responsáveis terão direito a quaisquer esclarecimentos em relação ao projeto;
- b) os responsáveis poderão se desligar do projeto, sem prejuízo para a criança nos demais atendimentos que esteja recebendo junto ao hospital;
- c) serão mantidos o sigilo e o caráter confidencial das informações obtidas. A identificação do cliente e de seus responsáveis não será exposta nas conclusões ou publicações do trabalho. Os vídeos e fotos, se exibidos em Reuniões Científicas e aulas para alunos universitários, não poderão permitir a identificação da criança;
- d) quaisquer recursos ou reclamações poderão ser encaminhados à coordenação pelo telefone (27) 3335-2501 (Programa de Pós-Graduação em Psicologia – UFES) ou ao comitê de ética da UFES pelo telefone (27) 3335-7211 ou pelo e-mail cep@ccs.ufes.br.

“Estando assim de acordo, assinam o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias”.

Consentimento:

Eu, _____
 RG _____, abaixo assinado, responsável
 pelo _____ (a) _____ menor
 _____,
 tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos, concordo em
 participar do estudo.

Vitória, ES, ____ de _____ de 2010.

 Representante legal

 Responsável pelo projeto

APÊNDICE N - Termo de Assentimento para participação em pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO (UFES) PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA (PPGP)

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Título da pesquisa: Avaliação das Estratégias de Enfrentamento da Hospitalização (COPE-H) – Processo de adaptação de uma escala

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sônia Regina FiorimEnumo

Pesquisador: Daniele de Souza Garioli, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia/UFES

Objetivo: Estamos realizando um estudo com o objetivo de compreender a forma como a criança lida com o fato de estar no hospital. Por isso, estamos convidando você a participar desta pesquisa. Você pode escolher se quer participar ou não. Conversamos com seus pais ou responsáveis e eles sabem que também estamos pedindo seu acordo. Você não é obrigado a participar.

Como será feita a pesquisa? Você e as pessoas que cuidam de você responderão perguntas sobre seu desenvolvimento, sobre a forma como você pensa sobre a sua doença e sobre como você lida com o fato de estar no hospital.

Qual é a importância da pesquisa? Com esta pesquisa esperamos compreender como vocês e as pessoas que cuidam de você lidam com a situação e oferecer assistência para ajudar você a enfrentar melhor esse momento.

Quais são os seus direitos? Você é quem decide sobre a participação nessa pesquisa. Você só irá participar, se quiser. Se decidir não participar da pesquisa, nada vai acontecer. Você pode me perguntar agora ou depois sobre dúvidas quanto à pesquisa. Sua participação não trará riscos à sua saúde física ou mental.

Outras dúvidas: Tudo o que você disser, ninguém, exceto as pesquisadoras, saberá. Manteremos em segredo tudo o que conversarmos. Para apresentar os resultados, mudaremos os nomes dos participantes, para que ninguém possa reconhecer quem respondeu a essa pesquisa.

Se você concordar em participar, por favor, assine as duas cópias desse Termo de Assentimento

Identificação do participante

Nome: _____

Idade: _____ anos

RG: _____ Órgão Emissor _____

Certidão de Nascimento: _____

Outros documentos: _____

Concordam com a realização da pesquisa descrita neste documento, conforme os termos nele estipulados.

Vitória, _____ de _____ de 2010.

Participante

Responsável pela coleta de dados

**APÊNDICE O - Termo de Consentimento para a realização da pesquisa
para o hospital**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPIRITO SANTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Título da pesquisa: Avaliação das Estratégias de Enfrentamento da Hospitalização (COPE-H) – Processo de adaptação de uma escala

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sônia Regina FiorimEnumo

Pesquisador: Daniele de Souza Garioli, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia/UFES

Instituições: Universidade Federal do Espírito Santo, Departamento de Psicologia Social e do Desenvolvimento, Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Objetivos: Este estudo tem como objetivo adaptar uma escala de que avaliam as estratégias de enfrentamento em crianças hospitalizadas.

Participantes: crianças entre 6 e 12 anos hospitalizadas por no mínimo dois dias.

Síntese dos Procedimentos: Para o estudo será necessária a composição de um grupo de crianças com idade entre 6 e 12 anos de ambos os sexos e seus cuidadores, para serem avaliadas a) percepção da doença b) comportamentos (instâncias de *coping*) feitos durante a hospitalização; e c) estratégias de enfrentamento utilizadas para lidar com a hospitalização. Espera-se contribuir para a área de avaliação e intervenção psicológica em crianças em risco de desenvolvimento e para uma adequada assistência a essa população visando à prevenção de problemas emocionais e sociais e um menor impacto na trajetória de vida dessas crianças. As avaliações serão gravadas em áudio e

vídeo. Os pais serão solicitados a assinarem um termo de consentimento para participação na pesquisa.

Esclarecimentos:

- a) em qualquer momento do andamento do projeto, os responsáveis terão direito a quaisquer esclarecimentos;
- b) os responsáveis poderão se desligar do projeto, sem prejuízo para a criança nos demais atendimentos que esteja recebendo junto aos hospitais;
- c) serão mantidos o sigilo e o caráter confidencial das informações obtidas. A identificação do paciente e de seus responsáveis não será exposta nas conclusões ou publicações do trabalho. Os vídeos e fotos poderão ser exibidos em reuniões científicas e aulas para alunos universitários, caso ocorra o consentimento do responsável;
- d) quaisquer recursos ou reclamações poderão ser encaminhados à coordenação pelo telefone (27) 3335-2501 (Programa de Pós-Graduação em Psicologia – UFES) ou ao comitê de ética da UFES pelo telefone (27) 3335-7211 ou pelo e-mail cep@ccs.ufes.br.

Consentimento:

Identificação do responsável pelo setor da instituição:

Nome: _____

RG: _____ Órgão emissor: _____

Estando assim de acordo, assinam o presente termo de compromisso em duas vias:

Vitória, ES, ___ de _____ de 2010.

Representante legal

Profa. Dra. Sônia Regina FiorimEnumo

APÊNDICE P - Formulário de correção e interpretação dos resultados do COPE-H



COPE-H Formulário de Correção e Interpretação

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Local de nascimento: _____

Idade: _____ Sexo: M () F () Escolaridade: _____

Nome do cuidador: _____

Parentesco: _____

Instrução:

1) Para cada item da Escala COPE-H, insira a frequência apontada pela criança:

01=	02=	03=	04=	05=	06=	07=	08=	09=	10=
11=	12=	13=	14=	15=	16=	17=	18=	19=	20=
21=	22=	23=	24=	25=	26=	27=	28=	29=	30=
31=	32=	33=	34=	35=	36=	37=	38=	39=	40=
41=	42=	43=	44=	45=	46=	47=	48=	49=	50=
51=	52=	53=	54=	55=	56=	57=	58=	59=	60=
61=	62=	63=	64=	65=					

(a frequência do item 55 não é pontuada)

2) Posteriormente, cada escore bruto é transformado em Percentil nas tabelas de normas gerais ou por idade.

Fatores do COPE-H	EB	Percentil	Classificação
Fator 1 (Mal Adaptativo)			
Fator 2 (Adaptativo)			
Fator 3 (Desengajamento Involuntário e voluntário)			

Legenda: EB= escore bruto (soma da frequência dos itens em cada fator)

Síntese e Interpretação:

APÊNDICE Q - Avaliação de Conteúdo dos novos itens do COPE-H

Tabela 33. Avaliação dos juízes na dimensão teórica, clareza de linguagem, pertinência teórica e prática dos novos itens da Escala COPE-H (N = 5)

Itens	Concordância entre os juízes quanto a dimensão teórica	CVC - Critério Clareza de Linguagem	CVC - Critério Pertinência Teórica	CVC - Critério Pertinência Prática
1- Eu sinto raiva quando a enfermeira vem no quarto para me dar injeção, eu penso que se ela estivesse no meu lugar, ela poderia ver como dói tomar injeção.	100%	1	1	1
2- Quando me dão remédio, eu tenho vontade de empurrar a enfermeira.	100%	1	1	1
3- Eu tenho raiva porque não quero tomar injeção.	100%	1	1	1
4- Eu sinto raiva porque estou aqui e não posso fazer o que eu gosto.	100%	1	1	1
5- Eu sinto medo e fico só pensando em coisas ruins.	100%	1	1	1
6- Eu sinto medo e só fico pensando que não vou mais sair daqui.	100%	1	1	1
7- Eu choro porque só sinto dor.	100%	1	1	1
8- Eu choro porque acredito que isso nunca irá acabar.	100%	1	1	1
9- Quando estou no hospital, eu brinco.	100%	1	1	1
10- Quando estou no hospital, eu choro.	100%	1	1	1
11- Quando estou no hospital, eu sinto raiva.	100%	1	1	1
12- Quando estou no hospital, eu assisto televisão.	100%	1	1	1
13- Quando estou no hospital, eu tento me esconder.	100%	1	1	1
14- Quando estou no hospital, eu me sinto triste.	100%	1	1	1
15- Quando estou no hospital, eu rezo/oro.	100%	1	1	1
16- Quando estou no hospital, eu me sinto desanimado(a).	100%	1	1	1
17- Quando estou no hospital, eu procuro combinar alguma troca, fazer acordo, negociar.	100%	1	1	1

18- Quando estou no hospital, eu penso em fugir.

100%

1

1

1

Tabela 33. Avaliação dos juízes na dimensão teórica, clareza de linguagem, pertinência teórica e prática dos novos itens da Escala COPE-H (N = 5) (cont.)

Itens	Concordância entre os juízes quanto a dimensão teórica	CVC - Critério Clareza de Linguagem	CVC - Critério Pertinência Teórica	CVC - Critério Pertinência Prática
19- Quando estou no hospital, eu procuro conversar.	100%	1	1	1
20- Quando estou no hospital, eu costumo ouvir música.	100%	1	1	1
21- Quando estou no hospital, eu sinto culpa.	100%	1	1	1
22- Quando estou no hospital, eu sinto medo.	100%	1	1	1
23- Quando estou no hospital, eu sinto coragem.	100%	1	1	1
24- Quando estou no hospital, eu tomo remédio.	100%	1	1	1
25- Quando estou no hospital, eu busco informação.	100%	1	1	1

APÊNDICE R - Caracterização clínica da amostra

Tabela34. Caracterização clínica dos participantes da amostra utilizada para obtenção das evidências de validade baseada na estrutura interna da Escala COPE-H (N = 133)

Caracterização Clínica da amostra	N (%)
<i>Diagnóstico</i>	
Apêndice	36 (27,07)
Trauma	27 (20,30)
Cirurgia	12 (9,02)
Infecção	10 (7,52)
Problemas renais	10 (7,52)
Osteogênese	5 (3,76)
Dengue	3 (2,26)
Sem diagnóstico	3 (2,26)
Anemia Falsiforme	2 (1,50)
Drenagem	2 (1,50)
Asma	2 (1,50)
Lesão Hepática	1 (0,75)
Epilepsia Psicogênica	1 (0,75)
Queimaduras	1 (0,75)
Peritonite Generalizada	1 (0,75)
Pseudoartrose Infectada	1 (0,75)
Tuberculose	1(0,75)
Lesão Cística Intracerebral	1 (0,75)
Hemorroidas	1 (0,75)
Convulsão	1 (0,75)
Dor	1 (0,75)
Meningite Bacteriana	1 (0,75)
AVC	1 (0,75)
Acalasia	1 (0,75)
Aneurisma	1 (0,75)
Desnutrição devido a Depressão	1 (0,75)
Anemia Hemolítica e Plaquetopenia	1 (0,75)
Pedra na Vesícula Biliar	1 (0,75)
Epífase no Quadril	1 (0,75)
Varicela	1 (0,75)
TCA	1 (0,75)
Pneumonia	1 (0,75)

Tabela 34. *Caracterização clínica dos participantes da amostra utilizada para obtenção das evidências de validade baseada na estrutura interna da Escala COPE-H (N = 133)(cont.)*

Caracterização Clínica da amostra	N (%)
<i>Tempo de Internação (M=8,6 dias, DP=14,53 dias)</i>	
2	19 (14,29)
3	24 (18,05)
4	16 (12,03)
5	14 (10,53)
6	10 (7,52)
7	14 (10,53)
8	9 (6,77)
9	6 (4,51)
10	1 (0,75)
11	2 (1,50)
12	3 (2,26)
13	1 (0,75)
14	1 (0,75)
15	2 (1,50)
16	1 (0,75)
17	1 (0,75)
22	1 (0,75)
25	1 (0,75)
27	1 (0,75)
28	1 (0,75)
30	1 (0,75)
46	1 (0,75)
60	1 (0,75)
94	1 (0,75)
4 meses	1 (0,75)

Tabela 34. *Caracterização clínica dos participantes da amostra utilizada para obtenção das evidências de validade baseada na estrutura interna da Escala COPE-H (N = 133)(cont.)*

Caracterização Clínica da amostra	N (%)
<i>Presença de Intercorrência</i>	
Não há	78 (58,65)
Dor	13(9,77)
Febre	7(5,26)
Trauma	6(4,52)
Dor e Febre	3 (2,26)
Convulsões	3 (2,26)
Febre, Vômito e Dor	3 (2,26)
Dor e Vômito	2 (1,50)
Febre e Vômito	2 (1,50)
Hemorragia	2 (1,50)
Acidente	2 (1,50)
Inflamação	2 (1,50)
Pneumonia	1 (0,75)
Falta de ar, Tonteira	1 (0,75)
Tosse, palidez, febre	1 (0,75)
Vômito	1 (0,75)
Depressão	1 (0,75)
Dor, falta de ar, febre	1 (0,75)
Desmaio	1 (0,75)
Osteomelite	1 (0,75)
Sangue na Urina	1 (0,75)
Não consegue entubar	1 (0,75)

Tabela 34. *Caracterização clínica dos participantes da amostra utilizada para obtenção das evidências de validade baseada na estrutura interna da Escala COPE-H (N = 133)(cont.)*

Caracterização Clínica da amostra	N(%)
<i>Tempo de Diagnóstico (dia)</i>	
Desde o Nascimento	11 (8,27)
Data da Internação	4 (3,01)
1	1 (0,75)
2	13 (9,77)
3	18 (13,53)
4	14 (10,53)
5	14 (10,53)
6	9 (6,77)
7	9 (6,77)
8	7 (5,26)
9	4 (3,01)
10	1(0,75)
11	1 (0,75)
12	2 (1,50)
13	1 (0,75)
15	1 (0,75)
16	1 (0,75)
17	1 (0,75)
18	1 (0,75)
20	1 (0,75)
22	1 (0,75)
25	1 (0,75)
28	1 (0,75)
30	2 (1,50)
37	1 (0,75)
46	1 (0,75)
60	2 (1,50)
94	1 (0,75)
4 meses	1 (0,75)
10 meses	1 (0,75)
3 anos	2 (1,50)
4 anos	3 (2,26)
7 anos	1 (0,75)
8 anos	1 (0,75)

Tabela 34. *Caracterização clínica dos participantes da amostra utilizada para obtenção das evidências de validade baseada na estrutura interna da Escala COPE-H (N = 133)(cont.)*

Caracterização Clínica da amostra	N(%)
<i>Tipo de Tratamento</i>	
Medicamentoso	51 (38,35)
Cirúrgico e Medicamentoso	50 (37,59)
Cirúrgico	25(18,80)
Exames	2 (1,50)
Nutrição	1 (0,75)
OVP	1 (0,75)
Hemodiálise	1 (0,75)
Medicamentoso e Isolamento	1 (0,75)
Exames e Medicamentoso	1 (0,75)
<i>Motivo da Internação</i>	
Diagnóstico Inicial	89 (66,92)
Intercorrência	26(19,55)
Medicação	6 (4,51)
Cirurgia	6(4,51)
Dor	1 (0,75)
Diagnóstico e medicação	1 (0,75)
Dores e Vômito	1 (0,75)
Infecção	1 (0,75)
Acidente com TCE grave	1 (0,75)
Não Definido	1 (0,75)
<i>Gravidade da Doença</i>	
Alto Risco	17 (12,78)
Baixo Risco	104 (78,20)
Não Definido	12 (9,02)
<i>Nível de dor</i>	
0	102 (76,70)
2	33 (23,30)
<i>Presença de Antecedentes Clínicos</i>	
Sim	96 (72,20)
Não	37 (27,80)

APÊNDICE S - Normas gerais para o Fator 1, Fator 2, Fator 3 da Escala

COPE-H

Tabela 35. Normas do Fator 1 – Coping mal adaptativo da Escala COPE-H para população geral (N=133)

Escore Bruto	Percentil	Escore Bruto	Percentil
20	1,5	49	72,2
21	3,0	50	72,9
22	3,8	51	75,2
24	4,5	52	75,9
25	11,3	53	76,7
26	13,5	54	77,4
27	16,5	55	78,9
28	19,5	56	79,7
29	24,1	57	82,0
30	28,6	58	82,7
31	33,1	59	84,2
32	35,3	60	85,0
33	38,3	61	85,7
34	41,4	62	88,7
35	44,4	68	89,5
36	47,4	69	90,2
37	51,1	70	91,0
38	52,6	72	93,2
39	54,1	73	94,7
40	55,6	74	95,5
41	57,9	75	96,2
42	60,9	76	97,0
43	63,2	84	97,7
44	65,4	97	98,5
45	66,9	107	99,2
46	68,4	109	100,0
48	69,9		

Tabela 36. Normas do Fator 2 - Coping adaptativo da Escala COPE-H para população geral (N=133)

Escore Bruto	Percentil	Escore Bruto	Percentil
14,00	0,8	60,00	52,6
21,00	2,3	62,00	56,4
28,00	4,5	63,00	62,4
30,00	5,3	64,00	63,2
32,00	6,8	65,00	64,7
34,00	8,3	66,00	66,9
35,00	9,0	67,00	69,2
38,00	10,5	68,00	70,7
39,00	12,8	69,00	73,7
40,00	13,5	70,00	77,4
41,00	15,8	71,00	78,2
42,00	16,5	74,00	80,5
43,00	18,0	75,00	82,0
44,00	19,5	76,00	82,7
45,00	21,1	77,00	85,7
46,00	23,3	79,00	88,0
47,00	25,6	80,00	88,7
48,00	27,8	81,00	90,2
49,00	31,6	82,00	92,5
50,00	33,1	83,00	94,0
51,00	35,3	86,00	94,7
52,00	36,1	87,00	95,5
53,00	37,6	90,00	96,2
54,00	38,3	91,00	97,0
55,00	41,4	93,00	97,7
56,00	44,4	98,00	98,5
57,00	48,9	99,00	99,2
58,00	51,9	108,00	100,0

Tabela 37. Normas do Fator 3 – Coping de Desengajamento Involuntário e voluntário da Escala COPE-H para população geral (N = 133)

Escore Bruto	Percentil	Escore Bruto	Percentil
1,00	2,3	17,00	74,4
2,00	6,0	18,00	77,4
3,00	11,3	19,00	84,2
4,00	16,5	20,00	85,0
5,00	18,0	21,00	88,0
6,00	21,1	22,00	91,0
7,00	27,1	28,00	91,7
8,00	32,3	29,00	92,5
9,00	38,3	30,00	93,2
10,00	44,4	31,00	94,0
11,00	48,1	33,00	94,7
12,00	52,6	35,00	96,2
13,00	57,9	36,00	97,7
14,00	63,2	42,00	98,5
15,00	65,4	49,00	100,0
16,00	70,7		

**APÊNDICE T - Normas para o Fator 1, Fator 2, Fator 3 da Escala COPE-H
para o Grupo 1**

Tabela38. Normas do Fator 1 - Coping Mal Adaptativa da Escala COPE-H para o Grupo 1 (6 anos a 9 anos e 11 meses) (N = 72)

Escore Bruto	Percentil	Escore Bruto	Percentil
20,00	2,8	42,00	66,7
21,00	4,2	43,00	68,1
25,00	13,9	45,00	69,4
26,00	15,3	49,00	73,6
27,00	18,1	50,00	75,0
28,00	22,2	51,00	76,4
29,00	27,8	55,00	77,8
30,00	31,9	56,00	79,2
31,00	36,1	57,00	80,6
32,00	38,9	58,00	81,9
33,00	43,1	59,00	84,7
34,00	44,4	62,00	87,5
35,00	50,0	68,00	88,9
36,00	51,4	72,00	93,1
37,00	55,6	73,00	95,8
38,00	58,3	74,00	97,2
40,00	59,7	75,00	98,6
41,00	62,5	76,00	100,0

Tabela39. Normas do Fator 2 – Coping adaptativo da Escala COPE-H para o Grupo 1 (6 anos a 9 anos e 11 meses) (N = 72)

Escore Bruto	Percentil	Escore Bruto	Percentil
14,00	1,4	57,00	51,4
21,00	2,8	58,00	54,2
28,00	4,2	62,00	58,3
32,00	5,6	63,00	68,1
34,00	6,9	65,00	69,4
35,00	8,3	66,00	70,8
38,00	11,1	67,00	72,2
39,00	15,3	69,00	75,0
40,00	16,7	70,00	76,4
41,00	19,4	74,00	79,2
43,00	20,8	75,00	80,6
44,00	23,6	76,00	81,9
45,00	26,4	77,00	86,1
46,00	29,2	79,00	87,5
47,00	30,6	80,00	88,9
48,00	33,3	81,00	90,3
49,00	36,1	82,00	93,1
50,00	37,5	83,00	94,4
51,00	41,7	86,00	95,8
53,00	44,4	87,00	97,2
55,00	45,8	90,00	98,6
56,00	48,6	93,00	100,0

Tabela40. Normas do Fator 3 –Coping de Desengajamento involuntário e voluntário da Escala COPE-H para o Grupo 1 (6 anos a 9 anos e 11 meses)(N = 72)

Escore Bruto	Percentil	Escore Bruto	Percentil
1,00	4,2	14,00	63,9
2,00	8,3	15,00	66,7
3,00	12,5	16,00	72,2
4,00	15,3	17,00	76,4
5,00	18,1	18,00	80,6
6,00	20,8	19,00	86,1
7,00	29,2	20,00	87,5
8,00	33,3	21,00	90,3
9,00	41,7	22,00	94,4
10,00	47,2	29,00	95,8
11,00	51,4	30,00	97,2
12,00	54,2	36,00	98,6
13,00	56,9	42,00	100,0

APÊNDICE U - Normas para o Fator 1, Fator 2, Fator 3 da Escala COPE-H

para o Grupo 2

Tabela 41. Normas do Fator 1- Coping Mal Adaptativo da Escala COPE-H para o Grupo 2 (10 anos a 12 anos e 11 meses)(N = 61)

Escore Bruto	Percentil	Escore Bruto	Percentil
21,00	1,6	44,00	62,3
22,00	3,3	45,00	63,9
24,00	4,9	46,00	67,2
25,00	8,2	48,00	70,5
26,00	11,5	51,00	73,8
27,00	14,8	52,00	75,4
28,00	16,4	53,00	77,0
29,00	19,7	54,00	78,7
30,00	24,6	55,00	80,3
31,00	29,5	57,00	83,6
32,00	31,1	60,00	85,2
33,00	32,8	61,00	86,9
34,00	37,7	62,00	90,2
36,00	42,6	69,00	91,8
37,00	45,9	70,00	93,4
39,00	49,2	84,00	95,1
40,00	50,8	97,00	96,7
41,00	52,5	107,00	98,4
42,00	54,1	109,00	100,0
43,00	57,4		

Tabela 42. Normas do Fator 2 - Coping adaptativo da Escala COPE-H para o Grupo 2 (10 anos a 12 anos e 11 meses)(N = 61)

Escore Bruto	Percentil	Escore Bruto	Percentil
21,00	1,6	63,00	55,7
28,00	4,9	64,00	57,4
30,00	6,6	65,00	59,0
32,00	8,2	66,00	62,3
34,00	9,8	67,00	65,6
41,00	11,5	68,00	68,9
42,00	13,1	69,00	72,1
43,00	14,8	70,00	78,7
46,00	16,4	71,00	80,3
47,00	19,7	74,00	82,0
48,00	21,3	75,00	83,6
49,00	26,2	77,00	85,2
50,00	27,9	79,00	88,5
52,00	29,5	81,00	90,2
54,00	31,1	82,00	91,8
55,00	36,1	83,00	93,4
56,00	39,3	91,00	95,1
57,00	45,9	98,00	96,7
58,00	49,2	99,00	98,4
60,00	50,8	108,00	100,0
62,00	54,1		

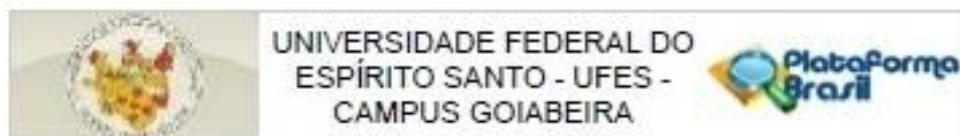
Tabela 43. Normas do Fator 3—Coping de Desengajamento Involuntário e voluntário da Escala COPE-H para o Grupo 2 (10 anos a 12 anos e 11 meses)(N = 61)

Escore Bruto	Percentil	Escore Bruto	Percentil
2,00	3,3	16,00	68,9
3,00	9,8	17,00	72,1
4,00	18,0	18,00	73,8
6,00	21,3	19,00	82,0
7,00	24,6	21,00	85,2
8,00	31,1	22,00	86,9
9,00	34,4	28,00	88,5
10,00	41,0	31,00	90,2
11,00	44,3	33,00	91,8
12,00	50,8	35,00	95,1
13,00	59,0	36,00	96,7
14,00	62,3	49,00	100,0
15,00	63,9		

ANEXO

Anexo 1 – Parecer do Comitê de ética da UFES

	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO - UFES - CAMPUS GOIABEIRA</p>	
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA		
<p>Título da Pesquisa: Avaliação das Estratégias de Enfrentamento da Hospitalização (AEH 2.0) - Processo de adaptação de uma escala</p>		
<p>Pesquisador: Daniele de Souza Garioli</p>		
<p>Área Temática: Equipamentos e dispositivos terapêuticos, novos ou não registrados no País;</p>		
<p>Versão: 2</p>		
<p>CAAE: 24708513.3.0000.5542</p>		
<p>Instituição Proponente: Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito</p>		
<p>Patrocinador Principal: Financiamento Próprio</p>		
DADOS DO PARECER		
<p>Número do Parecer: 1.145.406</p>		
<p>Data da Relatoria: 08/05/2015</p>		
Apresentação do Projeto:		
<p>A Psicologia pediátrica tem centrado seus estudos na comparação entre os processos adaptativos e desadaptativos, tal como a Psicopatologia do Desenvolvimento do sujeito. Porém ainda são poucos os estudos que avaliam as consequências das doenças, como por exemplo, os impactos do aspecto emocional no desenvolvimento dos indivíduos e a forma de enfrentar a mesma.</p>		
Objetivo da Pesquisa:		
<p>Adaptar e obter evidências de validade para o instrumento de Avaliação do Enfrentamento da Hospitalização, no formato para crianças entre 6 a 12 anos e para os seus cuidadores.</p>		
Avaliação dos Riscos e Benefícios:		
<p>Riscos: desconforto emocional.</p>		
<p>Benefícios: Espera-se que a pesquisa traga benefícios para os participantes hospitalizados, uma vez que há a possibilidade da análise das estratégias de enfrentamento de cada sujeito. Conforme o pesquisador, quando necessário, serão feitos encaminhamentos para outros profissionais, além da prestação de esclarecimentos aos responsáveis. Além disso, esta pesquisa poderá trazer benefícios para o hospital e seus profissionais, contribuindo para a prática com caráter</p>		
<p>Endereço: Av. Fernando Ferrari, 514-Campus Universitário, Prédio Administrativo do CCHN Bairro: Goiabeiras CEP: 29.090-075 UF: ES Município: VITÓRIA Telefone: (27)4009-7840 E-mail: thiago.morees@ufes.br</p>		
Página 01 de 02		



Continuação do Parecer: 1.145.406

preventivo para as crianças e sua família.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta os termos necessários.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por esse comitê, estando autorizado a ser iniciado.

VITORIA, 10 de Julho de 2015

Assinado por:
KALLINE PEREIRA AROEIRA
 (Coordenador)

Endereço: Av. Fernando Ferrari, 514-Campus Universitário, Prédio Administrativo do CCHN
 Bairro: Goiabeiras CEP: 29.090-075
 UF: ES Município: VITORIA
 Telefone: (27)4009-7840 E-mail: thiago.moreira@ufes.br