

**Estressores e enfrentamento de pais de crianças hospitalizadas com doenças  
agudas: Proposta de Intervenção Positiva**

Doralúcia Gil da Silva

Tese de Doutorado apresentada como exigência parcial para obtenção do grau de  
Doutora em Psicologia sob orientação da Prof<sup>a</sup> Dra. Cláudia Hofheinz Giacomoni

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia  
Instituto de Psicologia  
2018

## Agradecimentos

Para alguns leitores esta seção poderá passar a impressão de estar um pouco extensa devido ao número de pessoas (e não autores ou referências) citadas. No entanto, a autora chama a atenção para o fato de que ela não poderia ter outro tamanho em razão da enorme importância das muitas pessoas citadas para a elaboração desta tese.

Primeiramente, agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRGS pela formação de excelência e pelas diversas oportunidades científicas, acadêmicas e profissionais a que temos acesso neste meio. À professora orientadora Dra. Cláudia Giacomoni pelo compartilhamento de conhecimentos, dedicação, paciência, afetos positivos e acolhimento constantes na orientação do doutorado e na elaboração desta tese. Ao Núcleo de Estudos em Psicologia Positiva (NEPP) pelo excelente trabalho (e diversão) permanente em equipe durante a discussão, produção e divulgação de conhecimentos dentro desta área ainda em desenvolvimento no Brasil. À Cyntia Mendes, pelo bom exemplo de comprometimento e competência como profissional e pesquisadora, além da amizade e companheirismo construídos ao longo do tempo. Às colegas do PPG Psicologia Jaqueline Giordani e Bruna Wendt pela amizade ao longo do Doutorado.

Ao Hospital Escola UFPEL pelo acolhimento e oportunidade de conciliar o trabalho como psicóloga hospitalar e o andamento do doutorado. Especialmente, pela receptividade da implementação da pesquisa da tese na instituição. À toda equipe da Pediatria do Hospital e do Ambulatório (enfermeiros, médicos, residentes médicos, terapeuta ocupacional, educadores físicos, residentes da saúde da criança, demais profissionais e acadêmicos) pelo apoio à realização da pesquisa e pelo trabalho diário em conjunto visando o bem-estar dos pacientes.

À Unidade de Atenção Psicossocial (personificada nas figuras dos colegas psicólogos, assistentes sociais, psiquiatras e enfermeiro de saúde mental) pelo inestimável e constante apoio oferecido a mim em todos os sentidos desta palavra. À Luciana Mecking, pelo estímulo e auxílio em todos os momentos para a condução desta pesquisa em conciliação com o trabalho assistencial. À Roberta Dutra pelas preciosas e divertidas trocas de ensinamentos sobre o hospital e sobre a vida. Ao Fábio de Deus, pelo compartilhamento de atividades de ensino, pesquisa, extensão e dos bons momentos nos intervalos da rotina do hospital. Ao Thiago Balleste, por gerenciar com eficácia e bom humor as questões burocráticas e administrativas do trabalho diariamente. À Amanda Schiavon, Janine Carvalho e Henry Antunes por terem aceitado

a empreitada de compor a equipe de pesquisa com entusiasmo, comprometimento e dedicação. Sem o trabalho destes alunos esta pesquisa não poderia ter sido conduzida. À Sylvia Barum pelo grande auxílio com a língua inglesa.

Agradeço imensamente às participantes da pesquisa por disponibilizarem o seu tempo, dividindo questões pessoais significativas e estressoras pelas quais estavam passando unicamente com o intuito de contribuir para o desenvolvimento da ciência brasileira. Agradeço às crianças internadas na Pediatria por suportarem ver e ouvir suas mães dividirem experiências (na maior parte) desagradáveis. Agradeço às famílias como um todo por, apesar de todas as dificuldades enfrentadas na hospitalização, confiarem e apostarem no atendimento ofertado pela instituição. Ainda que ninguém goste e espere ficar doente e precisar ser hospitalizado, todos podem passar por esta experiência em algum momento da vida. Quando acontece com uma criança parece que é ainda mais difícil de conceber tal situação. No entanto, as famílias mostraram recursos e abertura a novas possibilidades de formas de contornar tal situação. É em razão destas pessoas que este trabalho faz sentido.

Por fim, mas não menos importante, gostaria de agradecer incomensuravelmente à minha família. À minha vó e tia vó, sempre receptivas e alegres, pelo estímulo ao estudo e acolhida semanal com café e comida boa em suas casas. Aos meus sobrinhos Frederico e Camilo por permitirem que eu pudesse observar de perto o desenvolvimento infantil saudável e por me proporcionarem muita diversão nas brincadeiras e nos passeios. Aos meus irmãos Vicente e Guilherme simplesmente por serem os melhores irmãos do mundo. Ao meu padrasto Rêmulo, por ser um excelente incentivador aos estudos e profissão. E à minha mãe Sumára por ser a melhor mãe do universo.

*I often ask myself what is the purpose of our lives and I conclude that life's purpose is to be happy.*

*Dalai Lama*

## SUMÁRIO

<b>Lista de Tabelas e Figuras .....</b>	<b>7</b>
<b>Resumo .....</b>	<b>8</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>9</b>
<b>Introdução .....</b>	<b>10</b>
<b>CAPÍTULO I .....</b>	<b>13</b>
Contribuições da Psicologia Positiva para a Psicologia da Saúde no contexto hospitalar .....	13
<b>CAPÍTULO II.....</b>	<b>20</b>
Estressores relatados por pais de crianças hospitalizadas em um hospital universitário no sul do Brasil.....	20
Resumo .....	20
Abstract.....	20
Introdução.....	21
Método.....	24
Resultados.....	26
Discussão.....	32
Considerações Finais .....	35
Estratégias de enfrentamento utilizadas por pais de crianças hospitalizadas em um Hospital Escola da região sul do Brasil .....	37
Resumo .....	37
Abstract.....	37
Introdução.....	38
Método.....	41
Resultados.....	43
Discussão .....	49
Considerações Finais .....	53
<b>CAPÍTULO III .....</b>	<b>54</b>
Psicologia Positiva no Hospital: Intervenção para familiares de crianças com condições agudas de saúde .....	54
Descrição da Intervenção.....	64
Apresentação Didática da Intervenção Em Frente .....	66
<b>CAPÍTULO IV.....</b>	<b>78</b>
Enfrentamento de pais de crianças hospitalizadas: Projeto piloto de intervenção em Psicologia Positiva.....	78
Resumo .....	78
Abstract.....	78
Introdução.....	79

Método.....	82
Resultados.....	84
Discussão .....	87
Considerações Finais .....	90
Intervenção em Psicologia Positiva na Pediatria: Relato de experiência .....	92
Resumo .....	92
Abstract.....	92
Introdução.....	93
Relatos e Discussão .....	94
Considerações Finais .....	98
<b>CAPÍTULO V .....</b>	<b>101</b>
Considerações Finais .....	101
<b>Referências .....</b>	<b>109</b>
<b>ANEXO A.....</b>	<b>125</b>
Ficha de Dados Sociodemográficos .....	125
<b>ANEXO B.....</b>	<b>127</b>
Entrevista semiestruturada sobre estressores e estratégias de enfrentamento durante a hospitalização .....	127
<b>ANEXO C.....</b>	<b>128</b>
Parecer do Comitê de Ética .....	128
<b>ANEXO D.....</b>	<b>131</b>
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	131
<b>ANEXO E.....</b>	<b>132</b>
ESCALA DE BEM-ESTAR SUBJETIVO (EBES).....	132
<b>ANEXO F .....</b>	<b>134</b>
DASS – 21 .....	134
<b>ANEXO G.....</b>	<b>135</b>
ESCALA DE MODOS DE ENFRENTAMENTO DE PROBLEMAS (EMEP).....	135
<b>ANEXO H.....</b>	<b>137</b>
Questionário de Avaliação da Intervenção .....	137

## **Lista de Tabelas e Figuras**

Tabela 1. Frequências das Categorias e Subcategorias dos Estressores.....	26
Tabela 2. Frequências das Categorias e Subcategorias das Estratégias. ....	43
Tabela 3. Descrição da Intervenção <i>TiDier Checklist</i> . ....	64
Figura 1. Participantes em Cada Estágio da Pesquisa .....	85
Tabela 4. Dados Demográficos da Amostra. ....	85
Tabela 5. Valores Pré e Pós-Teste nas Condições Experimentais.....	86

## **Resumo**

Esta tese investigou os estressores e o enfrentamento de familiares de crianças hospitalizadas com condições agudas de saúde. Além disso, foi proposta uma intervenção em Psicologia Positiva direcionada a este contexto, a qual foi avaliada. Para tanto foram realizados dois estudos. O primeiro estudo qualitativo, descritivo e exploratório descreveu e identificou os principais estressores e estratégias de enfrentamento relatadas pelos familiares das crianças no contexto da hospitalização. Os resultados mostraram que as preocupações com a doença, questões institucionais e relacionadas à falta da rede de apoio foram os principais estressores. Quanto às estratégias, foi demonstrado o benefício dessas que se mostrem facilitadoras durante a internação, como o uso da rede de apoio, dos recursos do hospital, da regulação emocional e das tecnologias. Aponta-se a necessidade de apoio para as famílias quanto às rotinas do hospital e o estímulo à busca e manutenção dos vínculos familiares positivos. O segundo estudo construiu, implementou e avaliou uma proposta de intervenção positiva direcionada aos pais, a qual teve por objetivo o aumento de estratégias de enfrentamento adequadas ao contexto da hospitalização dos filhos com doenças agudas, aumento do bem-estar subjetivo e diminuição de sintomas de estresse, ansiedade e depressão. Foi realizado um estudo quase experimental de avaliação de eficácia desta e um relato de experiência que abordou a aplicação e avaliação da intervenção de forma descritiva e qualitativa. Os resultados apontaram a viabilidade da intervenção. Houve aumento dos afetos positivos e da estratégia com foco no problema nos grupos que receberam a intervenção, em relação ao grupo de comparação. A modalidade grupal da intervenção obteve resultados superiores aos da intervenção individual. São discutidas implicações teóricas e práticas da intervenção.

## **Abstract**

This study investigated stressors and coping of parents with hospitalized children with acute health conditions. Therefore, it was proposed a positive intervention for this context, which was evaluate. Two studies were conducted. The first was qualitative, descriptive and exploratory that described and identified stressors and coping strategies reported by parent's during the hospitalization of their children. Results pointed that diseases concerns, institutional issues and a lack of social support were the major stressors. Regarding strategies, it was demonstrated the benefits of use of the positive strategies for hospitalization, as the use of social support, hospital resources, emotional regulation and techonologies. Importance of supporting families concerning hospital routines and ativation of social support were pointed out. The second study builded, implemented and evaluated a positive intervention protocol proposal directed to parents. The intervention aimed increase positive coping strategies in the context of children hospitalization with acute diseases, increase subjective well being and decrease of anxiety, depression and stress symptions. A quasi experimental study evaluated the intervention effectiveness and a qualitative and descriptive experience report about the enforcement and evaluation were conducted. Results pointed intervention feasibility. Positive affects and problem focused strategy were increased in interventions groups regarding comparation group. Group intervention modality obtained better results than individual intervention. Theoretical and practical intervention implications are discussed.

## Introdução

A ansiedade frente à hospitalização de uma criança deve ser, primeiramente, trabalhada com os cuidadores dela (Brazelton, 2003). Isso porque são esses que irão transmitir confiança e estarão presentes em muitos momentos junto ao pequeno paciente durante a experiência difícil da internação. Portanto, se o adulto não estiver minimamente preparado para passar pelas rotinas e procedimentos médicos, provavelmente a vivência da criança será prejudicialmente comprometida (Brazelton, 2003). É evidente que ninguém consegue estar sempre pronto para enfrentar adversidades como o adoecimento de um filho, especialmente em casos de emergências. No entanto, deve-se lembrar de que é importante que o adulto consiga manejar sua ansiedade e estresse para depois poder dar conta dos medos e reações da própria criança que o vê como figura protetora (Brazelton, 1988). Com efeito, o atendimento aos pais com o intuito de amenizar os possíveis efeitos dos estressores da hospitalização e, principalmente, promover o bem-estar é uma das atribuições do psicólogo no hospital no contexto da Pediatria. Devido à importância deste apoio aos familiares, este trabalho enfoca os adultos cuidadores e acompanhantes das crianças. Além disso, as famílias possuem recursos e habilidades para enfrentar uma situação estressora como o adoecimento e hospitalização de um filho e busca valorizar estes atributos positivos. Ainda, pode-se considerar que esta experiência pode trazer aprendizado e crescimento para elas, na medida em que possam ser auxiliadas a identificarem, potencializarem e utilizarem os próprios aspectos positivos (Brazelton, 2003; Paranhos & Werlang, 2015; Wong & Tomer, 2011).

Os preceitos norteadores desta pesquisa incluem o bem-estar e focar as forças das famílias. Estes são desenvolvidos e embasados em estudos da Psicologia Positiva (PP). Ao mesmo tempo, este estudo abordará questões teóricas e práticas da Psicologia da Saúde (PS) no contexto hospitalar, uma vez que o hospital é o local de atuação profissional da autora desta tese, bem como é o ambiente em que a presente pesquisa foi realizada. Assim, esta tese busca articular conceitos e práticas da Psicologia da Saúde no contexto hospitalar e da Psicologia Positiva. Essas duas áreas não são comumente consideradas como afins em estudos brasileiros, em que os aspectos teóricos de uma contribuam para a outra e repercutam em aplicações para a prática profissional. Contudo, esta interlocução ganha sentido, pois ambas visam promover o bem-estar dos pacientes e consideram aspectos de saúde das pessoas mesmo em situações adversas. No Brasil, uma das hipóteses para a ainda incipiente relação entre PS e PP é que isso se

deva ao ainda crescente desenvolvimento da PP em termos teóricos, empíricos e de desenvolvimento e avaliação de intervenções (Seibel, Poletto, & Koller, 2016).

Este estudo foi realizado na Pediatria de um Hospital Escola geral localizado em uma cidade no interior do estado do Rio Grande do Sul. Os pacientes pediátricos atendidos nesse local apresentam condições agudas de saúde. Aqueles que possuem doenças graves e crônicas não são atendidos neste hospital. Eles são encaminhados para outros grandes centros de referência especializados no estado.

Com relação às condições agudas de saúde, são definidas como manifestações de doenças transmissíveis de curto curso (doenças do aparelho respiratório, dengue) ou doenças infecciosas de curto curso (apendicite), sintomas de quadros infecciosos (diarreia, disenteria) ou traumas (quedas, acidentes) (Mendes, 2012; OMS, 2003). Verifica-se que no Brasil não existem muitos estudos sobre tais condições agudas, em comparação com o embasamento científico existente sobre as condições crônicas e graves. Isso porque essas últimas apresentam uma séria complexidade e variáveis específicas que necessitam ser seriamente consideradas nas intervenções profissionais dessas doenças (Azevedo & Santos, 2011; Fonseca & Marcon, 2009; Mensorio, Kohlsdorf & Costa Júnior, 2009; Nóbrega et al., 2010; Primio et al., 2010). No entanto, deve-se ponderar que, da mesma forma, as condições agudas merecem atenção e aprofundamento teórico, empírico e práticas baseadas em evidências que apoiem o tratamento delas.

Sendo assim, a presente tese tem como alvo os pais das crianças hospitalizadas devido às condições agudas. O objetivo é estudar o enfrentamento deles, tendo por base as contribuições do *coping* (Folkman & Moskowitz, 2003; Lazarus & Folkman, 1984) buscando conhecer os estressores e como se dá o enfrentamento desses no contexto das condições agudas, buscando identificar os aspectos positivos utilizados neste enfrentamento. Além deste, a presente tese busca contribuir com uma proposta de intervenção em Psicologia Positiva (construída, testada e avaliada conforme parâmetros científicos), que possa beneficiar os referidos familiares.

Para atingir esses propósitos, foram realizados dois estudos. A primeira proposta de estudo, de cunho qualitativo, exploratório e descritivo, conforme delineamentos de outras pesquisas da área (Marsac et al., 2011; Salgado et al., 2011; Salvador et al., 2015) teve por objetivo identificar e descrever os principais estressores na hospitalização e as principais estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pais. Este estudo foi base para a

implementação do estudo 2. Para responder aos objetivos do primeiro estudo, foram elaborados um capítulo teórico e dois artigos empíricos. O capítulo teórico faz parte de um livro sobre Intervenções em Psicologia Positiva na área da Saúde (Silva & Giacomoni, 2018). Este capítulo aborda as relações teóricas entre a PS e a PP, apontando algumas possibilidades de intervenções embasadas na PP para o trabalho do psicólogo no contexto hospitalar. Após esta retomada e reflexão teórica sobre as conexões entre as áreas, foi conduzido o estudo 1, de caráter exploratório e qualitativo para conhecer a realidade dos pais do hospital alvo da pesquisa. O primeiro artigo explorou e descreveu os principais estressores relatados pelos pais na hospitalização. O segundo artigo identificou e descreveu as principais estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pais durante a internação.

Já o segundo estudo, de delineamento quase-experimental, objetivou construir, implementar e avaliar uma intervenção em Psicologia Positiva para o enfrentamento positivo da hospitalização entre os pais de crianças internadas com condições agudas de saúde. Para atingir este fim, possui como objetivos específicos a construção, realização e avaliação pré e pós-intervenção.

Para responder aos objetivos do estudo 2, este gerou vários trabalhos. Para atender ao propósito de construir a intervenção, foi elaborado um material de apresentação da intervenção, que inclui o protocolo e o processo de construção e embasamento teórico da mesma. A avaliação da intervenção foi feita de forma quantitativa e qualitativa. Foi produzido um artigo que apresenta a avaliação através de instrumentos padronizados, mostrando as evidências de eficácia. A avaliação qualitativa foi feita através de um artigo de relato de experiência sobre a aplicação e avaliação da intervenção, feita pela psicóloga que a aplicou e pelos avaliadores que realizaram o pré e pós teste.

O capítulo final da tese apresenta as considerações finais que integram os principais resultados do trabalho. São discutidas as principais limitações dos estudos e possibilidades de futuras pesquisas que deem prosseguimento a investigações no tema.

## CAPÍTULO I

Contribuições da Psicologia Positiva para a Psicologia da Saúde no contexto hospitalar

1

Ao nos depararmos com situações de adoecimento e hospitalização, pode-se pensar que nestes momentos críticos não há como observar forças, virtudes e capacidades positivas. Alguns podem intuir que tampouco há possibilidade de se trabalhar no sentido de promover e desenvolver tais características. A necessidade imediata é amenizar possíveis consequências ruins que possam ocorrer a partir da situação estressora, especialmente nos casos de pacientes com doenças graves e crônicas. Algumas pessoas podem pensar que há poucas perspectivas de saúde a serem pensadas e trabalhadas com os pacientes que têm a história de vida com uma série de agravantes complexos. Esses podem ser advindos de diversas demandas e desafios no que concerne à dinâmica familiar e social das pessoas, como situações de pobreza, vulnerabilidade social, ausência ou rompimento de vínculos significativos, falta de rede de apoio, entre outros. Ademais, há a possibilidade de se ter o entendimento de que com pacientes em cuidados paliativos, em que não há mais expectativa de cura ou tratamento, não há como trabalhar com aspectos preservados de saúde. No senso comum as pessoas podem ter este tipo de entendimento. Contudo, entre estudantes de psicologia e psicólogos também podemos encontrar aqueles que concordam com essa lógica.

A prerrogativa de focar os fatores negativos presentes em um paciente adoecido e hospitalizado e trabalhar para, no máximo, aliviar estes elementos pode ser intuitivo e relativamente comum para psicólogos. Isso porque, segundo a lógica da tradição histórica em estudos e da prática da Psicologia, há uma ênfase em pesquisar processos psicopatológicos, de modo a identificar causas, fatores associados e tratamentos com fins curativos ou paliativos para tais doenças (Sheldon & King, 2001). A referida tradição justifica-se e surge a partir de demandas sociais e contextuais. Situações catastróficas como as grandes guerras mobilizaram grandes órgãos governamentais a buscar encaminhamentos e soluções para as pessoas que passaram por situações traumáticas e necessitavam de ajuda para lidar com as sequelas negativas destes eventos (Diener, 1984; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Tais acontecimentos contribuíram

---

Capítulo em coautoria com a orientadora Cláudia Giacconi publicado.

Silva, D. G. & Giacconi, C. H. (2018). Contribuições da psicologia positiva para a intervenção em psicologia hospitalar. In C. S. Hutz; C. Reppold (Eds.) *Intervenções em Psicologia Positiva aplicadas à área da Saúde*. Leader: São Paulo.

para o desenvolvimento e interesse voltado da Psicologia para conhecer e tratar doenças mentais e agravantes. Este campo do conhecimento, enquanto ciência e profissão, tem por objetivos estudar e tratar patologias. Contudo, também tem como intuito identificar e desenvolver virtudes e forças humanas (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

No entanto, este último objetivo de visar o florescimento humano foi negligenciado por muito tempo. Nesse sentido surge o movimento organizado como ciência, a Psicologia Positiva (PP), com o intuito de resgatar um dos objetivos primeiros da psicologia de desenvolver as potencialidades humanas. A PP, por sua vez, tem como propósito estudar as emoções positivas, desenvolver as forças e virtudes e as instituições positivas, focando no que faz a vida ser boa (Seligman, 2004). É importante destacar que a PP não surge com a proposta de ser uma nova teoria do saber psicológico. O objetivo é organizar enquanto ciência um movimento em que a perspectiva de estudar os fenômenos psicológicos seja pautada pelas forças e potencialidades humanas, assemelhando-se mais a um exercício metodológico e que pode ser compreendida como um suplemento à Psicologia tradicional (Seligman, Steen, Park, & Peterson, 2005).

Assim, ao retomar a questão posta inicialmente neste texto de identificar forças, virtudes e potencialidades em pessoas acometidas por problemas de saúde e hospitalizadas, temos a PP como uma possibilidade para os psicólogos em fazer uma compreensão e mudança de foco de apenas para a doença para um olhar mais ampliado. Este movimento dentro da Psicologia busca resgatar o intuito de conhecer e desenvolver as capacidades humanas. Por isso, é uma proposta interessante para pesquisadores e profissionais utilizarem com o tema do adoecimento e hospitalização. Isso porque, ao estudarmos a proposta da Psicologia da Saúde (PS), pensando especificamente no contexto hospitalar, observamos que esta tem relações e vai ao encontro do propósito de promoção de bem-estar da PP. Adotaremos o termo e o entendimento de Psicologia da Saúde, em contraponto a outras formas de compreender esta área no Brasil, denominada por alguns de Psicologia Hospitalar. Assim, utilizaremos a compreensão de Psicologia da Saúde no contexto hospitalar (APA, 2003; Castro & Bornholdt, 2004).

A Psicologia da Saúde no contexto hospitalar tem como objetivo estudar e intervir junto a aspectos psicológicos do adoecimento, buscando compreender o que o paciente faz com sua doença e o significado que lhe confere (APA, 2003; Simonetti, 2004), minimizar o sofrimento associado e promover o bem-estar (Angerami-Camon et al., 2010; Stenzel, Zancan, & Simor, 2012). Ainda que as pessoas estejam vivenciando

situações estressoras, sabe-se que possuem recursos e forças, os quais devem ser considerados e trabalhados, pois podem lhes favorecer no processo de saúde-doença.

No Brasil, a Psicologia atua em hospitais com diferentes abordagens teóricas e metodológicas para dar conta da assistência dos pacientes e familiares. Observa-se que cada profissional atua conforme orientação teórica própria, ou ainda baseado na experiência adquirida na prática (Chiattonne, 2001).

Muitos utilizam a Psicanálise como embasamento teórico para os atendimentos (Dornelles, MacCallum, Lopes, Piccinini, & Passos, 2016; Santos, Santos, Rossi, Lélis, & Vasconcelos, 2011; Simonetti, 2016), da qual deriva a Psicoterapia Breve Focal (Almeida, 2010). Outros utilizam a vertente dos estudos em Avaliação Psicológica em serviços especializados (Capitão & Baptista, 2015; Santos et al., 2011; Wittman-Vieira, & Goldim, 2012), ainda que as referidas teorias não estejam explicitamente colocadas como as que referenciam o trabalho. Enquanto outros colegas se valem de perspectivas da Psicologia Social e Análise institucional (Bittencourt et al., 2013; Oliveira, 2001). Alguns ainda identificam o trabalho realizado em hospitais baseado nas Terapias Cognitivas (Borsari & Gorayeb, 2015; Ferreira, Lopes, & Melo, 2011; Gorayeb & Gorayeb, 2015). Isso para citar apenas alguns relatos de pesquisas ou experiências profissionais. Contudo, deve-se ressaltar que possivelmente existam outros embasamentos teóricos e metodológicos da atuação dos psicólogos hospitalares que não estejam publicadas em artigos em revistas científicas ou em capítulos de livros amplamente acessíveis e divulgados, o que dificulta o acesso ao conhecimento de que tipo de práticas vêm sendo feitas em diferentes hospitais no país. A realidade de hospitais públicos e privados na grande extensão geográfica brasileira também contribui para empecilhos no compartilhamento de informações a respeito do trabalho dos psicólogos em hospitais, bem como devido ao frequente distanciamento observado entre profissionais e pesquisadores (Féres-Carneiro, 2008).

No entanto, ao observar as informações possíveis de serem obtidas, identifica-se que nenhuma das intervenções relatadas que são feitas no contexto hospitalar são declaradamente pautadas pela abordagem da Psicologia Positiva. Mesmo que estudos com as *positive interventions* realizados em hospitais em diferentes locais no mundo demonstrem evidências de eficácia e efetividade que beneficiam os pacientes (Casellas-Grau, Font, & Vives, 2014; Chavez et al., 2017; Cohn, Pietrucha, Saslow, Hult, & Moskowitz, 2014), no Brasil ainda tais práticas não são uma possibilidade de escolha a serem adotadas no contexto hospitalar. Pode-se levantar a hipótese de que isso se deva,

primeiramente, à dificuldade de acesso dos psicólogos às publicações internacionais devido à leitura em outro idioma. Outra possibilidade pode se dar devido ao fato de a Psicologia Positiva ainda ser menos estudada no cenário nacional, em comparação com outras abordagens da Psicologia. Consequentemente os estudos de implementação e avaliação de intervenções na área ainda serem escassos. Contudo, algumas publicações mais recentes começam a apontar para o uso da PP em hospitais, no contexto da emergência (Paranhos & Werlang, 2015), considerando o entendimento de que em situações de crise as pessoas têm habilidades de superação e apontam para intervenções que tenham foco em prevenção pautadas na PP.

Por outro lado, no cenário internacional, a PP é alvo de investimento de pesquisadores. Assim, com o intuito de conhecer a realidade de estudos publicados em periódicos científicos sobre a aplicação da Psicologia Positiva em termos teóricos/práticos nos hospitais, foi feita uma busca simples em bases nacionais e internacionais. Foram consultadas três principais bases de dados, a saber: SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), Medline (*Pubmed*) e Periódicos Capes com as seguintes combinações de descritores no campo assunto: a) *coping* AND hospital, (devido ao *coping* ser um termo relacionado à PP, segundo Folkman e Moskowitz, 2003), b) *intervention* AND *positive psychology* AND hospital. Foram restringidos os estudos publicados entre 2010 e 2018, em inglês, espanhol e português e artigos teóricos ou empíricos. A partir da leitura dos títulos e dos resumos, foram selecionados os trabalhos que se encaixavam no tema de interesse. A partir disso, foi identificado um menor número de publicações brasileiras em comparação ao cenário internacional.

Pesquisas que contemplam o tema da psicologia positiva em hospitais são, em sua maioria, realizadas fora do Brasil (Hamall, Heard, Inder, McGill, & Kay-Lambkin, 2014; Muscara et al., 2015; Nabors et al., 2013; O'Malley, Kimberly, Randell, & Dowd, 2016; Rosenberg, Baker, Syriala, Back, & Wolfe, 2013; Sabmann, Hair, Danne, & Lange, 2012). No contexto nacional, observa-se que os estudos publicados não referem estarem baseados na PP, ainda que tratem de temas que são de interesse da área (Gomes & Oliveira, 2012; Moraes & Enumo, 2008; Nobrega, Silva, Reichert, Coutinho, Collet, 2013; Salgado et al., 2011; Salvador, Gomes, Oliveira, Gomes, Busanello, & Xavier, 2015; Silva, Collet, Silva, & Moura, 2010).

Por isso, ao considerarmos que a PP tem importantes contribuições a serem feitas para a PS no hospital, chamamos atenção para a necessidade de desenvolvimento de estudos teóricos e empíricos que possam balizar a prática do psicólogo no hospital.

As contribuições vão no sentido de aplicação de construtos estudados majoritariamente pela PP no atendimento hospitalar, os quais podem favorecer as famílias e pacientes internados no sentido de melhor enfrentamento da situação e readaptação posterior à internação (Calvetti, Muller, & Nunes, 2007). Além disso, intervenções baseadas em evidências que visem à promoção de saúde das famílias, com intuito de trabalhar habilidades e forças fazem-se necessárias nesse ambiente (Melnyk & Fineout-Overholt, 2011).

Entre as Intervenções em Psicologia Positiva (IPP), existem algumas interessantes de serem utilizadas no hospital. Elas são definidas como procedimentos que visam aumentar comportamentos e pensamentos positivos e o bem-estar (Bolier et al., 2013; Sin & Lyubomirsky, 2009). Além disso, têm o intuito de promover o florescimento humano e estão baseados na PP (Bolier et al., 2013; Chavez, Lopez-Gomez, Hervas, & Vazquez, 2017; Schueller, Kashdan, & Parks, 2014). Demonstram resultados importantes, na medida em que promovem significativo aumento do bem-estar e atenuam sintomas de depressão a curto prazo (Bolier et al., 2013; Sin & Lyubomirsky, 2009). Com relação ao aumento do bem-estar, alguns pesquisadores refinam como se chega a isto definindo as *atividades intencionais positivas* em que as pessoas se engajam e estão diretamente associadas a este incremento (Lyubomirsky & Layous, 2013). O modelo de atividade positiva proposto por Lyubomirsky e Layous (2013) considera a frequência, de que modo, o contexto, entre outras variáveis, implicadas no processo de aumento do bem-estar. Além disso, considera outros construtos relacionados com o bem-estar que podem ser trabalhados e que terão por consequência o aumento deste, como, por exemplo, emoções positivas, otimismo, gratidão (Lyubomirsky & Layous, 2013).

As IPP ou atividades positivas foram construídas e testadas em estudos com diferentes tipos de delineamentos experimentais e atendem aos objetivos de forma significativa. Entre esses estão as pesquisas com o propósito de descobrir forças, desenvolver *flow*, otimismo e esperança, auto compaixão, resiliência e relações positivas (Carver et al., 2010; Csikszentmihalyi, 2001; Fredrickson, 2001; Gilbert, 2009; Joseph & Linley, 2006; Reis et al., 2010). Para ver os resultados e os roteiros dessas intervenções, sugere-se consultar as fontes citadas. No entanto, serão apresentadas a seguir brevemente algumas que podem ser aplicadas e utilizadas no contexto hospitalar.

O otimismo e a esperança podem ser benéficos para a adesão ao tratamento e melhora da qualidade de vida em pacientes com doenças crônicas. Pacientes que apresentam maiores níveis de esperança têm maior compreensão de que a doença crônica pode contribuir para o seu crescimento pessoal, na medida em que aprende a ter uma melhor gestão da sua condição de saúde (Reppold, Antunes, Corrêa, Zanon, & Dal Lago, 2014). O otimismo pode facilitar passar por procedimentos invasivos e a melhor recuperação posterior, tais como cirurgias, transplantes e tratamentos para câncer (Carver, Pozo, Harris, Noriega, Scheier, & Robinson, 1993; Fitzgerald, Tennen, Affleck, & Pransky, 1993). Outro construto estudado pela PP é a espiritualidade, a qual igualmente mostra-se associada a uma melhor qualidade de vida e maior adesão ao tratamento em pacientes com doenças crônicas (Alvarez et al., 2016). A maior experiência de emoções positivas impacta de forma benéfica e resulta em melhores condições de saúde física em pacientes (Silvestre & Vandenberghe, 2013).

A respeito da promoção e o incremento de bem-estar, entendido como um objetivo primordial das IPP e uma prerrogativa do trabalho em Psicologia da Saúde, algumas questões merecem atenção. Os procedimentos com este fim se prestam a qualquer tipo de paciente ou familiar e mostram resultados benéficos (Mongrain & Anselmo-Mathews, 2012). São atividades muito simples, auto-administradas, breves e de baixo custo. Todas foram empiricamente testadas. Entre essas atividades estão as cartas expressando gratidão (Boehm, Lyubomirsky, & Sheldon, 2011; Lyubomirsky, Dickerhoof, Boehm, & Sheldon, 2011; Seligman et al., 2005), contar as bênçãos (Emmons & McCullough, 2003; Seligman et al., 2005), atos de bondade (Della Porta, Jacobs Bao, & Lyubomirsky, 2012; Lyubomirsky, Sheldon, & Schkade, 2005; Sheldon, Boehm, & Lyubomirsky, 2012), cultivar as forças (Seligman et al., 2005) e meditação (Fredrickson, Cohn, Coffey, Pek, & Finkel, 2008). Em especial, focaremos mais adiante em outro capítulo desta tese o exercício “*Three good things*”, baseado em Seligman et al. (2005). Este consiste de um exercício simples de reflexão e recordação a partir de uma instrução verbal a ser seguida. Sugere-se que os resultados são melhores quando a atividade é feita uma vez na semana (Bolier et al., 2013).

Em contrapartida, a despeito das vantagens das IPP, cabem algumas ponderações teóricas e que repercutem na sua aplicação. Os benefícios das intervenções podem não ser sentidos imediatamente, mas as vantagens podem emergir ao longo do tempo (Mongrain, 2012). Por outro lado, alguns autores apontam que práticas pontuais também são efetivas (Feldman, & Dreher, 2012), uma vez que no ambiente hospitalar os

procedimentos e o tempo de internação podem ser focais. Por outro lado, em casos de pacientes com hospitalização prolongada, aponta-se que as intervenções sejam reorganizadas, implementadas e avaliadas com a frequência maior, a fim de verificar o benefício a longo prazo. Também é importante lembrar que os exercícios são breves, auto administrados e de baixo custo. O investimento com relação à aplicação das IPP restringe-se ao conhecimento e treinamento teórico e prático do psicólogo a respeito dessas técnicas e a disponibilidade do paciente em aceitar participar de tais atividades nos atendimentos.

Quanto ao profissional que for aplicar as intervenções, indica-se que o psicólogo tenha embasamento teórico quanto aos temas de adoecimento e hospitalização, assim como a habilidade de empatia para com essas questões. Ressalta-se que, independentemente da abordagem teórica psicológica de formação e de prática do profissional, o psicólogo tenha o enfoque de considerar as capacidades positivas das pessoas mesmo em uma situação estressora como a hospitalização para que a intervenção tenha êxito. Sugere-se que o psicólogo esteja previamente bem familiarizado com a aplicação da técnica da intervenção bem como com os temas que podem emergir da atividade. Ainda com o objetivo de resultados positivos da intervenção, indica-se que o profissional tenha trabalhado habilidades de boa comunicação e uma postura acolhedora. Salienta-se que a literatura apresenta outras IPP que, se bem pensadas, também podem ser adaptadas e aplicadas no contexto do hospital. Mais adiante nesta tese aquelas elencadas como mais interessantes pela autora deste trabalho serão melhores descritas, discutidas e terão a sua escolha justificada.

## CAPÍTULO II

### Estressores relatados por pais de crianças hospitalizadas em um hospital universitário no sul do Brasil

#### Resumo

Este estudo teve por objetivo identificar e descrever os principais estressores relatados por pais no contexto da hospitalização dos filhos. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório. Participaram 38 mães, em sua maioria, média de idade 27,81 (DP = 8,95) que estavam com os filhos hospitalizados em um Hospital Escola no sul do Brasil, com tempo médio de 7 dias (DP = 2,38) de hospitalização. As participantes responderam a uma entrevista semiestruturada sobre os estressores encontrados durante o período da hospitalização. Foi realizada análise qualitativa de conteúdo e análise quantitativa de frequência das categorias. Os resultados mostraram que preocupações relacionadas com a doença, questões institucionais e falta da rede de apoio foram os principais estressores. Destaca-se a importância de apoiar as famílias em relação às dificuldades acerca do adoecimento, com as rotinas do hospital e em manter os vínculos familiares.

Palavras-chave: Estressores, Pediatria, Psicologia Positiva

#### Abstract

This study aimed to identify and to describe stressors reported by parents in the context of hospitalization of their children. This is a qualitative, descriptive and exploratory study. Thirty eight mothers (age M= 27,81; SD = 8,95) which were in a School Hospital in the south of Brazil participated with their children (days at hospital M = 7; SD = 2,38). They responded to a semi structured interview about the stressors during the hospitalization. A content analysis and a quantitative analysis of frequencies categories were conducted. Results pointed that diseases concerns, institutional issues and a lack of social support were the most stressors. Importance of supporting families about illness difficulties, hospital routines and to mantain family ties is highlight.

Key Words: Stressors, Pediatrics, Positive Psychology

## Introdução

Este estudo tem por objetivo identificar e descrever os principais estressores identificados por pais de crianças hospitalizadas. Devido à importância do ambiente familiar e dos cuidados parentais no contexto da infância (Tudge et al., 1999), as principais dificuldades relatadas pelos pais durante a hospitalização dos filhos será o alvo deste estudo. Ressalta-se que o termo “pais” corresponde a adultos que são os principais cuidadores das crianças, o que pode incluir pais biológicos, guardiões ou outros membros da família, conforme a definição trazida em outro estudo (Hamall, Heard, Inder, McGill, & Kay-Lambkin, 2014).

A internação hospitalar de uma criança pode trazer às famílias estresse, ansiedade e quebra na rotina e ainda gerar outras necessidades significativas e específicas durante o período de hospitalização (Delvan, Menezes, Geraldi, & Albuquerque, 2009). Deste modo, este contexto, entendido como estressor, pode oferecer riscos à saúde da criança, ainda que o objetivo da medida de internação hospitalar seja tratar e cuidar (Bortolote & Brêtas, 2008). Em um espaço físico restrito no hospital, a criança é submetida a diferentes procedimentos, além de ser exposta a circulação constante de pacientes, familiares e diversos profissionais (Mussa & Malerb, 2008). Tais questões podem levar a experiências desagradáveis como ansiedade, medo, dor e possível separação de algum dos genitores ou demais familiares que acompanhavam a criança rotineiramente (Delvan et al., 2009; Martins & Paduan, 2010). Além disso, quanto maior o tempo de internação, maior tende a ser o impacto na saúde psicológica da criança (Delvan et al., 2009; Panceri, Pereira, Valentini, & Sikilero, 2013).

Entretanto, deve-se considerar que o impacto da hospitalização também depende de diversos fatores, tais como a gravidade da doença e dos sintomas, as intervenções médicas, as informações passadas pela equipe de saúde, os cuidados parentais e características próprias das crianças (Delvan et al., 2009; Silva, Santos, & Gonçalves, 2006). Deste modo, se torna importante que o hospital possa se configurar como um ambiente adequado ao desenvolvimento saudável da criança, minimizando o impacto da doença e da hospitalização (Panceri et al., 2013). No intuito de amenizar os estressores e resgatar o bem-estar das famílias durante a hospitalização, a Psicologia Positiva apresenta-se como uma perspectiva interessante para pensar o modelo de saúde-doença

(Calvetti, Muller, & Nunes, 2007), em que o lado positivo é valorizado em detrimento do foco somente na patologia (Snyder & Lopez, 2002). Para isso, é importante compreender se todos os familiares percebem e relatam estressores durante a hospitalização das crianças e, se os identificam, de que forma o fazem e quais os principais temas abordados. Nesse sentido, a perspectiva da Psicologia Positiva em entender os fenômenos de forma ampliada, e não apenas focado em psicopatologia, pode elucidar de forma mais aberta a vivência dos pais durante a hospitalização dos filhos (Snyder & Lopez, 2002).

Contudo, ao revisar estudos nacionais sobre a hospitalização infantil, verifica-se que não mencionam a Psicologia Positiva como uma abordagem que contribui para a discussão. Em contrapartida, estudos internacionais referem, ainda que indiretamente, o referido paradigma como norteador para as pesquisas realizadas (Franck, Mcquillan, Wray, Grocott, & Goldman, 2010; O'Malley et al., 2016; Zapata, Bastida, Quiroga, Charra, & Leiva, 2013).

Com relação aos estudos brasileiros, observa-se que a abordagem qualitativa é a principal escolha dos autores dos estudos, em comparação aos trabalhos internacionais (Gomes & Oliveira, 2012; Hamall et al., 2014; Moraes & Enumo, 2008; Muscara et al., 2015; Nabors et al., 2013; Nobrega, Silva, Reichert, Coutinho, Collet, 2013; O'Malley, Kimberly, Randell, & Dowd, 2016; Rosenberg, Baker, Syriala, Back, & Wolfe, 2013; Sabmann, Hair, Danne, & Lange, 2012; Salgado et al., 2011). Além disso, os trabalhos propõem enfoque descritivo e exploratório e mostram resultados semelhantes.

A pesquisa de Gomes e Oliveira (2012) apontou que a vivência do hospital foi considerada boa quando as experiências de vida anteriores também eram consideradas boas, e da mesma forma para as vivências ruins. A questão de “tempo perdido”, condições duras do hospital, perda de contato social e interrupção do trabalho foram referidas como ruins e amenizadas conforme a qualidade do acolhimento e atendimento da equipe.

Outro trabalho investigou as estratégias das famílias no cuidado de crianças com doenças crônicas, através de entrevistas (Salvador, Gomes, Oliveira, Gomes, Busanello, & Xavier, 2015). Nele foi discutida a divisão de tarefas, adaptação do espaço físico da casa, engajamento da criança no autocuidado, recursos e suporte social, atividades físicas e outras estratégias para redução de estresse das famílias durante a internação hospitalar. Da mesma forma, estudo feito por Silva, Collet, Silva e Moura (2010) com famílias com crianças com doenças crônicas apontou que dificuldades financeiras,

hospitalização prolongada e a falta de diálogo e escuta sensível por parte da equipe de saúde são os fatores que mais desencadeiam alterações na família. Outro tema relatado na literatura é o medo da morte da criança e a impotência dos pais, sendo que as mães se mostram mais fragilizadas nesse processo (Salgado e cols., 2013). Nesse estudo, a comunicação efetiva com a equipe de saúde foi um recurso favorável para o enfrentamento da situação (Salgado e cols.,2013).

Possivelmente a abordagem qualitativa como escolha principal se deva ao embasamento teórico que norteia os pesquisadores, devido à tradição de estudos qualitativos em saúde pública no país (Minayo, 2013). Isso porque dentro dessa abordagem o número de participantes não é estabelecido previamente. Dessa forma, estima-se obter uma amostra que apreenda o máximo de semelhanças e diferenças e para que haja reincidência das informações obtidas (Minayo,2013).

Ao mesmo tempo deve-se considerar dificuldades de implementação de estudos quantitativos com grandes amostras em hospitais devido a especificidades de procedimentos de amostragem que podem estar relacionadas a características próprias de funcionamento dessa instituição. Como por exemplo, a grande rotatividade de pacientes internados, tempos de internações diferentes, dificuldade de acesso aos participantes, quanto ao espaço físico para realização de coleta de dados da pesquisa, acesso restrito ao ambiente hospitalar devido a questões de segurança em saúde com restrições de contato, entre outras possíveis limitações (Adami, Salzano, Castro, & Stefanelli, 1996; Leite & Vila, 2005). Além disso, de acordo com a tendência e diretrizes para pesquisas atuais em psicologia positiva (Wong, 2011), deve-se valorizar também abordagens qualitativas, considerando a complexidade dos fenômenos estudados que devem abarcar diferenças existentes entre diferentes populações, contextos e culturas (Chang,1996).

No cenário internacional, os achados seguem a mesma tendência. Em um levantamento realizado com 470 responsáveis de crianças admitidas na unidade de emergência no oeste dos Estados Unidos, foram utilizadas escalas para medir adversidades passadas e presentes na vida das crianças, resiliência, bem-estar e afeto negativo (O'Malley et al., 2016). Aqueles que tiveram mais adversidades no passado tiveram um risco maior para apresentar adversidades no presente, maior risco para depressão e menores níveis de resiliência.

Estudo prospectivo na unidade de cuidados intensivos cardíacos do *London Children's Hospital* com pais de 211 crianças (Franck et al., 2010) mostrou diferenças

na percepção de mães e pais quanto à doença das crianças. Os cuidadores de níveis socioeconômicos mais baixos, bem como mães nascidas fora do Reino Unido relataram maiores níveis de estresse, indicando os impactos negativos da hospitalização para os pais e sugerindo intervenções com pais em risco para apresentar mais estresse.

No mesmo sentido, o impacto de diferentes estressores foi investigado entre 225 mães de crianças hospitalizadas no Irã (Tehrani, Haghghi, & Bazmamoun, 2012). Houve correlações significativas entre os estressores e os níveis socioeconômicos mais baixos, mães e crianças mais jovens, mais dias de internação e pior atendimento prestado pelos profissionais. O medo da morte da criança, o mau cheiro do hospital e a falta de comunicação com os profissionais foram os fatores considerados mais importantes pelas mães.

Dessa forma, visando explorar a recorrência e relevância das referidas dificuldades descritas na literatura, este estudo, seguindo a tendência de abordar o fenômeno de forma qualitativa, descritiva e exploratória; teve por objetivo identificar e descrever as principais dificuldades encontradas por pais no contexto da hospitalização das crianças. O termo dificuldade foi utilizado e entendido como sinônimo de estressor com as participantes por ser mais acessível e simples para entendimento das mesmas.

## Método

### Participantes

O número de participantes não foi estabelecido previamente de maneira a possibilitar a saturação dos dados, reincidência das informações e para apreensão de semelhanças e diferenças (Minayo, 2013). Os critérios de exclusão foram pais de crianças com doenças graves (câncer, doenças neurológicas, síndromes genéticas, cardiopatias e doenças crônicas) e aqueles que estavam no hospital há mais de um mês devido a estas variáveis estarem associadas a um aumento significativo de estresse (Delvan et al., 2009; Marsac et al., 2011; Panceri et al., 2013).

Participaram do estudo 38 pessoas, sendo a maioria (n = 36) mães, uma avó e um pai. A maioria das participantes relatou ser casada ou viver com companheiro (n = 36). A idade das participantes variou de 16 a 57 anos (M = 27,81; DP = 8,95). A maioria possuía Ensino Fundamental Incompleto (41%) e referiu não trabalhar (64,1%). Todas referiram ter o vínculo com a criança de bom a ótimo, avaliado através de uma escala *likert* no questionário demográfico. Todas afirmaram acreditar em Deus, frequentando ou não alguma religião.

A idade das crianças variou de 11 dias a 10 anos (M = 2,80; DP= 3,20). Os

principais motivos de internação das crianças foram doenças relacionadas ao aparelho respiratório (n = 14), investigação diagnóstica (n = 7) e meningite (n = 3).

#### Instrumentos

A ficha de dados sociodemográficos (ANEXO A) foi utilizada para coletar dados como sexo, idade, situação de trabalho, religião, tipo de moradia do familiar e dados da criança. Foi utilizada uma entrevista semiestruturada (NEPP,2016a) (ANEXO B) que tem como objetivo identificar as dificuldades e estratégias utilizadas dos pais durante a hospitalização de seus filhos. Para este estudo foram consideradas as questões referentes ao motivo, experiência da hospitalização e principais estressores/dificuldades encontradas pelos participantes.

#### Procedimentos e Considerações Éticas

Os aspectos éticos que garantem a integridade dos participantes da pesquisa foram assegurados de acordo com as Resoluções nº 466 e 510 (Brasil, Conselho Nacional de Saúde, 2012; 2016). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de ética do Hospital Escola da UFPEL e pelo Comitê de ética da Faculdade de Medicina da UFPEL, sob o número 1.973.322 (ANEXO C).

Em relação aos procedimentos de coleta de dados, os pais que se encaixavam nos critérios de inclusão foram convidados a participar do estudo. Os objetivos e os procedimentos da pesquisa foram explicados, sendo garantida a voluntariedade da participação, garantia de sigilo das informações pessoais e possibilidade de desistência a qualquer momento. Os pais que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO D), bem como os responsáveis pelas mães participantes menores de 18 anos. As participantes que tinham menos de 18 anos assinaram o Termo de Assentimento concordando em participar do estudo. Foi realizado, primeiramente, um estudo piloto com quatro pais para verificar a pertinência e adequação das questões da entrevista semiestruturada. Alguns detalhes como o tempo verbal das perguntas (perguntar tanto no presente, como no passado como na forma condicional) e a abrangência de uma questão (experiência de hospitalizações anteriores) foram ajustados. Após esta etapa e a verificação dessas mudanças nas questões e na condução das entrevistas, o estudo foi implementado. As entrevistas foram conduzidas pela psicóloga do hospital responsável pela Pediatria e por alunas da graduação em Psicologia previamente capacitadas para o estudo. O estudo foi realizado nas enfermarias, com duração aproximada de 30 minutos. As falas das participantes foram gravadas e posteriormente transcritas.

## Análise dos Dados

Inicialmente foi realizada uma análise do perfil dos participantes para descrever os dados sociodemográficos, como sexo, idade, nível socioeconômico, profissão, entre outros. As entrevistas foram submetidas à análise qualitativa de conteúdo (Bardin, 1977; Laville & Dionne, 1999; Moraes, 1999). O processo de análise foi do tipo categórica e foi estruturado em seis etapas: preparação das informações, transformação do conteúdo em unidades, classificação das unidades em categorias, identificação de subcategorias, descrição e interpretação dos resultados (Moraes, 1999). Foram realizadas manualmente pela equipe de pesquisa, de modo que os problemas relatados pelos participantes resultaram em categorias emergentes dos dados. As categorias foram classificadas separadamente por três membros da equipe, recorrendo-se a um quarto colega em caso de discordância. Foram agrupados os temas mais recorrentes e qualitativamente relevantes para formar as categorias. Além disso, foram feitas as frequências das categorias.

## Resultados

Seis mães relataram não estarem enfrentando algum estressor ou dificuldade naquele momento. Quanto às demais, os resultados serão apresentados a seguir. Para fins de organização dos dados obtidos, foram agrupadas categorias e subcategorias que representam subtemas dentro do tema geral da categoria. Os conteúdos semelhantes e considerados como importantes pelas participantes foram considerados.

Ao mesmo tempo, serão apresentadas as frequências que as categorias apareceram, para reforçar a recorrência delas. As categorias serão descritas a seguir conforme a maior frequência com que apareceram. A Tabela 1 apresenta as frequências em que cada categoria foi citada por diferentes participantes e, dentro de cada categoria, o número de vezes que este foi citado de maneira geral.

*Tabela 1. Frequências das Categorias e Subcategorias dos Estressores*

	Nº de participantes que referiu a categoria	Nº vezes que a categoria foi citada
	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)

Falta de rede de apoio <sup>a</sup>	9(28,1)	19 (59,4)
Longe de casa e outros filhos	6(18,7)	7 (21,9)
Auxílio na rotina	1(3,1)	1(3,1)
Revezar cuidados no hospital	2(6,2)	2(6,2)
Questões institucionais <sup>a</sup>	11 (34,4)	14 (43,7)
Sono alterado	4(12,5)	4(12,5)
Tempo de hospitalização	2(6,2)	2(6,2)
Tempo de visita	1(3,1)	1(3,1)
Falta de sensibilidade	2(6,2)	2(6,2)
Falhas na comunicação	1(3,1)	1(3,1)
Estudantes fazendo procedimentos	1(3,1)	1(3,1)
Leito de isolamento	1(3,1)	1(3,1)
Muitas pessoas no quarto	1(3,1)	1(3,1)
Ventilação ruim	1(3,1)	1(3,1)
Tempo de exames	1(3,1)	1(3,1)
Tempo da alimentação	1(3,1)	1(3,1)
Preocupações com a doença <sup>a</sup>	13 (40,6)	33 (103,1)
Prognóstico e intercorrências	6 (18,7)	8 (25)
Estado atual de saúde da criança	3(9,4)	3 (9,4)
Cirurgias	3(9,4)	5(15,6)
Exposição à contágio	4(12,5)	5(15,6)
Saúde geral da criança	4(12,5)	4(12,5)
Erro médico	2(6,2)	2(6,2)
Limitações doença	3(9,4)	3(9,4)
Medo da morte	1(3,1)	1(3,1)
Demais crianças hospitalizadas	1(3,1)	2(6,2)

Nota: As categorias foram identificadas com o símbolo <sup>a</sup>. As respectivas subcategorias de cada categoria estão abaixo na sequência.

A seguir é apresentada a descrição qualitativa das categorias obtidas.

**1. Falta da rede de apoio:** Esta categoria diz respeito a estar distante das pessoas próximas, ter contato e apoio delas e distância de locais nos quais as participantes se sentiam seguras.

Ficar longe de casa: Dificuldade de estar distante da própria casa e do contato dos familiares.

*“Só o que a gente acha ruim é ficar longe de casa” (P1)*

Ficar longe dos outros filhos: Dificuldade de ficar afastada dos demais filhos.

*“Eu tento passar o melhor possível. Já que eu to aqui. Mas não é fácil porque eu tenho a Rafaela em casa, a minha mais velha, eu tenho o bebê.” (P6)*

Depender de outras pessoas para auxílio na rotina: Necessitar do apoio e ajuda com assuntos do dia-a-dia de outras pessoas

*“A minha maior dificuldade particularmente é que eu não moro na cidade. Aí eu dependo de alguém pra trazer alguma coisa, levar a roupa pra lavar, trazer a roupa limpa de volta. No mais é isso aí só, que a gente não mora aqui, que a gente depende assim. Um vem, traz umas coisas, aí vem outro e leva. É isso aí.” (P1)*

Depender de outras pessoas para revezar os cuidados no hospital: Necessitar do apoio de outras pessoas de confiança para permanecer de acompanhante com a criança no hospital e ter com quem revezar os cuidados.

*“E aí eu só tenho o meu marido pra revezar comigo porque a minha mãe tem que cuidar o nenê. Não é muito fácil.” (P6)*

*“Entre aspas, né, porque a minha cabeça fica aqui, eu vou pra casa e minha cabeça fica aqui.” (P12)*

**2 Questões Institucionais:** Esta categoria diz respeito às rotinas hospitalares.

Não dormir: Rotina e higiene do sono ficam prejudicadas tanto para as participantes como para as crianças.

*“Não tem onde dormir, a gente fica praticamente sentada aqui. E aí ficar cuidando dele, em casa a gente consegue, né, porque ele dorme, a gente também dorme, tem a nossa cama e a dele, aí tu fica o dia inteiro com ele no colo, depois... é brabo depois não consegue dormir. Essa cadeira não dá nem pra descansar né, são macias, mas pra dormir é ruim.”(P15)*

Tempo de internação prolongado: Dificuldade quanto ao tempo de internação ser extenso ou de não saber qual será o tempo de hospitalização.

*“Daqui de dentro eu não tenho nada assim, só a função de quanto tempo eu vou ficar. Até quanto tempo vai demorar até sair, sabe? Só isso assim. De hospital ninguém gosta de estar, né.” (P3)*

Tempo de visita reduzido: Dificuldade ter um tempo muito limitado para receber

visitas.

*“só, e aí a visita é só a partir da uma né, se pudesse, o ideal seria que fosse todo o dia a visita que aí daria né. E a noite também, como eu to de cesárea agora há onze dias né, aqui fica uma pessoa só, é complicado.”* (P9)

Falta de sensibilidade dos profissionais de saúde: Dificuldade de alguns profissionais não serem sensíveis e/ou empáticos com a condição das crianças.

*“Que se tivesse também essa sensibilidade de quando a criança ta indisposta que deixasse um pouquinho passar porque ta indisposta. Eu sei que é pro bem, eu sei que outras crianças iam se favorecer desses diagnósticos. Só que deixasse também calmar um pouquinho, sensibilidade de esperar a criança parar com a crise de dor de cabeça. Ontem ele teve e uma moça ai, mais um pouquinho, insistia e eu pedi pra ela parar. Porque ele tava muito incomodado mesmo.”* (P4)

Falhas na comunicação com a equipe: Dificuldade de os profissionais de saúde não usarem uma linguagem clara e acessível a respeito dos procedimentos e condição clínica da criança.

*“Agora a gente aqui, praticamente povão, somos todos leigos, fala a nossa língua, cara!”* (G4)

Estudantes fazendo procedimentos: Receio quanto ao fato de estudantes de diferentes cursos da área da saúde realizarem os procedimentos nos pacientes.

*“A gente sabe que aqui é uma escola, né, então isso nós sabemos, mas... botar para medicar as crianças eu não acho certo. Eu acho errado porque elas não sabem medicar, elas não sabem nem medir uma pressão”*(G4)

Leito de isolamento: Dificuldade em conseguir leito de isolamento.

*“Dessa vez agora teve a dificuldade de conseguir um leito isolado. Porque o quadro de meningite viral, né, exige um isolamento. Não pelo fato de poder contaminar alguém, mas a própria recuperação da criança.”* (P4)

Muitas pessoas no quarto: Dificuldade de haver muitos pacientes e acompanhantes nas enfermarias

*“É isso, além de ser muita pessoa dentro de um quarto (risos) em um quarto só. Sim e cada um com um caso diferente...”* (G1)

Ventilação ruim: Dificuldade de a circulação de ar dentro dos quartos ser restrita.

*“O problema não é de ter muita gente no quarto, mas é de ventilação mesmo, agora mesmo eu disse abre a porta porque tava muito abafado, e aí o ar aqui está querendo estragar eu acho, aí a gente fica todo mundo respirando o mesmo ar né. Nos adultos*

*com eles pequenos, por nós adultos mal ou bem a gente têm, todos nós temos uma bactéria diferente. Esse negócio da ventilação e tudo, é complicado.”(G1)*

2.2.1 Tempo prolongado para fazer e ter resultados de exames: Tempo demasiado para sair os resultados dos exames feitos dentro do hospital

*“Acho que a demora dos exames né, como demora pra sair qualquer exame, um exame só demora, o Pietro precisou fazer só um exame e a doutora falou ontem em duas, três semanas né, pô é muito tempo.” (G1)*

2.2. Tempo prolongado para chegar a alimentação: Tempo prolongado de espera para receber a alimentação provida pelo hospital

*“A eles demoram muito pra trazer o leite, tipo é de três em três horas e ele não toma de três em três horas, aí ele demora um monte.” (P18)*

**3 Relacionadas à doença em si:** Nesta categoria são apresentadas as dificuldades relacionadas a questões circunscritas ao adoecimento das crianças.

Preocupações relacionadas ao diagnóstico da criança, com o futuro e com as intercorrências da doença: Dificuldade de lidar com o adoecimento em si, com o prognóstico dele e com a possibilidade de ocorrência de intercorrências em virtude da doença.

*“O que... tipo o que eu acho muito difícil é tipo ter que conviver assim com...com esse coisa de doença assim que tu não sabe se...se o João mesmo vai ficar bem futuramente então passa isso daí né. Agora ele ta bem mas tipo assim será que essa doença futuramente ela vai estabilizar ou ela vai agravar, então isso me deixa meio...” (P11)*

Preocupação com a doença atual: Preocupação com o estado de saúde atual da criança relacionado ao quadro da doença motivo de internação.

*“Não é, a gente sempre, como eu te disse, ficava com medo que isso... ela não pudesse tirar essa bolsinha né, que o resultado de alguns exames dessem, a biópsia desse alguma coisa alterada, mas graças a Deus não deu nada nos exames dela deu super bem. Aqueles medo que a gente tem sabe, o filho entrou com alguma coisa e saiu com outra completamente diferente, adaptação da bolsinha, eu que botei, eu que ajudei ela ali, ela também custou também ela... ela se aceitar com aquilo ali, entendeu... mas ela aos pouquinhos foi indo acho que quando ela acostumou aí ela acabou tirando.” (P16)*

Cirurgias: Preocupação com relação a cirurgias, seja pela anestesia, seja pelas intercorrências possíveis de acontecerem.

*“Mas muito né. A gente fica naquela correria pra lá e pra cá e não sabe como é que é... e ninguém pode entrar lá dentro, não tá... tu não ta presente né. Tu sabe que é tudo*

*bem feitinho, mas é que se... e ela já entra nervosa, e tu já fica nervosa. E é isso, é um processo. Mas tá aí graças a Deus tudo bem. Só tá triste que não foi pra casa hoje ainda.”(P17)*

Preocupação com contágio (vírus, bactéria): Preocupação com a exposição a vírus e bactérias presentes no ambiente hospitalar

*“A gente tá com medo... (risos) eu tô com medo da tal bactéria que todo mundo fala que anda aí né. E eu também... Nas crianças, tenho medo das bactéria, tenho medo que ele saia daqui com alguma coisa pior, mais grave e tenha que voltar né...”(G1)*

Estado geral de saúde da criança: Preocupação com o quadro geral de saúde da criança, como aspectos do desenvolvimento físico, cognitivo e emocional

*“Ah, eu acho ela bem atrasadinha. E ela não se alimenta bem. É só o leite e umas colheradinhas de comida assim. E ela tá com nove meses, né.”(P5)*

Erro médico: Preocupação que possa haver erro no diagnóstico ou na conduta médica

*“Mas a primeira pediatra quis fazer uma avaliação ela mesma e disse que não tinha nada. Tranquilizou. Disse que tava tudo tranquilo. Se não fosse as minhas informações que eu tenho de ir atrás ele tava tratando pra dorzinha de garganta.”(P4)*

Limitações ocasionadas pelo adoecimento: Preocupações relacionadas à interrupção do desenvolvimento das crianças em decorrência da hospitalização e das limitações físicas impostas aos pacientes

*“Complicado porque ele não está acostumado com essa situação de estar dentro do hospital, ele é uma criança que todos os dias eu tirava ele pra rua pra ver... adora ver árvore, adora ver as pessoas passando. Ele fica bem estressado, chega uma certa hora do dia que ele fica muito estressado, coisas que ele não fazia antes agora ele faz, se atira pra trás chora, chora, chora. Sim, mas isso é porque ele está aqui dentro. É, o primeiro dia foi ruim dele dormir também, e a gente acaba ficando estressado, hoje mesmo minha irmã vai trocar comigo pra mim ir em casa um pouco porque se não, eu sou muito...” (G1)*

Medo da morte da criança: medo de que a criança venha a morrer.

*“Então, já passei por esses processos de medo de perder ele por duas vezes. Agora vai fazer uma cirurgia, espero que não me assuste de novo.” (P20)*

Preocupação com as outras crianças hospitalizadas: preocupar-se com o quadro de outras crianças que estão hospitalizadas.

*“Essa é minha única dificuldade, é tentar não ficar constrangida com o que tá*

*acontecendo, sabe... Mas não dá, não dá. Tu olha as crianças doentes e te apavora, te assusta.”(P20)*

## Discussão

Neste estudo o uso da entrevista semiestruturada para acessar as dificuldades dos pais no contexto da hospitalização dos filhos mostrou-se adequada para o objetivo de identificar e descrever esses fenômenos, conforme outros estudos fizeram anteriormente (Franck et al., 2010; Gomes & Oliveira, 2012; Salgado et al., 2011; Salvador et al., 2015; Silva et al., 2010; Zapata et al., 2013). O formato da entrevista semiestruturada, ao não seguir um roteiro rígido, favoreceu o aparecimento e o relato de conteúdos relevantes para a experiência da situação pelas participantes, de acordo com a perspectiva delas, o que é uma boa prática em pesquisa qualitativa (Elliot, Fischer, & Rennie, 1999). Dessa forma, observou-se que as categorias que emergiram foram similares as relatadas por outros estudos da área, tais como a preocupação com a evolução da doença, medo da morte, questões do hospital, como o ambiente, mau cheiro e falhas na comunicação com a equipe (Gomes & Oliveira, 2012; Nabors et al., 2013; Salvador et al., 2015; Tehrani et al., 2012). Foi observada a recorrência de alguns temas (preocupação com a doença, questões relacionadas com a rotina hospitalar) que foram abordados por diferentes participantes, assim como diversas menções a uma categoria diversas vezes (preocupação com o prognóstico da doença). Tais temas denotam atenção e vão ao encontro de categorias já relatadas na literatura. Ao mesmo tempo, aquelas categorias que foram referidas apenas uma vez também são importantes, pois falam da experiência particular de uma situação que poderia ser a vivência de outra participante em contexto semelhante (Elliot, Fischer, & Rennie, 1999).

Quanto às mães que não relataram dificuldades ou estressores naquele momento levantam-se algumas hipóteses. Por um lado pode-se pensar que elas não haviam vivenciado, ainda, alguma situação que ainda não fora avaliada como extrapolando as suas capacidades. Assim, as mães poderiam estar conseguindo fazer um adequado gerenciamento do momento, em que o estresse pode não ter sido disparado, pois estas estavam utilizando recursos favoráveis (Calvetti et al., 2007; Zapatta et al., 2013). Por outro lado, deve-se lembrar de que a percepção e vivência de um evento potencialmente (mas não necessariamente) estressor depende de fatores individuais, tais como experiências anteriores, a intensidade e o modo como o estressor surgiu, estilos de *coping* (Antoniazzi, Dell’Aglia, & Bandeira, 1998; Delvan et al., 2009; Folkman & Moskowitz, 2003; Silva et al., 2006). Nesse sentido, outra possibilidade seria a

utilização de estratégias do tipo negação ou evitação do problema. No entanto, conforme o princípio de a avaliação da situação ser feita pela própria que passa por ela, caso esta não tenha relatado ou entendido o evento até então como estressor, este aspecto não foi abordado de forma insistida com maior profundidade.

A preocupação específica com a saúde e doença da criança foi um assunto recorrente e frequente, sendo a categoria mais mencionada. Tal tema é bem descrito na literatura e se mostra relevante (Colville & Cream, 2009; Delvan et al., 2009; Dodt et al., 2015; Moraes & Enumo, 2008; Mussa & Malerb, 2008; Sabman et al., 2012; Tremolada et al., 2011). Este dado indica que a preocupação com a saúde dos filhos e as dificuldades relacionadas aos tratamentos das doenças representam uma quebra de expectativa do ponto de vista desenvolvimental, uma vez que não é esperado que crianças corram risco de vida ou enfrentem problemas de saúde com frequência em comparação com outras faixas etárias (Grant et al., 2012; Lauer, Mulhern, Schell, & Camitta, 1989).

Quanto à categoria de estressores em relação a questões institucionais, a rotina do sono alterada foi a subcategoria mais frequente (12,5%). Isso vai ao encontro do que a literatura já descreve como uma questão importante na hospitalização na infância, em que a família de modo geral sente a quebra na rotina e a mudança de ambiente (Delvan et al., 2009). Dentro dos estressores relacionados ao hospital, emergiu a falta de sensibilidade dos profissionais como algo que causa impacto. Destaca-se que a dificuldade de diálogo e escuta sensível por parte da equipe de saúde são fatores que desencadeiam alterações na família (Silva et al., 2010), pois podem prejudicar o entendimento acerca da doença e tratamento da criança, gerando divergências entre os cuidadores quando as informações não são bem transmitidas (Macnab, Richards, & Green, 1999). Por outro lado, as participantes relataram elogios à atenção recebida dentro do hospital escola, devido à diversidade de profissionais de diferentes áreas e disposição destes em cooperar com o tratamento das crianças, bem como tirar dúvidas sobre a saúde infantil. Isso reforça a importância do acolhimento e apoio da equipe para as famílias no sentido de favorecer a hospitalização e otimizar o tratamento da criança (Arvola, Tahvanainen, & Isolauri, 2000; Macnab et al., 1999; Tarkka, Paunonen, & Laippala, 2000). Nesse sentido, ressalta-se a necessidade de trabalhar resgatando e estimulando as virtudes e forças nas instituições, como o caso dos profissionais de saúde em hospitais, na medida em que isso pode favorecer o melhor atendimento das equipes (Seligman, & Csikszentmihalyi, 2000; Snyder, & Lopez, 2002).

Cabem ainda algumas considerações sobre os estressores relacionados a questões

institucionais, sobre os que concernem à precariedade de recursos materiais e de estrutura física. Os relatos que envolvem a falta de espaço físico, a ventilação ruim, a dificuldade de conseguir leito de isolamento e até mesmo o que pode ser entendido como despreparo da equipe técnica são questões que podem estar relacionadas às dificuldades de investimentos ou melhor gestão de recursos com foco em melhoria dos serviços prestados (Ministério da Saúde, 2017; Secretaria Estadual de Saúde RS, 2017). Portanto, este aspecto serve como indicador para reorganização de aspectos de estrutura física que são fatores relevantes apontados pela literatura e também encontrado neste estudo, uma vez que tais questões causam impacto direto na experiência da hospitalização.

Ainda dentre os problemas relacionados ao hospital, assim como Gomes e Oliveira (2012) apresentaram as questões relativas às condições duras do hospital como o sentimento de “tempo perdido”; a perda de contato social e interrupção do trabalho também foram referidas pelas participantes desta pesquisa como algumas das dificuldades encontradas. Neste estudo, a categoria de falta de rede de apoio foi a segunda com maior frequência. Aponta-se a importância da manutenção dos vínculos familiares durante a hospitalização, uma vez que a rede de apoio funciona como fator de proteção ao ajustamento posterior à situação estressora (Landsem, Handegård, Ulvund, Kaaresen, & Rønning, 2015; Tarkka et al., 2000). Além disso, é importante que os profissionais de saúde, bem como os familiares, contribuam no sentido de que a hospitalização não represente uma quebra ou prejuízo significativo para o desenvolvimento da criança. É sim que essa situação estressora possa ser entendida como um evento externo e passageiro, com estratégias facilitadoras para o seu enfrentamento (Arvola et al., 2000; Landsem et al., 2015; McCusker et al., 2010; Palmer et al., 2011).

Salienta-se a relevância de atentar para a categoria rede de apoio relatada neste estudo. Ela evidencia o impacto da falta deste recurso durante a hospitalização para as famílias. As participantes relataram o quanto a falta de ajuda para coisas práticas e para revezar os cuidados da criança na internação é uma dificuldade. Desse modo, indica-se a importância de resgatar e facilitar que as famílias possam utilizar este recurso que se mostra como benéfico e facilitador ao evento da hospitalização. Assim, aponta-se que os profissionais de saúde atentem e auxiliem com o intuito de favorecer o uso da rede de apoio (Arvola et al., 2000; Landsem et al., 2015).

Em contrapartida, ao perceberem tal dificuldade, as próprias participantes

relatavam alternativas que poderiam ajudar no sentido de suprir a demanda de não ter uma rede de apoio para auxiliá-las nos cuidados da criança no hospital e para resolver situações práticas da vida. As mães utilizaram a prática de divisão de tarefas com os familiares que poderiam cooperar nos cuidados da criança, ainda que em tempo reduzido, bem como buscaram ensinar as crianças a como se cuidar, à semelhança dos achados de Salvador et al. (2015). Tais dados denotam a habilidade das participantes em manejarem a situação estressora de modo a amenizar o impacto das preocupações relativas a esse período. Ao mesmo tempo em que relataram dificuldades existentes neste momento, indicaram algumas soluções viáveis e que poderiam ser implementadas a curto prazo, demonstrando habilidades de enfrentamento positivo para a situação estressora.

### Considerações Finais

Este trabalho teve por objetivo identificar e descrever as principais dificuldades/estressores relatadas por pais no contexto da hospitalização dos filhos. As categorias com maior recorrência foram preocupações relacionadas com a doença, questões institucionais e as relacionadas à falta da rede de apoio. Destaca-se que as equipes atentem para importância de apoiar as famílias em relação às dificuldades acerca do adoecimento, com as rotinas do hospital e em manter os vínculos familiares, uma vez que a literatura já vem reforçando a relevância destes temas (Arvola et al., 2000; Landsem et al., 2015; McCusker et al., 2010; Palmer et al., 2011; Tarkka et al., 2000).

Quanto às limitações do estudo, o uso da entrevista com questões abertas e amplas tem desvantagens no sentido de que o sujeito pode selecionar apenas um tema de sua escolha dentro da pergunta, o que pode restringir os dados obtidos (Kaplan, Sadock, & Grebb, 1997), o que pode ter acontecido em relação às mães escolherem não falar sobre dificuldades ou estressores durante a hospitalização, por exemplo, seja por não avaliarem o fenômeno dessa forma, seja por deliberadamente não quererem abordar este tema. Por outro lado, o uso de entrevistas semiestruturadas e não dirigidas que visam deixar os participantes livres para falar estão consolidados na literatura nacional e internacional no campo da saúde (Fontanella, Campos, & Turatto, 2006).

Ressalta-se ainda que houve heterogeneidade dos participantes em termos de motivo de internação, organização familiar e idade da criança. Tal característica pode fornecer um panorama de forma global sobre a questão dos estressores encontrados no hospital sobre o adoecimento na infância, considerando as diferenças e similaridades

nos casos que podem ocorrer neste contexto (Patton, 2002). Ao mesmo tempo, a validação do relato de experiências únicas das participantes contribui para conhecer o fenômeno de forma mais aprofundada (Elliot et al.,1999).

Apesar das limitações mencionadas neste trabalho, salienta-se que a pesquisa no contexto hospitalar é necessária e relevante, especialmente no cenário da saúde pública brasileira, no qual são encontradas dificuldades de diferentes ordens. Os estudos podem contribuir no sentido de identificação da realidade e posteriores propostas de melhora dos problemas constatados visando o bem-estar de pacientes e familiares.

Estratégias de enfrentamento utilizadas por pais de crianças hospitalizadas em um  
Hospital Escola da região sul do Brasil

Resumo

As estratégias de enfrentamento são esforços cognitivos ou comportamentais utilizados para manejo do estresse. O presente estudo buscou identificar e descrever as estratégias utilizadas por pais no contexto de hospitalização dos filhos com doenças agudas. Foi utilizado um delineamento qualitativo, descritivo e exploratório, em que foi utilizada uma entrevista semiestruturada que abordou as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pais durante a hospitalização. Trinta e oito participantes, em sua maioria mães, com média de idade de 27,81 (DP = 8,95) compuseram a amostra. As estratégias relatadas foram similares às descritas pela literatura. As mães destacaram o uso da rede de apoio, os recursos do hospital, o diálogo, a regulação das emoções e o uso de tecnologias como estratégias positivas para lidar com a hospitalização.

Palavras-Chave: Estratégias de enfrentamento, Pediatria, Psicologia Positiva

Abstract

Coping strategies are cognitive and behavior efforts used to stress management. This study aimed to identify and to describe strategies used by parents with hospitalized children with acute health conditions. A qualitative, exploratory and descriptive design was used. A semi structured interview was applied, which approached coping strategies during the hospitalization. Thirty eight participants, most mothers, with mean age 27,81 (SD = 8,95) composed sample. Mothers highlighted social support, hospital resources, dialogue, emotional regulation and use of technologies as positive strategies to deal with hospitalization.

Key Words: Coping Strategies, Pediatric, Positive Psychology

## Introdução

Apesar da internação hospitalar de uma criança ser um momento difícil para as famílias, sabe-se que elas mostram recursos para o enfrentamento da situação (Calvetti, Muller, & Nunes, 2007; Martins & Paduan, 2010; Miller, Sherman, & Christensen, 2010). Neste estudo é adotada a perspectiva da Psicologia Positiva, tendo em vista as contribuições teóricas e empíricas desta para a tendência de estudos em Psicologia da Saúde (Calvetti, Muller, & Nunes, 2007). Um desses focos são as intervenções que visem a promoção de saúde e estudo de fatores de proteção (Calvetti, Muller, & Nunes, 2007; Remor, 1999).

Quanto ao tema do enfrentamento do estresse, entende-se que existe uma variedade de estratégias que podem ser utilizadas. Estratégias de *coping* são esforços cognitivos e comportamentais utilizados pelas pessoas para lidar com demanda internas ou externas avaliadas como estando sobrecarregando seus recursos pessoais e que surgem em situações de estresse (Folkman & Moskowitz, 2003; Lazarus & Folkman, 1984). As estratégias são agrupadas nas categorias com foco no problema e com foco na emoção. A primeira tem como função atuar sobre o que deu início ao problema causador de estresse, enquanto a segunda tenta adequar a resposta emocional ao estressor (Lazarus & Folkman, 1984). As estratégias de enfrentamento, na perspectiva desses autores, seguem o modelo chamado transacional. Trata-se de uma interação entre o indivíduo e o ambiente em que a pessoa vai mudando o comportamento conforme as demandas que surgem. O sujeito avalia a situação e os recursos que percebe que dispõe para lidar com o fator estressor (Antoniuzzi, Dell’Aglío, & Bandeira, 1998; Lazarus & Folkman, 1984; Ribeiro, Pompeo, Pinto, & Ribeiro, 2015).

A tendência em relação a utilizar uma estratégia com foco no problema ou na emoção está diretamente relacionada com a avaliação que o indivíduo faz da situação. Dessa forma, percebe-se que quando a situação é avaliada como modificável há tendência de se utilizar estratégias com foco no problema. Já quando a situação é entendida como não modificável, tende-se a utilizar mais estratégias focadas na emoção. Essa avaliação se dá em dois processos: num primeiro, classificada como avaliação primária, o indivíduo passa por um processo cognitivo em que afere o risco da situação de estresse e num segundo momento, na avaliação secundária, o indivíduo afere os recursos disponíveis para lidar com o evento estressor (Costa Junior, 2003; Lazarus & Folkman, 1984).

Em relação à eficácia das estratégias de enfrentamento, Carver e Scheier (1994)

apontam algumas diferenças entre o tipo focado no problema e focado na emoção. O primeiro poderia ser mais efetivo por diminuir a tensão emocional. Porém, destacam que em geral ambos os tipos são usados em conjunto. Compas (1987) reforça essa ideia ao indicar que os dois tipos são importantes e que a eficácia está mais relacionada a flexibilidade e mudança, de modo que diferentes e novos estressores requerem diferentes formas de *coping*, visto que uma estratégia não é eficaz para todos os tipos de situações estressantes e que o resultado da utilização dessas estratégias pode mudar com o passar do tempo.

Conforme as contribuições dos autores, a definição adotada neste estudo entende que as estratégias não podem ser consideradas *a priori* como boas ou más, adaptativas ou não. É necessário, antes de mais nada, considerar a natureza do estressor, os recursos que o indivíduo dispõe e o resultado que deriva disso (Folkman, Lazarus, Dunkell-Schetter, DeLongis & Gruen, 1986; Lazarus & Folkman, 1984; Ribeiro et al., 2015). A eficácia é mais bem observada na capacidade que o indivíduo tem de alterar as estratégias conforme as demandas da situação, já que uma estratégia não necessariamente será eficiente para todos os tipos de estresse (Compas, 1987; Pereira & Branco, 2016). Dessa forma, justifica-se uma avaliação contextualizada, dinâmica e qualitativa da situação. Assim, alguns autores recomendam que abordagens qualitativas com uso de entrevistas ainda sejam a forma mais adequada para avaliação deste construto, uma vez que possibilita conhecer as particularidades na maneira de recordar e relatar como a pessoa lida em situações estressoras (Antoniazzi et al., 1998; Pereira & Branco, 2016).

Ao revisar estudos nacionais e internacionais sobre o enfrentamento de pais durante a hospitalização de crianças, observa-se a variedade de enfoques dados ao tema em termos de delineamentos, tipos de doenças e/ou procedimentos médicos e contextos das famílias. Desse modo, denota-se a complexidade do fenômeno, uma vez que existem diferentes combinações dos fatores que influenciam o melhor enfrentamento da situação. No entanto, as pesquisas apontam para a importância de dar suporte adequado às famílias neste momento para auxiliá-las na readaptação posterior ao evento estressor.

Salgado e colaboradores (2011) realizaram pesquisa qualitativa com entrevistas semiestruturadas e observações para analisar a vivência de famílias de crianças submetidas a cirurgias cardíacas e identificar os recursos de enfrentamento utilizados. O medo da morte da criança e a impotência dos pais foram bastante relatados, sendo que as mães se mostraram mais fragilizadas nesse processo. A hospitalização da criança

demonstrou-se como um evento bastante estressor para as famílias, as quais relataram a importância da comunicação efetiva com a equipe de saúde para o enfrentamento da situação.

Apointa-se a necessidade do uso de estratégias de enfrentamento dos pais adequadas ao contexto, as quais se mostram bastante relacionadas com o atendimento recebido pelos profissionais de saúde. Na Argentina, o bem-estar psicológico e estratégias de enfrentamento de pais com filhos com deficiência intelectual foram investigados em amostra de 30 pais em hospital no norte do país através do uso de questionários (Zapata, Bastida, Quiroga, Charra, & Leiva, 2013). Foram relatados baixos níveis de bem-estar psicológico e poucas estratégias de enfrentamento consideradas adaptativas, os quais podem estar relacionados a variáveis contextuais e de personalidade dos pais.

Nabors et al. (2013) avaliaram a relação entre estado de ansiedade dos pais, funcionamento e acurácia da família para identificar estratégias positivas e negativas de *coping* no cuidado de crianças com doenças crônicas. Os resultados apontaram que o funcionamento da família mediou as dificuldades enfrentadas e os níveis de ansiedade dos cuidadores. Esses relataram que o apoio dos demais familiares incrementaram suas estratégias de enfrentamento, bem como que a falta de informação a respeito do diagnóstico e dos procedimentos médicos aumentaram seus níveis de ansiedade. Os autores sugerem intervenções em grupo com os pais para dar suporte psicológico a eles durante a internação das crianças.

Um estudo experimental realizado com pais de crianças com diabetes utilizou *role play* para manejo de conflitos, prática de novas estratégias e treino de comunicação (Sabmann et al., 2012). Foi avaliada a eficácia da intervenção para redução de estresse e promoção de relações positivas na família, a qual mostrou boas evidências.

Na Austrália, estudo longitudinal investigou respostas de *coping* de pais com filhos com tumores embrionários cerebrais (Palmer et al., 2011). Os participantes responderam a um inventário sobre *coping* no momento do recebimento do diagnóstico e um ano depois. No momento do diagnóstico a busca por orientação e a descarga emocional foram as respostas mais observadas, especialmente entre os pais mais jovens. A longo prazo, os participantes relataram estarem mais satisfeitos conforme a comunicação com os profissionais de saúde fosse aberta e clara e quando eles tinham oportunidade para perguntar dúvidas e expressar sentimentos.

Estudo realizado em hospital na Filadélfia nos Estados Unidos descreveu as

estratégias de *coping* usadas por pais e crianças que sofreram traumas ou acidentes. Foram entrevistadas 10 díades de pais-filhos e realizadas análises temáticas (Marsac, Mirman, Kohser, & Kassam-Adams, 2011). Foi verificado que os pais não percebem todas as estratégias que as crianças utilizam e apresentam estratégias limitadas, o que sugere a importância de programas que os ensinem a desenvolver recursos de enfrentamento adequados.

Conforme as contribuições dos estudos e a justificativa teórica, o presente estudo com abordagem qualitativa e quantitativa possui como objetivo identificar e descrever as principais estratégias de enfrentamento utilizadas por pais de crianças no contexto hospitalar. Serão enfocadas as estratégias que forem consideradas como mais favoráveis e adaptativas a essa situação pelos próprios participantes, seguindo o modelo de avaliação contextualizada e qualitativa do *coping* (Antoniazzi, Dell’Aglia, & Bandeira, 1998; Lazarus & Folkman, 1984).

## Método

### Participantes

O tamanho da amostra não foi estimado antes da coleta de dados, pois foi utilizado o critério de saturação (Minayo, 2013). Este diz que após sucessivas repetições do mesmo tema, não surgirão mais conteúdos novos. Ao chegar a este ponto o pesquisador pode interromper a coleta. Como critérios de exclusão foram utilizados o controle de variáveis que pudessem influenciar os temas trazidos pelos pais, tais como crianças com doenças graves (câncer, doenças neurológicas, síndromes genéticas, cardiopatias e doenças crônicas) e tempo de internação superior a um mês, pois são questões relacionadas a aumento do estresse (Delvan et al., 2009; Marsac et al., 2011; Panceri et al., 2013).

Assim, chegou-se ao total de 38 participantes. A maioria (n = 36) eram mães, uma era avó e um era pai. Grande parte era casada ou vivia com companheiro (n = 36), com idades variando entre 16 a 57 anos (M = 27,81; DP = 8,95). Quanto ao nível de escolaridade, a maior parte tem Ensino Fundamental Incompleto (41%). Quanto à situação de trabalho, a maioria respondeu não trabalhar (64,1%). Todas participantes afirmaram acreditar em Deus. Todas referiram ter o vínculo, de bom a ótimo, com a criança.

Com relação às crianças, a idade variou de 11 dias a 10 anos (M = 2,80; DP = 3,20). Os principais motivos de internação delas foram doenças relacionadas ao aparelho respiratório (n = 14), investigação diagnóstica (n = 7) e meningite (n = 3).

## Instrumentos

Foi utilizada uma ficha de dados sociodemográficos que continha informações como sexo, idade, situação de trabalho, religião, tipo de moradia do familiar e dados da criança. A entrevista semiestruturada (NEPP, 2016a) usada tem como propósito identificar estressores e estratégias utilizadas dos pais durante a hospitalização de seus filhos. Para este estudo foram consideradas as questões referentes às estratégias utilizadas para lidar com as dificuldades. Foi realizado, primeiramente, um estudo piloto com quatro pais para verificar a pertinência e adequação das questões da entrevista semiestruturada. Alguns detalhes como o tempo verbal das perguntas (perguntar tanto no presente, como no passado como na forma condicional) e a abrangência de uma questão (experiência de hospitalizações anteriores) foram ajustados. Após esta etapa e a verificação dessas mudanças nas questões e na condução das entrevistas, o estudo foi implementado.

## Procedimentos e Considerações Éticas

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de ética do Hospital Escola da UFPEL e pelo Comitê de ética da Faculdade de Medicina da UFPEL, sob o número 1.973.322. A coleta de dados foi realizada individualmente com as participantes pela psicóloga responsável pela Pediatria do Hospital em que foi realizada a pesquisa e por alunas da graduação em Psicologia previamente treinadas. Aquelas pessoas que se encaixavam nos critérios do estudo foram convidadas a participar do estudo. Foram explicados os objetivos, procedimentos, a garantia de sigilo e voluntariedade da pesquisa. As participantes que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), bem como os responsáveis pelas participantes menores de 18 anos. Essas também assinaram o Termo de Assentimento concordando em participar do estudo.

As entrevistas foram conduzidas nas enfermarias do hospital, com duração aproximada de 30 minutos. As falas das participantes foram gravadas e posteriormente transcritas.

## Análise dos Dados

Primeiramente, foi feito levantamento dos dados demográficos das participantes. Após as transcrições das entrevistas foi realizada análise qualitativa de conteúdo (Bardin, 1977; Laville & Dionne, 1999; Moraes, 1999). Tal procedimento foi feito pela equipe de pesquisa, em que as falas das participantes resultaram em categorias emergentes dos dados. As categorias foram classificadas separadamente manualmente

por três membros da equipe, recorrendo-se a um quarto colega em caso de discordância. Foram agrupados os conteúdos recorrentes e apontados como relevantes pelas participantes para formar as categorias. As informações foram preparadas, transformadas em unidades, considerando os temas relevantes e repetidos. As unidades foram transformadas em categorias e subcategorias. No que diz respeito à interpretação dos dados a equipe de pesquisa fez inferências sobre as informações, o que revela que a análise de conteúdo é singular e não esgota todas as possibilidades de análise dos temas (Moraes, 1999). Além disso, foi feita a contagem de frequência das categorias e subcategorias.

### Resultados

Houve seis mães que não relataram dificuldades ou estressores no momento da entrevista. Portanto, não souberam dizer que estratégias usam ou usariam para lidar com a situação estressora hipotética.

Com relação aos resultados das demais participantes (N = 32), a seguir estão descritas as categorias e respectivas subcategorias sobre as estratégias utilizadas para lidar com os estressores vividos no hospital. A Tabela 2 apresenta o número de vezes em que a categoria foi reportada por participantes diferentes e o número de vezes que as categorias foram mencionadas no total.

*Tabela 2. Frequências das Categorias e Subcategorias das Estratégias*

	Nº de participantes	Nº vezes que a categoria foi citada
	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)
Uso da rede de apoio <sup>a</sup>	9 (28,1)	13 (40,6)
Pedido de ajuda	1 (3,1)	1 (3,1)
Revezar cuidados no hospital	5 (15,6)	7 (21,9)
Apoio a outras mães	2(6,2)	4(12,5)
Receber visita	1(3,1)	1(3,1)
Apoio emocional <sup>a</sup>	3 (9,4)	5 (15,6)
Recursos do hospital <sup>a</sup>	10 (31,2)	13 (40,6)
Hospitalizar acriança	7(21,9)	7(21,9)
Confiar no tratamento	6(18,7)	6(18,7)

Buscar recursos <sup>a</sup>	5(15,6)	8 (25)
Profissionais específicos	5(15,6)	4(12,5)
Diagnóstico correto	2(6,2)	2(6,2)
Direitos	1(3,1)	1(3,1)
Utilização do diálogo <sup>a</sup>	5(15,6)	9(28,1)
Regulação cognitiva <sup>a</sup>	7(21,9)	9(28,1)
Não pensar	3(9,4)	3(9,4)
Pensar que não é grave	1(3,1)	1(3,1)
Ter paciência	2(6,2)	2(6,2)
Pensar positivo	2(6,2)	2(6,2)
Regulação das emoções <sup>a</sup>	5 (15,6)	11 (35,2)
Tentar se acalmar	4(12,5)	4(12,5)
Chorar	4(12,5)	4(12,5)
Usar medicação	1(3,1)	1(3,1)
Respirar	1(3,1)	1(3,1)
Formas de distração <sup>a</sup>	2 (6,2)	2 (6,2)
Uso de espiritualidade <sup>a</sup>	4(12,5)	6 (18,7)
Fazer oração	2(6,2)	2(6,2)
Pensamentos de fé	3(9,3)	4(12,5)
Uso de tecnologias <sup>a</sup>	4(12,5)	7 (21,9)
Chamadas de vídeo	1(3,1)	1(3,1)
Televisão e internet	3(9,4)	3(9,4)
Telefone	2(6,2)	3(9,4)
Mudança de cidade <sup>a</sup>	1 (3,1)	1 (3,1)
Cuidados de higiene <sup>a</sup>	2 (6,2)	4 (12,5)
Resignação <sup>a</sup>	2 (6,2)	3 (9,4)
Se virar sozinha <sup>a</sup>	1 (3,1)	1 (3,1)
Comparação social <sup>a</sup>	1 (3,1)	2 (6,2)

---

Nota: O símbolo <sup>a</sup> indica as categorias. As respectivas subcategorias seguem abaixo de cada categoria.

A seguir estão apresentadas a descrição de cada categoria e respectivas subcategorias. Após a descrição foram transcritas vinhetas que exemplificam as categorias com a identificação da participante que a falou (P e número da participante).

**1. Rede de Apoio:** Estratégia que utiliza o apoio e a ajuda de familiares, amigos, vizinhos como principal forma de enfrentamento da doença e hospitalização.

Pedido de ajuda com coisas práticas: Estratégia em que se utiliza a ajuda de outras pessoas para resolver situações do dia-a-dia

*“Sempre vem alguém de lá de onde eu moro, vem. Hoje mesmo veio o meu sogro, amanhã vem outra pessoa. Tenho um primo que mora aqui também em Pelotas. Me ajuda também, às vezes ele leva pra lá, traz. Porque eu não moro aqui, mas sempre tem um que vem e aí leva o que tem que levar (...) Eu que não moro aqui, mas tem pessoas na volta que tem quem me ajude.”(P1)*

Revezar os cuidados no hospital: Estratégia em que se conta com o apoio e a ajuda de outras pessoas para dividir os cuidados da criança que está hospitalizada.

*“Mas aqui é mais fácil. Tem alguém pra ajudar, pra dar uma olhadinha pra comer alguma coisa, pra ti ir em casa tomar um banho, pegar uma roupa, lavar uma roupa, aí é mais fácil. Mas aqui vai indo.” (P6)*

Pedido de apoio a outras mães da enfermaria: Estratégia de obter ajuda e apoio das outras mães que estão com os filhos hospitalizados, de modo a obterem apoio mútuo em relação ao enfrentamento da internação.

*“Mas, graças a Deus, não tenho o que reclamar nesse sentido, essas são as melhores pessoas do mundo pra mim. E teve uma mãe que tentou me ajudar, “tem uma bolacha, tem leite do meu guri, quer pro teu?”. Então tem coisas assim, tem pessoas que se preocuparam com o meu filho, então isso me agrada de ver que as pessoas se preocupam com o meu filho também. Não sou só eu que me preocupo...” (P20)*

Receber visita dos familiares: Receber a visita de familiares serve como estratégia para enfrentar a hospitalização.

*“Sim, e eu converso com eles, meu marido me liga, bota eles no telefone, então a gente conversa. Hoje mesmo daqui a pouco eles vêm, eles já traz as criança pra vim ver ele.”(P2)*

**2. Apoio emocional:** Receber suporte emocional da própria criança ou de outras pessoas, como “dar força”, receber abraços, demonstrações de afeto.

*“Ela me passou força e eu também passei força pra ela (risos)... muito.” (P16)*

**3. Utilização dos recursos do hospital:** Estratégias relacionadas a utilizar os recursos do hospital.

Hospitalizar a criança: Hospitalizar a criança serve como uma estratégia para lidar com o adoecimento.

*“... e ele tem que ficar aqui pra ficar bom. Não adianta ficar mal em casa, né?” (P10)*

Confiar no tratamento médico: Hospitalizar a criança e confiar no atendimento e tratamento passados na instituição serve como estratégia para lidar com o adoecimento da criança.

*“O tratamento ta bem, eles vêm toda hora acompanhar, de hora em hora, dando uma sequência, né. Então ta tranquilo.”(P2)*

**4. Buscar Recursos:** Buscar diferentes recursos para lidar com o adoecimento da criança

Atendimento de profissionais específicos: Buscar o atendimento de profissionais específicos, considerando a natureza do adoecimento da criança

*“Vou procurar a Fisio, né. A fisio e tentar alimentar ela.” (P5)*

Buscar diagnóstico correto: Buscar o diagnóstico correto da criança serve como estratégia para enfrentar o adoecimento

*“To... Tamo tentando descobrir o que que é, eu e os médico... E ter paciência (sorriso)” (P8)*

Buscar direitos: Buscar recursos judiciais serve como estratégia para lidar com o adoecimento da criança

*“Fiz uma denuncia com o Ministério Público. Tive que recorrer a vários meios pra ele poder fazer essa internação pra própria recuperação dele, que o quadro exige que a criança fique tranquila.” (P4)*

**5. Utilização do diálogo:** Essa categoria diz respeito ao entendimento de que conversas podem auxiliar no encaminhamento de conflitos que possam ocorrer no ambiente hospitalar.

*“Conversar com as pessoas para tentar melhorar e que a gente possa achar um meio termo né... Porque eu acho que a conversa é a base de tudo.” (P9)*

**6. Regulação cognitiva:** Esta categoria abrange comportamentos que servem para regular os pensamentos em relação ao adoecimento e hospitalização.

Não pensar: Não pensar sobre a doença e a hospitalização

*“É não pensar... É distrair a cabeça com qualquer coisa, tu não pensa.”(P2)*

Pensar que não é tão grave: Avaliar que o adoecimento não é grave serve como estratégia para lidar com o adoecimento

*“Ué pensar que não é o que eles (médicos) acham que é, uma doença auto- imune.” (P8)*

Ter paciência: Esperar o tempo necessário para que o tratamento faça efeito nas

doenças das crianças.

*“Eu acho que não, porque aqui dentro do hospital acho que não tem uma opção de... as vezes tem criança que chora, a gente tem que ter paciência. Por exemplo ele poderia ta chorando também, poderia ta incomodando os outros entendeu, então acho não tem uma opção eu acho aqui no hospital não tem.” (P12)*

Pensar positivo: Ter uma expectativa positiva de que o adoecimento vá ter um desfecho favorável.

*“...tu sabe que vai dar tudo certo, vamo pensar positivo filha, porque quem tem pai não precisa de padrasto filha, eu sempre eu tenho isso comigo, e vamo pensar positivo.”(P17)*

**7. Regulação das emoções:** Categoria que diz respeito a comportamentos para regular as emoções negativas associadas à experiência do adoecimento e hospitalização.

Tentar se acalmar: Comportamentos para tentar reduzir a ansiedade experimentada durante a hospitalização.

*“Olha tenho tentado me acalmar aos poucos, mas não consigo muito... toda hora tenho crise.” (P7)*

Chorar: Comportamento de choro para o alívio de emoções negativas relacionadas ao adoecimento e hospitalização.

*“Olha... eu te digo que eu já passei por outras coisas assim então... já... não sei ... eu só seu que eu consigo me equilibrar emocionalmente assim neh, choro muito eu sou muito chorona e dizem que o choro alivia neh, então e acredito que os meus cho... então... (riso) chego a passar a noite chorando, se eu ver alguém chorando eu já to chorando junto neh. Acho que isso aí faz aliviar o estresse, aliviar a emoção, as emoções contidas (riso).” (P11)*

Usar medicação: Usar medicação com o fim de redução de sintomas de ansiedade.

*“...tentar tomar um remedinho uma coisa sei lá tentar se acalmar, não tem outra opção.” (P12)*

Respirar: Comportamentos de respiração que favoreçam a redução de sintomas de ansiedade.

*“...eu sei que o meu nervosismo a minha angústia não vai ajudar aquilo ali, aquele problema a se resolver, mas aí tipo eu fico pensando, aí eu tento respirar.” (P11)*

**8. Formas de distração:** Categoria que diz respeito a estratégias focadas em distração relacionadas a atividades de lazer e brincadeira.

*“É eu tento me distrair tipo, brincar com ele, aí tipo cada...eu faço muito fisioterapia*

*com ele, aí tipo fico...é...brincando com ele no celular, eu me distraio muito no celular também porque querendo ou não hoje em dia a internet tu, tu não precisa sair de casa pra saber do mundo neh, e assistindo TV, é assim que eu me distraio.” (P11)*

**9. Espiritualidade:** Categoria que abrange comportamentos relacionados a espiritualidade.

Fazer oração: Prática de oração.

*“Olha, muito oração. Porque olha, eu nem sei, às vezes eu penso que eu nem vou conseguir aguentar porque.” (P6)*

Pensamentos de fé: usar de crenças vinculadas a religiosidade para o adoecimento ter uma resolução benéfica

*“Funciona a gente tendo fé acima de tudo, a gente tem que ter fé e acreditar que vai melhorar um dia após o outro, a gente tem que se agarrar em Deus porque eu já passei com ela bebezinho também, ela nasceu prematura de oito meses, a gente tem que se agarrar em Deus e acreditar que vai acontecer não adianta a gente tem que passar por isso vamo lá, vamo enfrentar. A gente tem que ter fé.” (P16)*

**10. Uso de tecnologias:** Uso de diferentes tecnologias como forma de distração focadas em atividades de lazer e entretenimento.

Chamadas de vídeos: Fazer ligações com o uso de vídeo com pessoas próximas para distrair-se do ambiente hospitalar e questões relacionadas ao adoecimento.

*“Eu até ajuda porque eu ajudo ele no caso ele fica com o celularzinho dele, do meu marido ligado e no caso eu fico ajudando até ele a fazer as tarefas do colégio. Então de um jeito ou de outro to presente ali com ele neh.” (P11)*

Televisão e Internet: Assistir à televisão e navegar na internet como forma de distração do ambiente hospitalar e adoecimento.

*“... hoje em dia a internet tu, tu não precisa sair de casa pra saber do mundo neh, e assistindo TV, é assim que eu me distraio.” (P11)*

Telefone: Conversar ao telefone como forma de distração ao ambiente hospitalar e adoecimento.

*“A gente tem que aprender a relevar né? Sim, e eu converso com eles, meu marido me liga, bota eles no telefone, então a gente conversa.” (P2)*

**11. Mudança de cidade:** Mudar-se para uma cidade maior com mais recursos na rede de saúde para conseguir melhor atendimento para a criança.

*“A gente tá até pensando em mudar pra cá até pra, pra ajudar no caso na... porque lá eu já vi que se eu precisar eu não vou ter ajuda do... de médicos (...)” (P11)*

**12. Cuidados de higiene:** Fazer comportamentos relacionados a bons hábitos de higiene com intuito de prevenir agravos do adoecimento da criança.

*“E eu acho que a gente tem que fazer a parte da gente também né, saber que tem que manter dentro do quarto, que não pode sair para a rua, se manter o máximo possível aqui dentro, ter todos os cuidados necessários na hora de entrar e sair isso eu acho que é muito importante.” (P1)*

**13. Resignação:** Comportamento de não fazer nada em relação ao processo de adoecimento e hospitalização com o intuito de “esperar” que o problema se dissolva.

*“Eu não sei, eu acho que sim porque o que que eu posso fazer pra ajudar? Eu não posso dar um remédio porque eu sei que não tem remédio para falta de ar, então eu prefiro ta com ele aqui do que ta em casa né... com ele assim.”(P7)*

**14. Se virar sozinha:** Comportamento de resolver os problemas de forma sozinha conforme o próprio repertório comportamental.

*“Me virando sozinha mesmo. Voltar eu sei que um dia nós vamos voltar. Porque ela mais vive no hospital.” (P5)*

**15. Comparação Social:** Comportamento de comparar o estado de saúde de seu filho com outras crianças hospitalizadas.

*“Eu vejo que o meu filho tá bem, eu enxergo as outras crianças. Eu vejo que as crianças têm problemas respiratórios, mas nesse quarto aqui tudo tem problema respiratório. E eu olhando meu filho assim eu vejo, me deixa mais fortalecida ver que meu filho até hoje não pegou nada, sabe... Ver que não aconteceu nada até hoje”(P20)*

## Discussão

Neste estudo as estratégias relatadas pelas participantes foram similares às reportadas em estudos nacionais e internacionais sobre o tema, como o foco no problema através do diálogo, o uso de espiritualidade, regular as emoções, distrações cognitivas (Palmer et al., 2011; Marsac et al., 2011; Salvador et al., 2015; Tremolada et al., 2011). Foram descritas e observadas várias categorias. No entanto, as categorias rede de apoio e utilização dos recursos do hospital foram as duas citadas com maior frequência e foram relatadas pelas participantes como importantes.

Sobre a categoria rede de apoio foi destacado o seu papel positivo em diversos aspectos, tais como o auxílio em tarefas práticas, a organização do revezamento de cuidados, ou ainda o apoio percebido na forma de receber visitas. Observou-se ainda que esta estratégia é, majoritariamente, citada como uma das mais relevantes em outras

pesquisas (Nabors et al., 2013; Tarkka, Paunonen, & Laippala, 2000). Tal estratégia demonstra relevância na medida em que, ao se sentir apoiada, a pessoa sente-se mais protegida em situações de crise, o que pode facilitar o seu enfrentamento da hospitalização da criança (Cobb, 1976). Entende-se que o uso do apoio familiar é um recurso importante, pois a hospitalização de crianças pode desorganizar a rotina da casa (Delvan et al., 2009; Martins & Paduan, 2010; Mussa & Malerb, 2008). E poder contar com a família extensa é uma alternativa que se apresenta como viável e confiável, pois a família é vista como uma grande fonte de apoio social e o meio em que, geralmente, iniciam as primeiras relações (Squassoni & Matsukura, 2014).

Ainda sobre o tema de uso de apoio social, deve-se considerar a diferença entre apoio social recebido e percebido. O apoio percebido tem o componente subjetivo de percepção de disponibilidade e satisfação da ajuda recebida (Barrera, 1986). Portanto, o apoio social deve ser contextualizado e compreendido qualitativamente, e não apenas de forma quantitativa (Cohen & Wills, 1985; Langford, Bowsher, Maloney, & Lillis, 1997). Isso porque a percepção do apoio e a qualidade dessas relações também exercem papel importante. Assim, destaca-se levar em conta tal diferenciação ao olhar para os resultados apresentados aqui, uma vez que a não diferenciação do apoio recebido e percebido pode ter influenciado de alguma forma os resultados encontrados. Por outro lado, devido à importância do tema levantada pelas participantes, aponta-se a relevância do fortalecimento do uso da rede de apoio como estratégia positiva para o enfrentamento das famílias no processo de hospitalização e adoecimento das crianças.

Quanto à categoria de uso de recursos do hospital, a segunda mais frequente neste estudo, foram mencionados os temas de confiar no tratamento médico e hospitalizar a criança que foram considerados como positivos para a experiência da hospitalização. As participantes, ao falarem sobre o estado de saúde dos filhos, relataram a importância de estarem capacitados sobre a doença para ajudar melhor as crianças na hospitalização. Também valorizaram orientações por parte dos profissionais de saúde para as crianças (Tremolada et al., 2011). Nesse âmbito, alguns inclusive reafirmavam seu papel ativo no tratamento do filho, contando com detalhes os procedimentos realizados e como ajudam na reabilitação. Por outro lado, outros se mostravam menos ativos, deixando sobre os profissionais todo o manejo do tratamento. Além disso, pode-se observar a percepção de melhora da criança como importante aliado na amenização de sentimentos aversivos ao hospital.

A categoria utilização do diálogo foi a terceira com maior frequência. A

comunicação efetiva com a equipe de saúde durante a situação de hospitalização da criança foi relatada como uma estratégia eficaz no enfrentamento desse evento bastante estressor para as famílias. A literatura aponta que o medo da morte da criança, a sensação de impotência, as dificuldades na comunicação com os profissionais são questões que fragilizam os pais (Salgado e colaboradores, 2011; Tehrani, Haghghi, & Bazmamoun, 2012). Ainda a falta de informação a respeito do diagnóstico e dos procedimentos aumentam os níveis de ansiedade dos familiares (Nabors et al., 2013). Por outro lado, conforme a comunicação com os profissionais da saúde é mais aberta e clara, em que os pais tenham a oportunidade de demonstrar seus sentimentos e expressar suas dúvidas, maior satisfação com os cuidados recebidos é demonstrada por eles (Palmer et al., 2011). Assim, aponta-se neste estudo a relevância de os profissionais de saúde desenvolverem uma comunicação clara e envolver os pais em relação ao curso da doença e procedimentos realizados durante a hospitalização, a fim de que esses possam responsabilizarem-se, também, pelo cuidado com a criança, assim como amenizar a ansiedade neste período.

Além disso, deve-se ponderar que as dificuldades na comunicação, o medo da morte da criança, a expressão dos sentimentos são questões mais significativas entre mães, mais jovens e de níveis socioeconômicos mais baixos (Tehrani et al., 2012). Tais características vão ao encontro da amostra estudada no presente trabalho, o que reforça a importância de os profissionais de saúde atentarem para a necessidade de utilizar uma comunicação aberta e clara com essa população atendida nos hospitais.

No mesmo sentido, a categoria regulação das emoções foi a quarta mais frequente. Esta categoria é interessante de ter sido reportada, pois em situações de estresse a modulação dos afetos pode ajudar a lidar com os sentimentos que os estressores eliciam (Teasdale, Segal, Williams, Ridgeway, Soulsby, & Lau, 2000). Nesse sentido, as participantes demonstram o uso de um recurso positivo para este momento. No entanto, é importante que esta estratégia possa ser alternada com outras para o melhor desfecho de enfrentamento do estresse. Isso porque, o uso deste tipo de estratégia está associado à crença de que o estressor é imutável e o seu uso exclusivo e persistente pode manter os níveis de estresse altos, ao invés de regulá-los (Lazarus & Folkman, 1984).

A estratégia de uso de tecnologias foi a quinta categoria mais citada. Ela foi percebida pelas mães como favorecedora do enfrentamento da hospitalização. Contudo, ainda é pouco relatada na literatura. Os estudos abordam o uso da tecnologia enquanto

intervenção para o enfrentamento, e não propriamente como uma estratégia utilizada como parte do repertório comportamental dos participantes (Barros & Greffin, 2017; Oliveira, Enumo, & Paula, 2017). No entanto, sabe-se que utilizar dispositivos eletrônicos como meio de distração ou entretenimento é uma prática comum, porém ainda pouco explorada para o favorecimento de pacientes e familiares hospitalizados. Além disso, deve-se considerar que a pessoa que passa pelo evento estressor tem condições de dizer o que a favorece ou não neste momento (Carver & Scheier, 1994; Compas, 1987), sendo importante explorar os aspectos positivos do uso das tecnologias no ambiente hospitalar.

Com relação às demais categorias encontradas, pode-se observar que vão ao encontro do que outros estudos têm relatado (Palmer et al., 2011; Marsac et al., 2011; Salvador et al., 2015; Tremolada et al., 2011). Quanto aos temas delas e conforme o conceito de enfrentamento adotado no presente trabalho (Lazarus & Folkman, 1984), pode-se entender que as estratégias com foco no problema e com foco na emoção surgiram neste estudo. Dentre as estratégias mencionadas com foco no problema podemos citar a importância da rede de apoio, a utilização de recursos do hospital, a busca por recursos externos ao hospital, o foco na resolução do problema através do diálogo, o uso de tecnologias, a intenção de se mudar de cidade, os cuidados com a higiene e a estratégia de se virar sozinha. Enquanto as estratégias com foco na emoção relatadas foram o apoio emocional recebido da criança e de familiares, a regulação de pensamentos/distração cognitiva, a regulação das emoções e a utilização de formas de distração.

Por fim, assim como no estudo de Marsac et al. (2011), foi verificado que as participantes não percebem todas as estratégias que utilizam. Durante as entrevistas, por vezes era perceptível que elas focavam em um único aspecto da hospitalização e norteavam suas respostas apenas por ela, ainda que lhe fosse pedido para retomar e falar sobre os outros aspectos citados primeiramente. Com alguns participantes também aconteceram falas significativas de estratégias utilizadas após o fim da entrevista e desligamento do gravador. Ou ainda, nos dias subsequentes à coleta de dados, as mães continuavam falando do tema da entrevista trazendo novos conteúdos. Tal fato pode estar relacionado a demandas inerentes ao processo de adoecimento e hospitalização das crianças que puderam ser encaminhadas de alguma forma durante as entrevistas, ainda que essas tivessem caráter exploratório de pesquisa. Algumas participantes podem ter tomado esse espaço como um momento de acolhimento e reflexão para as vivências

daquele momento. Portanto, denota-se a importância de intervenções sistemáticas que abordem os estressores e estratégias utilizadas por familiares de crianças hospitalizadas durante esta situação.

#### Considerações Finais

Este estudo teve como objetivo identificar e descrever as principais estratégias de enfrentamento utilizadas por pais no contexto de hospitalização dos filhos com doenças agudas. As estratégias relatadas foram similares às descritas pela literatura. Houve ênfase no benefício do uso da rede de apoio e das tecnologias durante a internação.

As dificuldades em implementar a pesquisa no ambiente hospitalar foram: a rotatividade dos pacientes, os diferentes tempos de internações, dificuldades quanto à espaço físico para realização das entrevistas, à semelhança dos empecilhos relatados em outros estudos (Adami, Salzano, Castro, & Stefanelli, 1996; Leite & Vila, 2005). Além destas limitações, encontrou-se dificuldade de acessar os acompanhantes devido à própria rotina hospitalar. Muitas pessoas convidadas a participar eram as únicas acompanhantes das crianças, e devido a procedimentos diversos (como exames, banhos, ou outra rotina da instituição), ficavam impossibilitados de interromperem tais atividades para responder às entrevistas, apesar dos esforços da equipe de pesquisa em retornar em diferentes momentos para fazer as coletas dedados.

Quanto às limitações do estudo, destaca-se que o uso da entrevista com questões abertas pode fazer com que o participante selecione apenas um tema de sua escolha dentro da pergunta, podendo restringir os resultados (Kaplan, Sadock, & Grebb, 1997). Tal fato foi constatado durante as coletas, o que pode ter gerado algum tipo de viés nos dados. Por outro lado, a relevância do tema e a forma de abordá-lo foi feita pela participante conforme a sua perspectiva, o que vai ao encontro do preceito de respeitar as características das pessoas que compuseram a amostra, conforme essas se apresentaram (Elliot, Fischer, & Rennie, 1999). Contudo, cabe ao pesquisador a escolha da análise de dados utilizada e a melhor aproximação do fenômeno estudado (Fontanella, Campos, & Turatto, 2006).

Sugere-se que novos estudos continuem investigando os estressores e estratégias positivas utilizadas pelos familiares de crianças hospitalizadas. Aponta-se novamente a importância de estudos que enfatizem o empoderamento e fortalecimento das famílias durante este momento, e não apenas o foco nas dificuldades por que passam (Campbell, DiLorenzo, Atkinson, & Riddell, 2017; Snyder & Lopez, 2002).

## CAPÍTULO III

### Psicologia Positiva no Hospital: Intervenção para familiares de crianças com condições agudas de saúde

Considerando os temas abordados nos estudos no capítulo anterior, a necessidade de intervenções psicológicas bem embasadas para a prática psicológica no hospital no caso de doenças agudas e os indicadores das intervenções em Psicologia Positiva, esta tese apresenta a proposta de construir uma intervenção positiva para o referido contexto. Assim, este capítulo apresenta primeiramente a construção e fundamentação teórica da proposta de intervenção positiva para pais de crianças hospitalizadas com doenças agudas. Na sequência é descrito o protocolo da intervenção *Em Frente*.

#### A prática do psicólogo da saúde no contexto hospitalar

A prática do psicólogo no ambiente hospitalar abrange diferentes esferas e desafios. O seu objetivo principal é entender e tratar as questões psicológicas em torno da hospitalização e adoecimento (Simonetti, 2016). Tais questões são subjetivas, como os pensamentos e emoções a respeito da causa, tratamento e prognóstico da doença. Além disso, deve-se considerar o impacto do adoecimento na esfera social do paciente, bem como a influência das relações deste com a equipe de saúde. Assim, vê-se uma complexidade de fenômenos e variáveis em conjunto que são alvo da prática do psicólogo. Esta amplitude da definição do trabalho dá margem para diferentes formas de atuação decorrentes de diferentes linhas teóricas observadas nas diversas práticas descritas na literatura (Almeida, 2010; Capitão & Baptista, 2015; Dornelles, MacCallum, Lopes, Piccinini, & Passos, 2016; Viviani, Gorayeb, & Gorayeb, 2015). Nesse sentido, o trabalho do psicólogo pode tornar-se difuso e inespecífico no ambiente hospitalar que necessita, muitas vezes, de ações objetivas e diretas. Assim, para a própria categoria profissional a atuação neste contexto pode tornar-se confusa caso não haja clareza do intuito do trabalho, bem como correspondente linha teórica que embasa as técnicas utilizadas. De fato, a Psicologia apresenta diferentes proposições teóricas que incluem definições de objeto e método distintas, o que dificulta o desenvolvimento claro de um arcabouço teórico e prático da Psicologia da Saúde no hospital (Ribeiro & Dacal, 2015).

Além das várias possibilidades de Psicologias, conforme as orientações de cada profissional, deve-se considerar os diferentes cenários de atuação dentro do ambiente hospitalar. Nele observamos especificidades de pacientes, familiares, condições de saúde e procedimentos médicos. Cabe, portanto, ao psicólogo conhecer esses

pormenores, ter clareza de qual referencial teórico utiliza e adaptar suas técnicas conforme a necessidade para cada situação diferente, visando, em última instância, o bem-estar do paciente e familiares e contribuir com o trabalho da equipe de saúde.

Levando em conta esta diversidade de situações, destaca-se que a intervenção deste material visa ser específica para situações de condições agudas de saúde. Essas ocorrem em caráter episódico, imprevisível e tem o potencial de gerar altos níveis de estresse em pouco tempo. São definidas como situações em que existem manifestações de doenças transmissíveis de curto curso (doenças do aparelho respiratório, dengue) ou doenças infecciosas de curto curso (apendicite), sintomas de quadros infecciosos (diarreia, disenteria) ou traumas (quedas, acidentes) (Mendes, 2012; Organização Mundial da Saúde (OMS), 2003). Devido às características descritas, a intervenção deve visar trabalhar justamente com estes aspectos, auxiliando na promoção do bem-estar e amenizando o possível efeito prejudicial dos estressores presentes.

O direcionamento para condições agudas justifica-se pelo fato de que condições crônicas e graves recebem mais atenção dos pesquisadores e profissionais, em comparação com as condições agudas (Azevedo & Santos, 2011; Fonseca & Marcon, 2009; Mensorio, Kohlsdorf & Costa Júnior, 2009; Primio et al., 2010). Além disso, a autora do material atua como psicóloga na enfermaria de Pediatria de um hospital escola, de atendimento 100% SUS (Sistema Único de Saúde), que tem por característica o atendimento de situações agudas e emergenciais, com tempo médio de internação de 10 dias. Neste local a intervenção foi concebida, implementada e avaliada.

O procedimento foi pensado para ser feito com pais, entendidos como os cuidadores com vínculo afetivo (consanguíneo ou não) das crianças. Na etapa da infância é fundamental a orientação e suporte aos adultos responsáveis, visando o desenvolvimento saudável (Tudge et al., 1999). Além disso, o atendimento a familiares de pacientes, especialmente de crianças, faz parte do papel do psicólogo no contexto hospitalar e merece intervenções específicas direcionadas.

No entanto, salienta-se que profissionais e pesquisadores podem testar a eficácia e utilidade clínica da intervenção com outros pacientes e familiares em situação de condições agudas, como, por exemplo, no caso de pacientes adolescentes ou adultos jovens. Porém, para acompanhantes filhos com pais adultos ou idosos hospitalizados, especialmente em casos de terminalidade, esta intervenção não é indicada. Isso porque nestes últimos casos as questões desenvolvimentais tomam características diferentes de situações agudas de pais jovens com filhos crianças, e há uma inversão das expectativas

e das etapas do ciclo vital (Eizirik & Bassols, 2013; Tudge et al., 1999). As condições crônicas e/ou graves de saúde guardam características diferentes das agudas, pois nas primeiras o doente e família, quando estão cientes do diagnóstico e apresentam alguma adesão ao tratamento, sabem que necessitarão de cuidados constantes e prolongados e que a doença pode trazer agravos e modificar a rotina diária (Azevedo & Santos, 2011; Fonseca & Marcon, 2009; Mensorio, Kohlsdorf & Costa Júnior, 2009). Também, quando o paciente está em cuidados paliativos e o tema da terminalidade está presente no caso, há sobrecarga dos cuidadores e desafios adicionais que não estão contemplados na presente intervenção e precisam ser considerados e trabalhados (Araujo & Leitão, 2012).

Até agora, vimos que o procedimento foi pensado para pais de crianças, para a condição aguda de saúde e preocupado em ser uma intervenção teórica e empiricamente embasada. Para isso, outro aspecto importante de ser ressaltado é que a presente proposta busca ir ao encontro dos princípios da Prática Baseada em Evidências em Psicologia (PBEP).

#### A Prática Baseada em Evidências em Psicologia

A Prática Baseada em Evidências em Psicologia (PBEP) é solidamente reconhecida no cenário internacional como a forma mais adequada de trabalho do psicólogo (*American Psychological Association (APA)*, 2006; Beutler, 1998; Gaudiano, Brown, & Miller, 2011). No Brasil, a PBEP vem ganhando visibilidade e tem sido alvo de interesse crescente (Baptista, 2010; Leonardi & Meyer, 2015; Melnik, Souza & Carvalho, 2014). É uma questão com controvérsias, incompreensões e mitos a respeito de como deve ser feita e avaliada (Melnik, Souza, & Carvalho, 2014). Um exemplo é a necessidade de as intervenções serem manualizadas, o que é importante para a replicação e padronização dos procedimentos (APA, 2006), mas é alvo de críticas, pois protocolos pensados teoricamente não serviriam para questões da realidade cotidiana (Leonardi & Meyer, 2015). Apesar dos entraves, a PEBP vem ganhando reconhecimento e força, pois existe uma lacuna entre a produção de conhecimento e a prática psicológica em diferentes âmbitos (Lilienfeld, 2011), inclusive no hospitalar (Tonetto & Gomes, 2005). Assim, as intervenções em psicologia devem estar embasadas em processos psicológicos e o único meio para se conhecer esses processos é o estudo científico (Kihlstrom, 2006). Isso porque se observam inconsistências na atuação dos profissionais. Em algumas vezes esses podem não ter clareza em quais

teorias estão apoiados, ou usar intervenções sem evidências adequadas e/ou não reconhecidas pelo cenário científico, julgar equivocadamente, possuir experiência em determinada prática, ou ainda basear a escolha por determinada intervenção em critérios altamente subjetivos e/ou questionáveis (APA, 2006; Féres- Carneiro, 1993; Tonetto & Gomes, 2007).

Com o intuito de resolver esta disparidade entre a produção acadêmica científica em Psicologia e a prática profissional, surge a PBEP. Ela é definida como o processo de decisão clínica em que a melhor evidência científica disponível é elegida como tratamento de escolha, considerando as características do caso atendido (APA, 2006). A questão da melhor evidência disponível diz respeito à avaliação de resultados decorrentes de intervenções. Esses dados podem se apresentar de diferentes formas (qualitativa e quantitativamente), bem como suas formas de avaliação e/ou mensuração dependem dos objetivos de cada intervenção. Nesse sentido, a PBEP estabelece critérios do ponto de vista científico e metodológico para elencar quais os melhores resultados advindos das melhores intervenções para cada tipo de caso ou diagnóstico psicológico (APA, 2006).

A *American Psychological Association* recomenda que a prática do psicólogo seja baseada em evidências científicas em que a validade interna e externa das intervenções sejam avaliadas, assim como as características da realidade e da prática sejam consideradas nas questões metodológicas (APA, 2006). Para isso, as intervenções devem conter um objetivo claro e serem avaliadas através de pesquisas que respeitem o rigor metodológico. Diferentes delineamentos metodológicos podem contribuir para a PBEP, pois cada um auxilia a responder diferentes tipos de questões. Dessa forma, dependendo do objetivo pretendido com a intervenção, esta pode ser avaliada através de um estudo qualitativo, quantitativo ou misto. Não se deve esquecer que cada uma dessas abordagens contém vantagens e limitações que devem ser consideradas pelo psicólogo.

Contudo, mesmo que todo estudo contenha vieses e dificuldades, a avaliação criteriosa científica de uma intervenção ainda é mais adequada do que simplesmente elencar um procedimento a ser adotado por meio de uma escolha pessoal, subjetiva e imparcial. Isso porque a “intuição” ou a avaliação tendenciosa de que o profissional possui experiência em determinada prática podem não resultar em um trabalho ético e efetivo para as pessoas atendidas pelo psicólogo (APA, 2006; Tonetto & Gomes, 2005). Por isso, este trabalho chama a atenção para a questão do compromisso com a PBEP.

Para atender ao princípio PBEP, a intervenção deste material foi avaliada de

modo quantitativo e qualitativo, visando verificar sua utilidade clínica e eficácia. Os resultados destas avaliações serão apresentados nos capítulos subsequentes desta tese.

### Intervenções Psicológicas na Pediatria

Com relação ao ambiente da Pediatria, algumas características deste contexto devem ser consideradas para o planejamento das intervenções. Antes de mais nada, é necessário que o psicólogo esteja atualizado quanto às principais demandas imediatas e a médio prazo dos pais, além de considerar e conhecer a literatura da área. Os estudos mostram que, para os genitores, o momento do diagnóstico da criança, o conhecimento sobre a doença, oportunidade para tirar dúvidas, a comunicação clara da equipe de saúde com os pais, a consideração dos sentimentos desses, o ambiente e espaço físico hospitalar, receber suporte social, o nível socioeconômico dos pais são fatores importantes para o enfrentamento da internação (Arvola, Tahvanainen, & Isolauri 2000; Franck, McQuillan, Wray, Grocott, & Goldman, 2010; Hong, Murphy, & Connolly, 2008; Monti et al., 2012; Nabors et al., 2013; O'Maley, Kimberly, Randell, & Dowd 2016; Salgado, Lamy, Nina, Melo, Lamy, & Nina, 2011; Silva, Collet, Silva, & Moura, 2010; Tarka, Paunonen, & Laippala, 2000; Tremolada et al., 2011). Nesse sentido, no que tange ao trabalho em saúde em fases precoces do desenvolvimento como a infância, aponta-se que no ambiente hospitalar a psicoeducação torna-se uma abordagem interessante. A educação para a saúde mantém o princípio de facilitar com que a pessoa empodere-se e cuide da própria saúde, o que vai ao encontro da perspectiva da Psicologia Positiva que enfoca o aspecto saudável. Nesse sentido, a psicoeducação e a educação em saúde são elementos importantes. Assim, este é um ponto fundamental na construção deste trabalho, pois ele pretende disponibilizar uma Intervenção em Psicologia Positiva (IPP) aplicada ao contexto hospitalar. Tal aspecto será melhor descrito mais adiante.

No enfoque de psicoeducação objetiva-se a modificação de alguns comportamentos em prol da manutenção e aquisição de novos hábitos saudáveis, valorizando a tomada de decisões no nível individual e coletivo (Costa & López, 2005). Assim, busca-se um maior empoderamento das pessoas sobre os determinantes de sua saúde. Além disso, programas educativos de apoio e orientação às famílias originalmente têm por objetivo incrementar as habilidades de enfrentamento e a diminuição do estresse ao identificar e enfatizar os pontos fortes presentes (Anderson, Reiss, & Hogarty, 1986). Sobretudo, ao considerar a atuação do psicólogo no cenário da saúde pública e no ambiente hospitalar, são necessárias adaptações em que as

intervenções articulem as necessidades práticas das pessoas com as contribuições teóricas da psicologia (Moré & Macedo, 2006). Salienta-se ainda que na atenção terciária o uso de algumas habilidades do psicólogo são necessárias e devem ser desenvolvidas. Entre essas estão o uso de intervenções baseadas em evidências focais, o uso eficiente do tempo, a assertividade nas decisões necessárias baseadas em dados limitados, flexibilidade do profissional, engajar-se em motivação para mudança em pacientes e o entendimento básico de procedimentos médicos, condições de saúde e medicações (Boyd et al., 2016; Spirito et al., 2003).

Intervenções em Psicologia Positiva aplicadas à Psicologia da Saúde no hospital

A intervenção descrita na sequência deste material trata-se de uma intervenção em Psicologia Positiva (IPP) aplicada ao campo da Psicologia da Saúde no contexto hospitalar. A Psicologia Positiva tem o propósito fundamental de priorizar os aspectos de forças e de saúde das pessoas, mesmo em situações adversas como a do adoecimento; e busca avançar na visão tradicional da Psicologia Clínica em apenas tratar sintomas e problemas psicológicos (Seligman & Csikszentmihalyi, 2001). No mesmo sentido, a Psicologia da Saúde no contexto hospitalar aborda questões psicológicas em torno do adoecimento e hospitalização. Assim, a lógica da avaliação de intervenções em Psicologia é transposta para as intervenções em Psicologia da Saúde. Por isso, da mesma forma, as intervenções em Psicologia Positiva utilizadas no contexto da Psicologia da Saúde também devem ser empiricamente embasadas e avaliadas quanto à sua eficácia e utilidade clínica, através de rigor científico e metodológico.

Apona-se que as IPP demonstram ser uma boa alternativa a ser utilizada em hospitais. Além de resgatar as habilidades e forças das pessoas, empoderando-as em relação a sua situação de saúde, elas têm evidências favoráveis de efetividade e eficácia, baixo custo e não têm a prerrogativa de serem conduzidas por um número mínimo de sessões (Casellas-Grau, 2014; Hammal, Heard, Inder, McGill, & Kay-Lambkin, 2014; Seligman, Steen, Park, & Peterson, 2005). Inclusive, estudos mostram que intervenções realizadas uma única vez já demonstram evidências de efetividade (Seligman et al., 2005; Sheldon & Lyubomirsky, 2004) a curto e longo prazo, tendo sido replicadas e encontrados resultados similares (Mongrain, & Anselmo-Matthews, 2012). Ainda, deve-se considerar a dificuldade de muitos pacientes e/ou familiares conseguirem de fato participar e engajarem-se em intervenções que durem muitas sessões, uma vez que a rotina do ambiente hospitalar e o tempo de internação nem sempre permitem o enquadre e o prazo ideal para ações tão estruturadas.

Ademais, há limitações reais que o próprio adoecimento pode trazer que vão delimitar quais tipos de intervenções psicológicas serão possíveis de serem feitas ou não, como, por exemplo, o impedimento de sair do leito ou dificuldade de locomoção, o que indica que a intervenção tenha de ser feita na própria enfermaria, junto de outros colegas de quarto e com as possíveis interrupções das rotinas do hospital e de outros profissionais. Por fim, o uso de intervenções focais encontra justificativa também na experiência clínica e diária de profissionais que trabalham em hospitais que mostra que, mesmo atendimentos pontuais, já beneficiam e promovem bem-estar a pacientes e familiares, o que é evidenciado através do relato desses. Ainda, as doenças agudas demandam tempo de hospitalização relativamente curto (média de 10 dias), o que não possibilita a implementação de uma intervenção extensa. Considerando tais questões teóricas e da experiência assistencial, será apresentada a seguir a intervenção positiva focal destinada para a Pediatria.

Intervenção em psicologia positiva para pais de crianças com condições agudas de saúde: Em Frente

A Intervenção *Em Frente*<sup>2</sup> é baseada na contribuição de estudos que enfatizam a importância de fornecer suporte a pais de crianças hospitalizadas promovendo um melhor enfrentamento desta situação (Calvetti, Muller, & Nunes, 2007; Zapata, Bastida, Quiroga, Charra, & Leiva, 2013). Além disso, a partir da perspectiva da Psicologia Positiva de resgatar forças e virtudes, salienta-se a necessidade de intervenções que visem o florescimento de bem-estar (Seligman et al., 2005), retirando o foco exclusivo no tratamento de psicopatologias e alívio de sintomas. Mesmo em situações adversas como o adoecimento e hospitalização, as pessoas continuam tendo partes saudáveis que merecem ser estimuladas, o que pode, inclusive, ajudá-las durante a vivência do processo estressor.

Com relação à estrutura da intervenção, cabem alguns apontamentos. Trata-se de um trabalho que foi baseado na revisão da literatura, em que foram consideradas as possíveis aplicações da PP na Psicologia da Saúde no hospital. No entanto, conforme o objetivo de propor uma intervenção para condições agudas de saúde em Pediatria, foram considerados estudos que fossem direcionados a esses temas.

---

<sup>2</sup>O nome *Em Frente* tem duplo sentido. O primeiro remete ao verbo *enfrentar*, que é uma das traduções do termo *coping*, do inglês. O segundo diz respeito à vinculação à Psicologia Positiva e visa dar a ideia de avanço e ressaltar a ênfase em aspectos positivos.

Foram revisados diversos artigos de descrição e avaliação de intervenções realizadas em hospitais com pais de crianças. Essas visavam o incremento ou desenvolvimento de aspectos positivos dos cuidadores (ainda que nem todos especificassem a intervenção como IPP), a fim de apoiá-los durante e após a hospitalização dos pequenos (Hamall & cols, 2014; Melnyk & Fineout-Overholt, 2011; Sabman, Hair, Danne, & Lange, 2012; Zapatta et al., 2013). Além disso, as intervenções em Psicologia da saúde têm se preocupado em promoção de aspectos positivos, o que pode funcionar como fator de proteção na saúde geral (Costa & López, 2005).

No que diz respeito às IPPs, Syn e Lyubomirsky(2009) mostram que é mais efetivo combinar diferentes técnicas do que focar em apenas uma. Por isso, a presente intervenção compõe-se de alguns exercícios, técnicas e princípios, cada qual culminando com o objetivo comum de promoção de bem-estar subjetivo de genitores.

As técnicas e exercícios da *Em Frente* são: Escuta acolhedora, clarificação e síntese; Psicoeducação sobre estratégias de enfrentamento; Técnica de relaxamento e *Três Coisas Boas*. Estes serão detalhados a seguir.

A *Em Frente* traz técnicas, como escuta acolhedora, clarificação e síntese, da Psicoterapia Breve Focal (PBF). Este tipo de tratamento é usualmente utilizado com pacientes hospitalares devido a ser focalizado nas demandas imediatas do indivíduo, limitado no tempo e demonstrar boa aplicabilidade em grupos (Almeida, 2010; Lustosa, 2010). Essa modalidade foi utilizada para nortear o acolhimento inicial e a escuta durante toda a intervenção. Além disso, o posicionamento flexível da moderadora no transcorrer do relato das participantes está apoiado na PBF, pois esta conduta possibilita a emergência dos temas importantes para elas a serem trabalhados.

Para apoiar a psicoeducação sobre as estratégias, foi utilizada a perspectiva do *coping* (Folkman & Moskowitz, 2003; Lazarus & Folkman, 1984). Nela, as estratégias de *coping* são entendidas como comportamentos e cognições utilizados para lidar com o estresse. Os principais tipos são as com foco no problema e com foco na emoção, porém existem outros. O uso de um ou outro tipo depende de fatores pessoais e contextuais, que podem ser treinados ou modificados. Além disso, foram utilizadas as contribuições de autores que trabalham com as teorias de aprendizagem social e que levam em conta o papel da metacognição neste processo (Ertmer & Newby, 1996; Jou & Sperb, 2006). Isso porque esta perspectiva elucida fatores envolvidos nos comportamentos que são alternados conforme as demandas do ambiente, considerando o monitoramento e

regulação que a pessoa faz sobre si. Tal aspecto ficará mais claro ao ler, na seção seguinte, em que consiste a psicoeducação sobre as estratégias de enfrentamento.

A técnica de relaxamento, também entendida como um exercício de *mindfulness*, consiste em um treino de atenção plena e aceitação do momento presente, em que os sentimentos e pensamentos devem ser observados de forma serena e sem julgamento (Brown & Ryan, 2003; Hayes, Follette, & Linehan, 2004; Huppert & Johnson, 2010). Tal técnica encontra justificativa teórica nos estudos que mostram que a prática *mindfulness* ajuda as pessoas a lidarem melhor com suas emoções e, principalmente o que é de interesse da *Em Frente* aumentam o bem-estar (Brown & Ryan, 2003; Huppert & Johnson, 2010). O conceito por trás deste exercício é perceber e observar a respiração, tentando tirar o foco de pensamentos e sentimentos. No entanto, caso esses estejam presentes, não se deve avaliá-los nem julgá-los, apenas retomar o foco para a observação e prática da respiração lenta e profunda. Assim, os pensamentos e sentimentos são vistos como eventos, ajudando as pessoas a criarem uma distância entre si, o que pode favorecê-las em momentos de emoções intensas. Tendo em vista o mecanismo que associa e encadeia pensamentos e sentimentos (Teasdale, Segal, Williams, Ridgeway, Soulsby, & Lau, 2000). Desse modo, esta técnica pode auxiliar as pessoas que tendem a utilizar mais estratégias focadas na emoção, uma vez que ajuda a lidar com as emoções que os estressores eliciam. Além disso, em situações emergenciais com altos níveis de estresse o treino de modulação dos afetos pode ser interessante. Por isso, este exercício cabe como compondo a *Em Frente*.

O exercício das *Três Coisas Boas* foi o escolhido devido à facilidade de aplicação e entendimento das participantes. Além disso, é um exercício que demonstra boas evidências de eficácia quanto ao seu propósito, as quais foram testadas e retestadas em diferentes estudos e demonstram resultados positivos (Mongrain, & Anselmo-Matthews, 2012; Seligman et al., 2005).

Ao retomar as principais características deste procedimento, vemos que a intervenção caracteriza-se por ser pontual e focal quanto ao formato e tempo de duração adaptada ao contexto hospitalar (Casellas-Grau, 2014; Hammal et al., 2014; Seligman et al., 2005). Tem baixo custo e é viável de aplicação no contexto da saúde pública com as intercorrências das rotinas hospitalares.

No entanto, é prudente lembrar que adaptações e ajustes foram feitos visando a viabilidade de implementação conforme à realidade do hospital em que foi testada e conduzida. A partir da experiência prática de atendimento nas enfermarias da psicóloga

responsável, a intervenção foi pensada para ser um procedimento possível de ser conduzido, considerando as limitações físicas, estruturais e das rotinas da instituição. Ao mesmo tempo, houve uma preocupação em seguir um rigor metodológico a fim de caracterizar a *Em Frente* como pautado em evidências científicas (APA, 2006). Com este enquadre, o trabalho visa, futuramente, poder ser replicado e testado em outros hospitais por outros psicólogos. Dessa forma, o trabalho foi pensado para ser realizado nas próprias enfermarias em uma única aplicação com duração aproximada de 40 minutos. Um profissional psicólogo é suficiente para conduzir. Porém, outros profissionais ou estudantes podem ser necessários para o cuidado das crianças enquanto a intervenção é procedida. No entanto, caso haja impossibilidade de afastamento das crianças ou dos cuidadores entre si ou do leito, esta situação não deve servir como impedimento para o prosseguimento da atividade.

### Descrição da Intervenção *Em Frente*

Com o objetivo de ter uma descrição clara da intervenção, que contenha os itens relevantes e necessários dela e que permita a sua replicação, segue a descrição resumida conforme as recomendações de Hoffman e colaboradores (2014). A seguir, é apresentado um guia didático que detalha os itens contidos na tabela abaixo.

*Tabela 3. Descrição da Intervenção (TiDier) Checklist*

Número do Item	Item
1	Enfrentamento de pais de crianças com doenças agudas: Proposta de intervenção positiva
Nome	
Abreviado	
2	
Por quê?	Apresentar os resultados e avaliar a eficácia de uma proposta de intervenção positiva para pais de crianças com doenças agudas.
3	
O quê?	A intervenção foi feita na modalidade grupal e individual. Foram realizados psicoeducação sobre estratégias de enfrentamento, manejo do estresse e ansiedade com técnica de relaxamento e o exercício das <i>Três Coisas Boas</i> . Foi conduzido grupo de comparação com atividade de orientação sobre o desenvolvimento infantil geral típico.
4	
Quem?	A sessão foi conduzida pela psicóloga responsável pela Pediatria que possui Mestrado e experiência em Psicologia Clínica e da Saúde.
5	
Como?	Uma sessão presencial individual e uma sessão presencial em grupos com 3-5 participantes, com duração aproximada de 1h30min.
6	
Onde?	As participantes foram recrutadas na Pediatria de um Hospital Escola e as sessões foram conduzidas nas enfermarias.
7	
Quando e quanto tempo?	As intervenções duraram uma única sessão. Elas ocorreram entre 15h e 17h nas segundas-feiras. Nas sextas-feiras ocorriam os grupos de comparação, no mesmo horário.
8	

Ajuste ao modelo 9 A intervenção foi planejada para seguir o roteiro das técnicas, mas ser adaptada de acordo com os temas trazidos pelas participantes nas sessões.

9

Modificações 10 A fidelidade à intervenção não foi avaliada.

10

Quão bem 11 Não houve modificações durante as intervenções, apenas flexibilização quanto a acolhimento dos temas trazidos pelas participantes.

11 O número de intervenções individuais foi 10, intervenções em grupo foram 4 e ocorreram 3 grupos de comparação. Trinta participantes participaram no total. As razões para não aderir ao programa foram não estar no momento da avaliação pós teste e ter procedimentos médicos sendo realizados no momento da intervenção.

12

---

## Apresentação Didática da Intervenção Em Frente

Este capítulo abordará a descrição e o protocolo da intervenção *Em Frente* para enfrentamento positivo direcionada a pais de crianças hospitalizadas com condições agudas de saúde. Esta intervenção está embasada teoricamente na Psicologia Positiva e tem como intuito aumentar os níveis de bem-estar subjetivo, diminuir os níveis de ansiedade, estresse e depressão e possibilitar o aprendizado de estratégias de enfrentamento adequadas ao contexto da hospitalização e adoecimento das crianças. Este trabalho tem como alvo psicólogos que trabalham na saúde, especialmente no contexto hospitalar.

### INTRODUÇÃO

O adoecimento de uma criança é um momento de estresse e preocupação para os pais, bem como para toda a família. Utilizaremos o termo “pais” ou “cuidadores” em um sentido amplo para abranger todas aquelas pessoas que acompanham as crianças no hospital.

Este trabalho trata de uma intervenção direcionada para pais de crianças hospitalizadas devido a condições agudas de saúde, as quais já foram explicadas anteriormente no capítulo teórico que embasa esta proposta. Cabe lembrar que ocorrem de forma pouco previsível, em caráter emergencial, o que pode acarretar altos níveis de estresse e ansiedade frente à situação. Portanto, diferem-se das condições crônicas de saúde, as quais possuem particularidades diversas das apresentadas aqui. Quando a doença aguda da criança necessita de hospitalização a situação torna-se mais difícil para os adultos. Isso porque os cuidadores ficam apreensivos em vários aspectos. Surgem as preocupações relacionadas com o diagnóstico, prognóstico, tratamento e intercorrências da doença. Em alguns casos, podem surgir dúvidas a respeito dos procedimentos, prescrições e encaminhamentos da equipe de saúde em relação ao paciente criança. Em ocorrências em que, por diversos motivos, a comunicação entre profissionais e cuidadores não é suficientemente clara de ambas as partes, podem surgir complicações ou obstáculos para a evolução do tratamento e do quadro clínico da criança.

Quanto ao ambiente, regras e rotinas do hospital, algumas famílias podem enfrentar dificuldades de entendimento e adesão a essas questões. Sabe-se que o local muitas vezes não é o mais agradável, tendo em vista as situações de doença, cheiros, ruídos, procedimentos invasivos e dolorosos e quantidade e diversidade de profissionais que circulam todos os dias. Algumas instituições possuem regras e rotinas rígidas devido a diferentes circunstâncias relacionadas desde a política de gestão institucional até as precauções de saúde e contato necessárias. Às vezes, podem acontecer situações de conflito dentro das enfermarias, seja com as diferentes equipes dos diferentes turnos, seja com outros cuidadores de outros pacientes em razão de diferenças ou divergências em relação aos procedimentos, rotinas ou hábitos das pessoas. Nesse sentido, os pais precisam adaptar-se a esse novo enquadre de funcionamento próprio e da instituição, além de terem de dar conta dos cuidados com a criança enferma.

Os pais ainda precisam lidar com a quebra na rotina, em que precisam afastar-se de casa, do convívio com outros familiares, do trabalho, da escola e outras atividades diárias. Em alguns casos, as famílias são encaminhadas para hospitais localizados em outras cidades nas quais não residem. Portanto, aparecem os problemas de acesso, locomoção e distância do município de origem para a organização da vida daquela família.

Assim, considerando todas as referidas problemáticas descritas acima, o trabalho do psicólogo da saúde no contexto hospitalar pode contribuir tanto do ponto de vista teórico quanto prático para os pacientes, suas famílias e para o trabalho em equipe. Os psicólogos podem realizar avaliações, intervenções, orientações e encaminhamentos que buscam favorecer e tornar a situação o mais confortável possível para todos neste momento e auxiliar em todas as citadas questões inerentes ao processo de hospitalização. Por isso, a seguir iremos discutir uma possibilidade de intervenção a ser utilizada.

Por que usar a Psicologia Positiva para embasar a prática do psicólogo da saúde no hospital?

A Psicologia da Saúde aplicada no contexto hospitalar, ou no Brasil conhecida como Psicologia Hospitalar, utiliza-se de diferentes referenciais teóricos e metodológicos que norteiam a prática dos profissionais. Tais abordagens e técnicas mostram resultados favoráveis a esse contexto e devem continuar sendo utilizadas. Entre esses temos a Psicanálise, Análise Institucional, Terapias Cognitivas e

Comportamentais, entre outras possibilidades. No entanto, iremos tratar de uma outra perspectiva a qual tem base de evidências teóricas e empíricas e pode contribuir de maneira sólida para o trabalho do psicólogo no hospital.

### A Psicologia Positiva no Hospital

Neste material buscamos chamar atenção para ampliação de foco dos profissionais quanto às possibilidades de atuação. A Psicologia Positiva (PP), enquanto paradigma e exercício metodológico, também é uma alternativa de escolha para embasar entendimentos teóricos acerca dos casos, bem como intervenções. No entanto, ressaltamos que no Brasil a perspectiva da Psicologia Positiva (PP) ainda é pouco explorada para este trabalho no hospital. Internacionalmente, há o relato de profissionais de hospitais em diferentes lugares no mundo utilizam a PP como base para as intervenções realizadas. Esse trabalho vem demonstrando diversas evidências de efetividade e eficácia quanto à melhora de sintomas e aumento de bem-estar, qualidade de vida, otimismo, entre outros, especialmente em pacientes e familiares. Tais melhoras auxiliam esses na adaptação ao ambiente hospitalar, tratamento e enfrentamento de problemas na situação do adoecimento.

O adoecimento e a necessidade de hospitalização, apesar das ações de prevenção em saúde e dos cuidados fornecidos às crianças, invariavelmente é um evento externo, incontrolável e, no caso de doenças agudas, passageiro. Considerando essas características, cabe ponderar que o enfrentamento do estresse guarda algumas especificidades. Dependendo desta forma de enfrentamento os efeitos podem favorecer ou não o desfecho da situação estressora. Por isso, este trabalho tem como foco trabalhar através da psicoeducação sobre as estratégias consideradas mais eficazes para a situação, aliado à redução de sintomas de estresse, ansiedade e depressão associados, bem como, e principalmente, o aumento dos níveis de bem-estar subjetivo. Dessa forma, conforme será visto mais adiante, devido ao fato de esta intervenção ser baseada teoricamente no paradigma da Psicologia Positiva, ter por objetivo o aumento de uma característica positiva (bem-estar subjetivo) e redução de fatores de estresse, este trabalho enquadra-se dentro do que a literatura chama de *intervenções em Psicologia Positiva*.

A Psicologia Positiva, por sua vez, prioriza o estudo de forças, virtudes, emoções positivas das pessoas que possibilitam o desenvolvimento saudável. Além disso, busca compreender como alguns “sobrevivem” frente a situações estressantes.

Para conhecer mais sobre a Psicologia Positiva, sugere-se a leitura do artigo de Seligman e Csikszentmihalyi (2000), o qual oficialmente a inaugura como movimento científico. Também se indica o livro que reúne contribuições teóricas e práticas dos principais pesquisadores latino americanos da área (Seibel, Poletto, & Koller, 2016).

### *Em Frente*

A partir de toda a problemática do adoecimento das crianças para os pais e das práticas psicológicas baseadas na PP que mostram bons resultados e que vêm sendo crescentemente realizadas em hospitais ao redor do mundo, decidimos construir essa intervenção baseada na Psicologia Positiva. Além disso, cabe ressaltar que esta intervenção tem por objetivo ser *focal, breve no tempo, de baixo custo, viável e aplicável por psicólogos que trabalham no contexto hospitalar*.

O público alvo deste procedimento são os pais. O termo “pais” é entendido como amplo que abarca os principais cuidadores das crianças (pais biológicos ou não, avós, tios), de ambos os sexos, a partir de 16 anos e que tenham o funcionamento cognitivo preservado, observado a partir de avaliação clínica.

### De onde surgiu a proposta da *Em Frente*?

A proposta da *Em Frente* está embasada em um projeto de pesquisa que integrou uma tese de doutorado em psicologia intitulado: “Estressores e enfrentamento de pais de crianças hospitalizadas: Projeto piloto de intervenção em Psicologia Positiva”.

Esta pesquisa foi realizada com pais de crianças que estavam hospitalizadas em um hospital escola de uma cidade do interior do estado do Rio Grande do Sul. Ela teve por objetivos:

- identificar e descrever os principais estressores encontrados por pais durante o adoecimento e hospitalização dos filhos;
- identificar e descrever as principais estratégias utilizadas pelos pais para lidar com os estressores relatados
- construir, implementar e avaliar uma intervenção voltada para o enfrentamento positivo dos pais durante a hospitalização das crianças, baseada na PP. Esta intervenção foi testada na forma individual e grupal e foram realizados grupos de comparação, nos quais a intervenção não foi feita. A descrição metodológica e os resultados da avaliação de evidências de eficácia podem ser consultados no artigo de avaliação de eficácia presente nesta tese na seção seguinte.

Este projeto foi dividido em diferentes estudos, os quais mostraram resultados interessantes. Constatamos que os pais percebem estressores já bem descritos na literatura da área da saúde, tais como as preocupações com a evolução e tratamento das doenças, as falhas na comunicação com as equipes de saúde, as restrições da instituição hospitalar, a falta da rede de apoio social das famílias, a distância dos demais familiares (especialmente outros filhos), organização e limpeza do espaço físico, entre outras questões. Quanto ao uso das estratégias, encontramos que os cuidadores utilizam-se de diferentes abordagens para lidar com os estressores. Muitos tentam ponderar e melhorar a qualidade das conversas com os profissionais de saúde e solicitam ajuda e informações. Para alguns participantes da pesquisa, é importante usar a estratégia de alívio das emoções, na qual choram e descarregam a raiva quando necessário. Algumas mães e pais utilizam a sua espiritualidade para enfrentar e encontrar conforto em momentos difíceis. Outros acionam e usam a sua rede de apoio social (familiares, amigos e vizinhos) para ter ajuda com a organização dos cuidados com a criança hospitalizada, bem como com as questões da vida fora do hospital. Por fim, muitos utilizam as tecnologias (televisão e internet) como meio para distração, entretenimento e forma de passar o tempo enquanto estão acompanhando suas crianças no hospital. Esta estratégia é uma das que melhor foram avaliadas como positivas para auxiliar durante a situação estressora. Tal categoria, por ser um fenômeno contemporâneo, gradativamente vem sendo reportada na literatura científica.

Com relação à aplicabilidade da intervenção, verificamos que ela atendeu aos principais objetivos propostos. Os participantes que receberam a intervenção, tanto na forma grupal como individual, relataram maiores níveis de bem-estar e relataram o aprendizado de algumas novas estratégias de enfrentamento, em relação ao grupo de comparação que não recebeu a intervenção. Aos três meses após a realização da intervenção, a maioria dos participantes que puderam ser encontrados, respondeu que a intervenção continuou fazendo o efeito positivo verificado imediatamente após a sua realização. A descrição e os estudos completos que contêm estes resultados serão apresentados no capítulo seguinte desta tese.

### ***Em Frente***

A intervenção tem por objetivo aumentar os níveis de bem-estar subjetivo, diminuir os sintomas de depressão, ansiedade e estresse que os pais frequentemente apresentam nesta situação e contexto. Também objetiva o aprendizado de novas

estratégias de enfrentamento dos estressores que sejam favoráveis ao contexto da hospitalização. Tal efetividade da estratégia deve ser avaliada pela própria participante.

O procedimento segue alguns passos que serão detalhados a seguir. De maneira geral, a intervenção inicia com um bom *rappor*t e segue um roteiro flexível de perguntas para entrar no assunto da experiência da hospitalização e explorar os estressores e estratégias utilizadas. Todos os relatos e os temas trazidos devem ser acolhidos. A seguir, utiliza-se a psicoeducação a respeito do estresse e das estratégias, com uma técnica de relaxamento que visa reduzir o estresse e ansiedade. Por fim, aplica-se a técnica das “*três coisas boas*”.

### **Recomendações iniciais**

Por ser uma intervenção que pode ser aplicada individualmente ou em grupo, recomenda-se que o moderador esteja à vontade com a técnica bem como com os temas que podem emergir. Uma vez que em ambas as modalidades podem surgir uma variedade de assuntos de maneira mais ou menos profunda que vão demandar disponibilidade e flexibilidade do psicólogo.

Recomenda-se que a intervenção individual seja desenvolvida por um moderador, a fim de facilitar o vínculo com o pai participante e ter uma pessoa de referência. Em grupo, a intervenção pode ser realizada com o apoio de um mais ou moderadores. Salienta-se que é importante que os profissionais tenham habilidades de boa comunicação e empatia pelos temas do adoecimento, hospitalização, desenvolvimento infantil e questões de maternidade/paternidade. Tais temas delicados e íntimos não devem ser tomados em nenhum momento de maneira crítica, avaliativa ou de valores de julgamento. Assim, indica-se que o moderador tenha trabalhado em si mesmo o desprendimento de valores pessoais/morais/ideológicos que possam confrontar-se com as questões levantadas pelos participantes das intervenções.

### **Operacionalização**

Sugestões para convidar os participantes:

Indica-se que o convite seja feito de forma acolhedora, em que o profissional mostre-se disponível para responder dúvidas e conter hesitações comumente demonstradas pelos pais. O moderador deve apresentar-se e explicar da forma mais simples o possível o objetivo do seu convite. Deve deixar os pais livres e à vontade para decidirem engajar-se ou não na atividade. Segue uma sugestão de como o convite pode ser realizado. Salienta-se que o uso da linguagem seja adaptado conforme a necessidade. A indicação a seguir está adequada ao convite feito para a modalidade de grupo.

*“Gostaria de convidá-los para um momento em que falaremos sobre esse tempo em que vocês têm passado aqui no hospital com a sua criança. Sabemos que estar com um filho doente e hospitalizado não é algo que os pais imaginam e nem querem passar, mas infelizmente algumas vezes acontece. Queremos que esse tempo que vocês precisam passar aqui seja o mais confortável possível para a criança e para a família. Por isso, nós da psicologia viemos aqui para poder fazer o possível para ajudar neste momento. Nessa conversa vamos falar sobre o que tem sido mais difícil ao passar esse tempo aqui e sobre como vocês têm feito para lidar com essas dificuldades, vendo o que tem dado certo ou não nessas estratégias. Iremos dar algumas orientações que podem ajudar nesse sentido e ainda iremos fazer algumas coisas para fazer com que vocês se sintam melhor. Quero chamar a atenção que tudo que for conversado ficará entre nós. Não temos o objetivo de julgar nem avaliar ninguém, apenas de poder ajudar a tornar as coisas melhores. As crianças que têm possibilidade de sair do leito podem ter o momento de recreação agora com o profissional encarregado (dizer o nome do estagiário ou profissional que possivelmente os pais já conheçam pela rotina da instituição), enquanto ficamos aqui conversando. No entanto, se a criança não puder se locomover ou não quiser sair, elas podem permanecer conosco aqui na enfermaria enquanto fazemos o atendimento. Então, vocês gostariam de ter esse momento?”*

Preparação prévia do psicólogo, investimentos do hospital e preparação do ambiente/espço físico:

Ressalta-se que essa intervenção tem o intuito de ser adaptada e viável de ser implementada no contexto do hospital, levando em consideração as características desta instituição. Ela utiliza técnicas de baixo ou nenhum custo, as quais têm evidências de efetividade. Portanto, mostra-se como um recurso favorável e eficaz de ser utilizado por psicólogos hospitalares, especialmente no contexto da saúde pública. Os custos referem-se mais à formação e preparação técnica dos profissionais do que em termos de investimento em recursos físicos/financeiros.

Desse modo, aponta-se que as intervenções podem ser realizadas em alguma sala disponível no hospital. Contudo, devido à restrição de locais, para a realização do procedimento o uso de uma sala específica não é prerrogativa essencial. Assim, a intervenção pode ser conduzida nos leitos e nas enfermarias. O horário e o espaço físico a ser utilizado devem ser previamente combinados com os demais colegas da equipe, os quais procurarão não interferir neste momento. No entanto, conforme as conhecidas

características do trabalho no hospital, em qualquer situação de intercorrência ou necessidade, a equipe tem livre acesso para seguir com os procedimentos necessários nos pacientes ou mesmo com os familiares.

A experiência indica que a modalidade individual encontra melhor resposta quando realizada no leito. Isso porque o pai/mãe/responsável não precisa afastar-se da criança e, pela proximidade física, o conteúdo falado é mais preservado entre o moderador e participante, o que pode promover maior intimidade, vínculo e aprofundamento dos conteúdos trazidos. No entanto, ressalta-se que tal indicação não é uma regra e que o contrário pode ocorrer. Os fatores inespecíficos (como, por exemplo, características físicas, demográficas e de personalidade do psicólogo) bem relatados na literatura sobre a efetividade/eficácia de intervenções psicoterápicas nos ajudam a entender o motivo de em alguns casos a intervenção individual ser bem sucedida e, em outras vezes, isso não ocorrer de forma tão satisfatória. Ao mesmo tempo, em alguns casos, as intervenções realizadas em grupo também demonstram intimidade, vínculo e aprofundamento dos conteúdos, além de um encorajamento maior pelo apoio social percebido em trazer os conteúdos por parte dos participantes. Contudo, cabe lembrar que, apesar desses entraves, ambas as modalidades mostram bons resultados do ponto de vista prático e científico. A indicação de escolha da modalidade, então, fica a cargo do psicólogo moderador, o qual também deve considerar a necessidade da situação dos pais naquele momento específico da hospitalização.

Por fim, sugere-se que, quando possível no momento da intervenção - considerando a idade e restrição ao leito das crianças - essas possam ser acompanhadas em outro espaço por outros profissionais de saúde. Uma alternativa, por exemplo, é a intervenção em grupo ser realizada no momento em que as crianças estão em atividades de recreação em outra sala. No entanto, sabe-se que dificilmente os pais podem (ou querem) afastar-se de bebês ou crianças que precisam ficar restritas ao leito. Salienta-se que a presença das crianças durante a intervenção não causa prejuízo algum. Esse aspecto deve ser ressaltado pelo moderador, de modo a deixar os pais e as crianças confortáveis com a situação.

#### *Rapport e Contrato:*

Inicialmente tem-se por objetivo o estabelecimento de vínculo entre o moderador do grupo e os participantes ou na modalidade individual. Neste momento o primeiro apresenta-se e faz as combinações a respeito do encontro.

*“Boa tarde, sou o (a) (nome) e sou psicólogo(a) aqui do hospital. Vim aqui para*

*termos esse momento (em grupo) para conversarmos sobre a experiência de vocês aqui neste tempo em que as crianças estão hospitalizadas. Hoje vamos conversar (em grupo) sobre as principais dificuldades que vocês têm encontrado durante esses dias em que estão aqui. Também iremos falar sobre como vocês têm feito para resolver ou não esses problemas e o que tem ajudado ou não vocês na solução deles. É importante que vocês possam se sentir à vontade para conversarmos sobre esses assuntos, pois a ideia é que vocês possam passar este tempo aqui no hospital da forma mais confortável possível, pois isso poderá ajudar, inclusive, na recuperação ou no tratamento das crianças de vocês. Por isso, vamos combinar que todas as coisas que falarmos aqui ficará apenas entre nós. E que este grupo tem por objetivo que vocês possam sentirem-se amparados e acolhidos uns pelos outros, pois todos estão em uma situação semelhante. Nós iremos conversar sobre como vocês têm feito para resolver as dificuldades, o que tem dado certo. Falarei um pouco sobre essas estratégias e ao final iremos fazer pequenos exercícios. Além disso, vocês compartilham os quartos, os cuidados das equipes e rotinas muito parecidas. Dessa forma, muitos de vocês já se conhecem e já se ajudam no dia-a-dia, o que é algo muito positivo e que pode favorecer esse momento de conversa que teremos aqui. Ao mesmo tempo, às vezes acontecem situações em que algumas colegas de quarto acabam não se entendendo muito bem, por diversos motivos, e este momento também pode servir para tentar sanar alguns destes problemas. Estou aqui também para poder auxiliar neste sentido. Vamos começar então?”*

Objetivos e Tarefas:

- Aumentar níveis de bem-estar subjetivo - *Três coisas boas*
- Diminuir sintomas de ansiedade e estresse - Compartilhamento de experiências, comparação social, apoio social, psicoeducação sobre estresse, manejo do estresse e ansiedade, Técnica de relaxamento
- Aprendizado de novas estratégias de resolução de problemas - Psicoeducação, aprendizado a partir da observação de comportamento

Recomendado na modalidade grupal: mínimo de 3 a no máximo 10 participantes

Passo a Passo

As perguntas servem como guia, no entanto o roteiro da intervenção é flexível. Perguntas adicionais podem ser feitas, bem como os participantes podem trazer outros conteúdos não previstos.

*“Primeiro eu gostaria que cada um pudesse relembrar por que está aqui”*

*“É a primeira internação da criança?”*

*“Como tem sido passar esse tempo aqui?”*

*“O que tem sido mais difícil?”*

*“Como vocês têm feito para resolver esse problema?”*

*“Isso tem funcionado?”*

*“De que outra forma esse problema poderia ser resolvido?”*

*“Alguém teria alguma outra sugestão?”*

#### Psicoeducação sobre as estratégias

*“Diante desses problemas que vocês falaram ou ainda de outros que podem vir a existir, as pessoas fazem várias coisas para tentar resolver. É importante a gente deixar claro que cada um tem um jeito diferente para lidar com essas situações difíceis, e que cada um vai tentar resolver de uma forma. Não existe o jeito certo ou errado para isso, mas sim cada pessoa avalia se aquilo que ela está fazendo está funcionando ou não para amenizar ou resolver aquele problema.*

*Existem algumas mães que precisam conversar muito com a equipe e fazer muitas perguntas e isso ajuda. Um pedem auxílio de profissionais específicos (como a enfermeira, a assistente social, por exemplo) para ajudar em alguma coisa pontual. Outras mães se sentem muito nervosas, ou muito tristes, ou com muita raiva, e em algumas horas precisam chorar ou brigar com alguém para se sentirem melhor e aliviar a pressão do problema. Outras pessoas gostam de rezar e usar a sua espiritualidade. Outros gostam de receber visitas, conversar com os familiares e contar com a ajuda deles. Tem mães que usam a internet, o celular, ouvem música, ou outras coisas parecidas com isso para se distrair, e isso faz bem para elas.*

*Ou seja, cada pessoa tem uma forma de enfrentar esse momento que vocês passam aqui. Às vezes a pessoa usa só uma dessas formas e fica bem, consegue dar conta de permanecer bem aqui. Mas às vezes algumas pessoas sentem que não estão mais conseguindo passar pelas situações difíceis e se sentem sobrecarregadas, tristes, com raiva. Nesses casos, é importante pensar o que ela vem fazendo para resolver esse problema e tentar alternar a estratégia e usar uma ou mais de todas essas outras que a gente falou. Quando uma coisa não estiver mais funcionando é importante fazer outra. Existem determinados problemas que não adianta ficar fazendo a mesma coisa sempre, precisa mudar a estratégia.”*

Citar exemplos mencionados anteriormente sobre os problemas e as formas de

lidar que deram certo e as que não deram.

Retomar diferentes exemplos com a participação dos pais.

Reforço dos exemplos que funcionaram.

*“Agora, vamos pensar na seguinte situação. Imaginem que hoje interne aqui naquele leito vazio uma mãe com uma criança mais ou menos da mesma idade do de vocês e com a mesma situação de saúde. O que vocês diriam para essa mãe? Pensando nas coisas que a gente conversou hoje, o que vocês fariam para ela para ajudar que esse tempo que essa mãe e essa criança passem aqui seja o melhor possível? Que dicas vocês dariam para essa mãe de coisas que ela poderia fazer para ajudar a resolver os problemas e passar pelas coisas difíceis que acontecem aqui no hospital? O que ela poderia fazer que iria funcionar para as situações? E o que ela não deveria fazer?”*

Técnica de relaxamento

*“Agora vamos fazer um exercício que pode ajudar em momentos que alguém estiver se sentindo mal, como, por exemplo, muito nervoso, muito cansado, muito irritado, muito triste. Em qualquer situação em que a pessoa estiver sentindo essas coisas ruins, é importante tentar lembrar de fazer esse exercício para ajudar a se sentir melhor. Os acompanhantes ou visitas de vocês também podem ajudar a lembrar quem está com a criança de fazer isso. Aproveitem para fazer esse exercício quando as crianças não estiverem por perto ou quando estiverem dormindo ou brincando. Com as crianças maiores vocês podem até convidar e ensinar elas a fazerem junto com vocês. Vamos fazer juntos agora?”*

*Podemos ficar de pé ou sentados. Vamos fechar os olhos. Vamos nos concentrar na nossa respiração. Vamos inspirar, puxar o ar pelo nariz e soltar o ar pela boca. Agora vamos puxar o ar pelo nariz e contar mentalmente até cinco, sempre puxando o ar, bem devagar. Um, dois, três, quatro, cinco. Agora vamos soltar o ar pela boca e contar até cinco, bem devagar de novo. Vamos procurar não pensar em mais nada enquanto estivermos fazendo isso, apenas nos concentrar no ar entrando e saindo do nosso corpo, contando até cinco bem devagar. Porém, se algum pensamento ou sentimento vier à mente, vamos deixar que passe como uma nuvem e voltamos a nos concentrar na respiração. Vamos fazer isso mais uma vez?”*

Repetir o exercício mais duas vezes seguidas, uma após a outra.

Técnica do *Three good things* (Seligman, Steen, Park, & Peterson, 2005)

*“Agora é o nosso último exercício. Ele leva apenas alguns minutos e é fácil. Pensamos muito sobre o que vai mal e não pensamos suficientemente sobre o que vai bem em nossas vidas. Às vezes faz sentido analisar os maus eventos para que possamos aprender com eles e evitá-los no futuro. No entanto, as pessoas tendem a passar mais tempo pensando no que está ruim do que em coisas que possam ajudar. Pior ainda, essa tendência em focar os maus eventos pode deixar as pessoas mais vulneráveis para sintomas de ansiedade e depressão. Uma maneira de evitar que isso aconteça é desenvolver a habilidade de pensar sobre as coisas boas da vida. Vamos lembrar o dia de ontem, ou o dia de hoje até o momento. Agora vamos pensar em três coisas boas que aconteceram com vocês nesse tempo. Vocês conseguem me dizer?”*

(Participante menciona as três coisas boas)

*Muito bem. Que bom que você conseguiu lembrar dessas três coisas boas. Você saberia me dizer por que essas coisas aconteceram? Consegue pensar no motivo de elas terem ocorrido?*

(Participante fala livremente)

*Será que teria mais coisas além dessas três que você me disse?*

(Participante fala)

*Esse exercício é legal para vermos que, apesar das crianças estarem doentes, de ter que estar no hospital e das várias dificuldades que vocês encontram aqui, ainda assim aconteceram coisas positivas nesse tempo também. E que essas coisas podem ajudar vocês. Podem ajudar as crianças a melhorarem e a vocês voltarem bem para casa. Às vezes, essas situações ruins servem para as pessoas aprenderem e se sentirem mais preparadas para uma outra situação de doença que possa acontecer. Claro que ninguém gostaria que isso tornasse a ocorrer, mas também sabemos que infelizmente ninguém está livre disso, e que as crianças podem ficar doentes de novo. Então, vamos tentar lembrar das coisas que vocês aprenderam enquanto estiveram aqui, e que esses exercícios simples que a gente fez hoje também pode ajudar vocês e as crianças a se sentirem melhor.”*

#### Finalização

Agradeço muito a participação de vocês. Agradeço a disponibilidade de vocês em conversar sobre esse momento difícil aqui. E espero que você esteja se sentindo um pouco melhor do que antes.

## CAPÍTULO IV

### Enfrentamento de pais de crianças hospitalizadas: Projeto piloto de intervenção em Psicologia Positiva<sup>3</sup>

#### Resumo

Este artigo tem por objetivo avaliar um projeto piloto de intervenção em psicologia positiva para pais de crianças hospitalizadas com condições agudas de saúde. O estudo tem delineamento quase experimental. Participaram 30 mães com média de idade 25,37 (DP = 7,3), maioria com Ensino Fundamental incompleto e casadas que estavam com os filhos internados na Pediatria de um Hospital Escola. A intervenção focal foi aplicada na modalidade individual e grupal e foi realizado grupo de comparação. Foi feita avaliação pré e pós teste através de instrumentos padronizados sobre bem-estar subjetivo, sintomas de depressão, ansiedade e estresse e modos de enfrentamento de problemas. Os dados apontaram que a intervenção realizada em grupo aumentou os níveis de afetos positivos e o enfrentamento com foco no problema em relação ao grupo de comparação. Da mesma forma, a intervenção individual promoveu aumento do enfrentamento com foco no problema em relação ao grupo de comparação. Os resultados apontam viabilidade e pertinência da intervenção que deve seguir sendo avaliada.

Palavras-Chave: Intervenção Positiva, Doença Aguda, Pediatria, Pais

#### Abstract

This study aimed evaluate a positive intervention pilot project to parents with hospitalized children with acute diseases. A quasi experimental design was conducted. Thirty mother with mean age 25,37 (SD = 7,3), most low education level and married with children in a School Hospital participated. Focal intervention were applied in a group and individual modality and a comparison group was accomplished. Subjective well being, depression, anxiety and stress symptoms and modes of coping problems were evaluated pre and post test. Data pointed that group intervention increased positive affects and problem focused strategie regarding comparison group. Individual intervention also promoted problem focused strategie. Results demonstrate intervention feasibility and relevance which should continue to be evaluated.

Key Words: Positive Intervention, Acute Disease, Pediatrics, Parents

---

<sup>3</sup> Artigo escrito em coautoria com os alunos de graduação da UFPEL Amanda Schiavon, Janine Carvalho e Henry Antunes e a orientadora Dra Cláudia Giacomoni, submetido.

## Introdução

Este estudo tem como propósito avaliar um projeto piloto de intervenção em Psicologia Positiva (PP) para pais de crianças hospitalizadas com condições agudas de saúde. Para isso, devem ser consideradas as intersecções teóricas entre a PP e a Psicologia da Saúde no contexto hospitalar. Esta última tem por objetivo estudar o comportamento humano na saúde e doença e compreender as variáveis psicológicas implicadas na manutenção da saúde, desenvolvimento de doenças e comportamentos associados a doenças. Tem como um dos enfoques o trabalho de promoção e prevenção em saúde, considerando os aspectos positivos e preservados de saúde (Almeida & Malagris, 2011). Nesse ponto encontram-se as relações teóricas entre as duas áreas que podem repercutir em termos de intervenções. Assim, considera-se que as intervenções em PP fazem sentido de serem implementadas no contexto hospitalar.

As intervenções em PP, por sua vez, são procedimentos que visam aumentar comportamentos e pensamentos positivos, o bem-estar e o florescimento humano (Bolier et al., 2013; Chavez, Lopez-Gomez, Hervas, & Vazquez, 2017; 2009; Schueller, Kashdan, & Parks, 2014; Sin & Lyubomirsky). Com efeito, estudos empíricos mostram que tais atividades simples promovem significativo aumento do bem-estar e atenuam sintomas de depressão a curto prazo (Bolier et al., 2013; Lyubomirsky & Layous, 2013; Sin & Lyubomirsky, 2009). Assim, cabe destacar e justificar os construtos elencados como parâmetros para a avaliação desta intervenção. O bem-estar subjetivo pode ter papel benéfico no processo de enfrentamento da hospitalização para os pais, pois quanto maior a vivência desse, mais positivamente as pessoas experienciam suas vidas, melhor enxergam a si e aos outros, desfrutam de maior prazer em situações cotidianas, em relacionamentos (Passareli & Silva, 2007), e está associado a uma boa saúde e funcionamento adaptativo (De Neve, Diener, Tay, & Xuereb, 2013). No entanto, dadas às condições estressoras da situação de hospitalização, é comum o relato de sintomas de ansiedade, depressão e estresse pelos pais (Muscara et al., 2015; Tehrani et al., 2012; Whittingham et al., 2014). Por fim, quanto ao enfrentamento da hospitalização, entende-se que existe uma variedade de estratégias que podem ser utilizadas. Este estudo adota a perspectiva das estratégias de *coping* (Folkman & Moskowitz, 2003; Lazarus & Folkman, 1984). Estas são definidas como esforços cognitivos e comportamentais utilizados para lidar com demandas internas ou externas que surgem em situações de estresse. Trata-se de uma interação entre o indivíduo e o ambiente em que a pessoa vai mudando o comportamento conforme as demandas que surgem. Denota-se a

importância de identificar as principais estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pais, diferenciando aquelas que funcionam no contexto hospitalar e as que não os favorecem, intervindo e orientando-os nesse sentido. Zapata e colaboradores (2013) indicam que muitos pais utilizam estratégias pouco efetivas, as quais estão associadas a piores níveis de bem-estar e por isso sugerem a necessidade de intervenções em grupo que ajudem os pais a otimizar suas habilidades de enfrentamento, incrementando as que eles já possuem.

Portanto, as intervenções em PP podem beneficiar as famílias que estão enfrentando o adoecimento e a hospitalização de crianças com condições agudas. Essas são situações em que existem manifestações de doenças transmissíveis de curto curso (doenças do aparelho respiratório, dengue) ou doenças infecciosas de curto curso (apendicite), sintomas de quadros infecciosos (diarreia, disenteria) ou traumas (quedas, acidentes) (Mendes, 2012; OMS, 2003). Nesse sentido, ocorrem de forma pouco previsível, em caráter emergencial, o que pode acarretar altos níveis de estresse e ansiedade frente à situação.

Além disso, no Brasil, são produzidos poucos estudos com foco em condições agudas de saúde, quando comparado com o número de pesquisas com o tema de condições crônicas (Azevedo & Santos, 2011; Fonseca & Marcon, 2009; Mensorio, Kohlsdorf & Costa Júnior, 2009; Nóbrega et al., 2010 Primio et al., 2010). Uma hipótese é que as condições crônicas e graves recebam mais atenção dos pesquisadores em virtude de essas configurarem-se como desafios aos profissionais que atuam com pacientes e familiares com tais demandas, uma vez que necessitam cuidados constantes, prolongados e apresentam agravos e diversas variáveis complexas envolvidas no processo (Azevedo & Santos, 2011; Fonseca & Marcon, 2009; Mensorio, Kohlsdorf & CostaJúnior, 2009; Nóbrega et al., 2010). Por outro lado, ressalta-se que as condições agudas apresentam especificidades, tais como o caráter episódico, imprevisível e ter o potencial de gerar altos níveis de estresse. Nesse sentido, cabem estudos teóricos e intervenções específicas para esses casos. Ainda mais se os pacientes desses casos são crianças, pois, do ponto de vista desenvolvimental, há uma quebra de expectativa para a família frente a um agravo na saúde dos pequenos (Delvan, Menezes, Geraldi, & Albuquerque, 2009; Grant et al., 2012; Lauer, Mulhern, Schell, & Camitta, 1989).

É importante salientar que este estudo tem como propósito apresentar uma proposta de intervenção viável de ser implementada no contexto hospitalar de forma ampla. No entanto, este trabalho focou hospitais do Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS), visando contribuir com uma proposta de trabalho em psicologia hospitalar baseada em evidências e de baixo custo. Ressalta-se que a realidade da saúde pública no país carece de práticas baseadas em evidências pelos profissionais da Psicologia e que estas mostrem evidências de efetividade, replicabilidade e econômicas (Conselho Federal de Medicina, 2018; Melnyk & Fineout-Overholt, 2011). Além disso, este trabalho tem por característica ser focal, considerando que intervenções realizadas uma única vez também demonstram resultados positivos (Seligman, Steen, Park, & Peterson, 2005). Levando em conta as indicações da literatura de efetividade de intervenções em grupo (Zapatta et al., 2012), bem como a prática de intervenções individuais em atendimentos psicológicos em hospitais; a intervenção foi delineada para ser aplicada nas duas modalidades, além da realização de grupos de comparação (Creswell, 2010).

Desse modo, este estudo tem por objetivo apresentar os resultados de uma intervenção piloto em PP, cujo foco é descrito a seguir. Além disso, visa identificar evidências de eficácia da intervenção e testá-las entre as diferentes modalidades. As hipóteses iniciais foram: a) a intervenção realizada na modalidade individual e grupal aumentará os níveis de bem-estar subjetivo, em comparação ao grupo controle; b) a intervenção realizada na modalidade individual e grupal diminuirá os níveis de ansiedade, depressão e estresse, em comparação ao grupo controle; c) a intervenção realizada na modalidade individual e grupal produzirá mudanças nas estratégias de enfrentamento, no entanto sem haver hipóteses sobre que mudanças seriam essas; d) a intervenção realizada na modalidade grupal produzirá um efeito maior do que a intervenção individual (maiores níveis de bem-estar subjetivo e menores níveis de ansiedade, depressão e estresse) (Habigzang, Damásio, & Koller, 2013; Sabmann et al., 2012; Zapatta et al., 2012).

A intervenção consistiu em um encontro com duração média de 1h30min. Ressalta-se que o objetivo foi: reduzir sintomas de ansiedade, depressão e ansiedade, aumentar níveis de bem-estar subjetivo e propiciar o aprendizado e flexibilização de estratégias de enfrentamento positivas para a hospitalização. Para atingir cada objetivo foi aplicada uma atividade diferente, a saber: exercício das *Três coisas boas*; compartilhamento de experiências, comparação social, apoio social, psicoeducação sobre estresse, manejo do estresse e ansiedade com técnica de relaxamento;

psicoeducação sobre estratégias de enfrentamento e exercício de aprendizado a partir da observação de comportamento.

## Método

### Delineamento

Trata-se de um estudo com delineamento quase-experimental (Creswell, 2010).

### Participantes

Participaram deste estudo 30 pessoas. O tamanho amostral foi atingido devido ao critério de tempo de recrutamento de participantes e coleta de dados permitido e estabelecido pela instituição (junho a dezembro 2017). A maioria, 86,7%, eram mães biológicas (n = 26), do sexo feminino (n = 29), casada 80% (n = 26), com média de idade  $M = 25,37$  ( $DP = 7,03$ ) e afirmou não trabalhar 83,3% (n = 25). A maior parte das participantes 40% (n = 12) referiu acreditar em Deus, mas não se identificar com nenhuma religião. Como critérios de exclusão foram adotados: pessoas que não tivessem participado do estudo qualitativo descrito anteriormente nesta tese, pais não alfabetizados, pais de crianças com doenças graves (câncer, doenças neurológicas, síndromes genéticas, cardiopatias e doenças crônicas) e que estejam no hospital há mais de um mês devido ao fato de a gravidade da doença e o tempo de internação estarem significativamente associados ao aumento de estresse e a alterações nas estratégias utilizadas para enfrentamento, modificando-as ou aumentando sua variabilidade (Delvan et al., 2009; Marsac et al., 2011; Panceri et al., 2013). A Figura 1 mostra o fluxo e organização das participantes nos estágios da pesquisa. As participantes que desistiram de alguma etapa da pesquisa (no preenchimento dos instrumentos no pré ou pós teste, não houve participantes que desistiram durante a intervenção) seriam 3 da intervenção individual, 6 da intervenção em grupo e 4 do grupo de comparação.

### Instrumentos

Ficha de dados sociodemográficos: usada para coletar dados como idade, sexo, vida familiar da criança, informações sobre trabalho, escolaridade, religião, motivo da internação da criança, tempo de internação, número de internações anteriores.

Escala de Bem-Estar Subjetivo (EBES) (Albuquerque & Tróccoli, 2004) (ANEXO E) contém os itens referentes a afetos positivos e negativos e satisfação de vida. As propriedades psicométricas foram consideradas adequadas no estudo original, sendo os índices de consistência interna, avaliados pelo alfa de *Cronbach*, de 0,86 para a escala total, 0,95 para afetos positivos, 0,95 para afetos negativos e 0,90 para satisfação de vida. Neste estudo, esses índices foram de 0,71; 0,88; 0,95 e 0,70 respectivamente.

Escala de Ansiedade, Depressão e Estresse (DASS 21) (Vignola & Tucci, 2014)

(ANEXO F) demonstrou no estudo citado consistência interna consideradas adequadas, avaliadas pelo alfa de *Cronbach*, sendo 0,92 para a subescala de depressão, 0,90 para a de estresse e 0,86. No presente estudo, esses índices foram de 0,64; 0,84 e 0,82 respectivamente.

A Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas – EMEP (Seidl, Trócolli, & Zannon, 2001) (ANEXO G) contém 45 itens que se propõem a identificar quatro diferentes formas de enfrentamento diante de situações estressantes: Estratégias de Enfrentamento Focalizadas no Problema, Estratégias de Enfrentamento Focalizadas na Emoção, Práticas Religiosas/Pensamento Fantasiado e Busca de Suporte Social. Tais fatores obtiveram índices de consistência interna considerados adequados medidos pelo alfa de *Cronbach*, sendo de 0,84; 0,81; 0,74 e 0,70 respectivamente no estudo citado. Na presente pesquisa, os índices foram 0,90; 0,81; 0,74 e 0,66 respectivamente.

#### Procedimentos e Considerações Éticas

Os familiares que se encaixavam nos critérios de inclusão foram convidados a participar do estudo. Foram explicados os objetivos da pesquisa, a garantia do sigilo, voluntariedade e interrupção da participação a qualquer momento. As participantes que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todos os aspectos éticos foram assegurados. Ao final da coleta de dados, foi oferecida a possibilidade de aplicação da intervenção ao grupo de comparação. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, bem como pelo Comitê de Ética do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas.

Após o aceite em entrar no estudo, a participante preenchia os instrumentos descritos acima. Ela não ficava sabendo a qual grupo seria alocada, apenas se participaria de forma individual ou grupal. As avaliações antes e após a intervenção foram realizadas por alunas de graduação em Psicologia treinadas previamente. Foi realizado o emparelhamento prévio dos grupos, de modo que os dados demográficos e as médias dos instrumentos das participantes no pré-teste fossem semelhantes nas três condições. Em seguida da aplicação dos instrumentos, a psicóloga responsável pelo estudo procedia com a intervenção. No dia seguinte, as participantes preenchiam novamente os instrumentos, com o acréscimo do questionário de avaliação da intervenção, entre as pessoas que haviam passado por ela. Os grupos de comparação e de intervenção foram feitos nas enfermarias do hospital de forma alternada ao longo das semanas entre junho e dezembro de 2017, conforme o aceite da participação e os

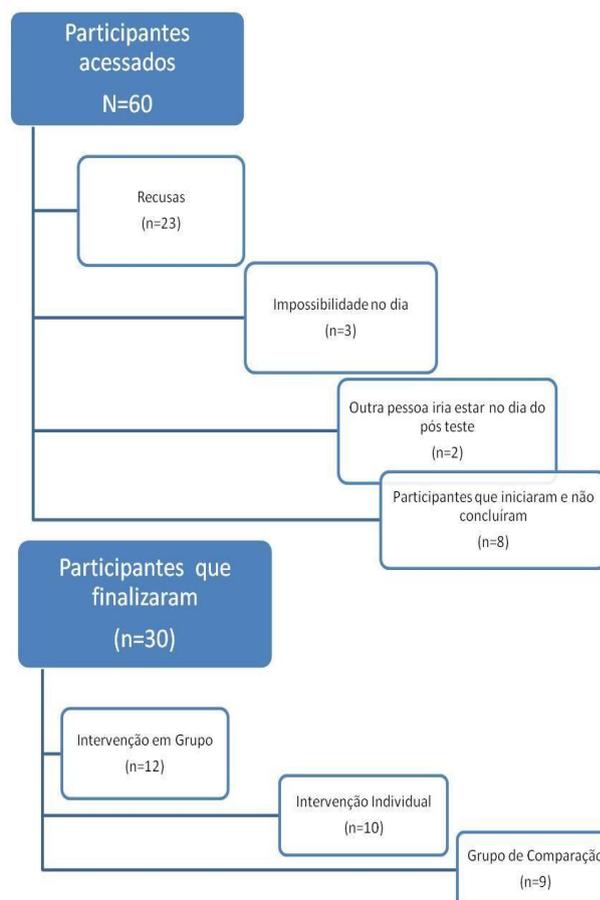
critérios de inclusão e exclusão para o estudo serem atendidos. Os grupos de comparação receberam uma atividade em que foi utilizada a caderneta de saúde da criança (Ministério da Saúde, 2013) como guia. Foram lidas e comentadas informações sobre desenvolvimento infantil (pp. 21-22) contidas no material e respondidas dúvidas dos pais a respeito dos dados passados, bem como houve espaço para demais perguntas das participantes. Estes grupos tiveram duração média de uma hora.

Os momentos dos encontros dos grupos foram combinados previamente com as equipes médicas e de enfermagem. Foi oferecida às mães a possibilidade de as crianças ficarem na sala de recreação acompanhadas por outras profissionais da equipe. No entanto, algumas mães ou crianças recusaram e preferiram que essas permanecessem junto durante a intervenção.

Quanto aos procedimentos de análise dos dados, o pressuposto de normalidade, testado através do *Kolgomorov-Smirnov test*, não foi atendido. A homogeneidade das variâncias, avaliada através do F de *Levene* e visualização dos *boxsplot*, também não foi atendida. Dessa forma, foi utilizada estatística não paramétrica. Não houve perda de dados. Foi realizado o teste de Friedman para testar diferenças dentro de cada grupo em todas as variáveis (média do Dass total, médias nas subescalas afetos positivos, afetos negativos, satisfação de vida, médias nas subescalas foco no problema, foco na emoção, suporte social e práticas religiosas). Essa análise não revelou diferenças estatisticamente significativas em nenhuma variável. O teste de *Kruskal Wallis* foi utilizado para comparar as medidas de tendência central (mediana e média), as quais mostraram valores muito semelhantes entre si, entre os três grupos nos escores dos instrumentos. Esse teste demonstrou haver diferenças significativas. O teste de *Mann-Whitney* foi utilizado para verificar entre quais pares de grupos havia as diferenças.

## Resultados

### *Figura 1. Participantes em Cada Estágio da Pesquisa*



As crianças das participantes eram maioria do sexo masculino, das que participaram da intervenção em grupo (n = 7), da intervenção individual (n = 9) e do grupo de comparação (n = 6). A média de idade das crianças nos grupos foi 1,08 (DP = 1,84); 1,72 (DP = 3,30) e 0,42 (DP = 0,58) respectivamente. Os principais motivos de internação delas foi bronquiolite nos três grupos (n = 5).

A Tabela 4 apresenta os dados demográficos das participantes da amostra.

*Tabela 4. Dados Demográficos da Amostra*

	Intervenção em Grupo (n=11)	Intervenção Individual (n=10)	Grupo de Comparação (n=9)
Idade	M=25,91 DP=7,68	M=24,00 DP=6,34	M=26,22 DP=7,54
Situação Conjugal	Casado (n=7)	Casado (n=10)	Casado (n=7)
Grau de Escolaridade	Ensino Médio Incompleto (n=5)	Ensino Fundamental Incompleto (n=5)	Ensino Médio Incompleto (n=4)
	Ensino Fundamental Incompleto (n=4)	Ensino Médio Incompleto (n=3)	Ensino Fundamental Incompleto (n=3)

Para verificar os efeitos da intervenção entre os grupos, foi construída a variável de diferença (variável delta) subtraindo-se as médias dos instrumentos do pós menos o pré teste. Com as variáveis de diferença de cada escala e subescala, foi utilizado o *Kruskal-Wallis* para comparar os três grupos, o qual mostrou diferenças significativas na subescala afetos positivos (AP) (5,51; *g.l.*= 2; *p* = 0,05) da EBES e na subescala foco no problema (6,89; *g.l.*= 2; *p* = 0,03) da EMEP. Análises posteriores utilizando *Mann-Whitney* mostraram que houve aumento significativo da média de afetos positivos no grupo de intervenção em relação ao grupo de comparação (*U* = 21,50; *z* = -2,12; *p* = 0,03). A análise também revelou diferença entre o grupo de intervenção e o de comparação (*U* = 22; *z* = -2,08; *p* = 0,03) e entre a intervenção individual e o grupo de comparação (*U* = 16; *z* = -2,36; *p* = 0,01) na subescala de enfrentamento com foco no problema. Entre a intervenção em grupo e individual não foram encontradas diferenças significativas. A Tabela 5 mostra os resultados das análises.

*Tabela 5. Valores Pré e Pós-Teste nas Condições Experimentais*

Intervenção em Grupo							
	Pré- teste M (DP)	Pré- teste Md	I.C. 95% Médias	Pós- teste M (DP)	Pós- teste Md	I.C. 95% Médias	Tamanho do efeito ( <i>d</i> de <i>Cohen</i> )
Afetos positivos	60,72 (12,37)	57,00	52,41- 69,04	<b>65,36</b> (12,61)	63,00	56,89- 73,83	
Enfrentamento com foco no problema	61,24 (14,56)	63,22	51,46- 71,03	<b>66,30</b> (14,14)	74,27	56,79- 75,80	<b>0,76</b>
Intervenção Individual							
Enfrentamento com foco no problema	54,91 (11,71)	54,75	46,52- 63,29	<b>58,48</b> (15,00)	62,69	47,75- 69,21	<b>0,23</b>
Grupo de comparação							
Afetos positivos	64,11 (19,38)	65,00	49,21- 79,00	<b>59,00</b> (16,80)	59,00	46,00- 71,91	<b>0,46</b>

---

Enfrentamento com foco no problema	64,12 (14,50)	66,27	52,97- 75,27	<b>55,19</b> (15,24)	60,16	43,47- 66,91
--	------------------	-------	-----------------	-------------------------	-------	-----------------

---

### Discussão

Os resultados que demonstraram diferenças significativas na intervenção realizada em grupo em relação ao grupo de comparação, de modo geral, vão ao encontro das indicações da literatura de que intervenções grupais beneficiam os familiares de crianças hospitalizadas (Calvetti, Muller, & Nunes, 2007; Zapatta et al., 2013). Especificamente, a diferença apontada na variável afetos positivos pode estar diretamente relacionada a isso, uma vez que o sentimento de acolhimento e apoio mútuo entre os pares pode promover emoções positivas neste momento, apesar da situação estressora sendo vivenciada (Arvola, Tahvanainen, & Isolauri, 2000; Zapatta et al., 2013). Além disso, criar um momento de socialização e focar no momento presente, em que as preocupações ficam de fora ajuda a eliciar afetos positivos (Fordyce, 1983).

Além do aumento dos afetos positivos, houve incremento do enfrentamento com foco no problema entre as participantes que realizaram a intervenção grupal em relação ao grupo de comparação. Esse dado está de acordo com a ideia de que o apoio social percebido - o que pode ter sido ativado na intervenção feita em grupo - pode promover estratégias de enfrentamento facilitadoras e ajudar na adaptação a mudanças e momentos estressores (Cobb, 1976). A estratégia focalizada no problema tem potencial de ser positiva, pois pode auxiliar as mães a concentrarem-se em algo avaliado como mutável e que, de alguma forma, elas podem agir para ajudar a sanar a questão (Carver & Scheier, 1994; Lazarus & Folkman, 1984), diminuindo o sentimento de impotência frente ao adoecimento dos filhos (Muscara et al., 2015; O'Malley, Kimberly, Randell, & Dowd, 2016). Além disso, tal estratégia pode ser mais efetiva para diminuir a tensão emocional (Carver & Scheier, 1994).

Da mesma forma pode ser entendida a diferença significativa encontrada entre a intervenção individual e o grupo que não a recebeu na subescala enfrentamento com foco no problema. Assim como na forma grupal, as mães individualmente podem ter tido a experiência de focar e tentar modificar o estressor mutável e ter um alívio de tensão. Por outro lado, levanta-se a hipótese de que, na intervenção individual, as participantes não tenham experimentado o apoio e acolhimento social e, portanto, não

tenham experienciado emoções positivas e bem-estar que podem estar associadas a atividades grupais e sociais (Cobb, 1976), como foi demonstrado na intervenção em grupo.

Não foram encontradas diferenças significativas na comparação entre a intervenção realizada em grupo e individualmente em nenhuma variável. Assim, a hipótese de que a intervenção de forma grupal teria efeito maior do que a intervenção individual não foi confirmada. Este resultado pode indicar que a intervenção pode trazer resultados interessantes tanto aplicada de forma grupal como individual, pois os dois formatos, conforme suas particularidades, podem trazer benefícios diferentes. Na modalidade grupal, de acordo com o que já foi descrito, as participantes podem experimentar apoio social e emoções positivas associadas a isso. Já na forma individual, as mães podem sentir-se mais à vontade para aprofundar algumas questões sem receio de serem julgadas pelos pares (Dodt, Joventino, Aquino, Almeida, & Ximenes, 2015).

Dentro dos grupos também não foram observadas diferenças significativas. Algumas hipóteses são levantadas a esse respeito. Deve-se considerar possíveis fatores intervenientes que possam ter alterado os resultados. Ameaças à validade interna podem ter ocorrido, tais como a testagem, em que foi utilizado o modelo pré e pós teste. Fazê-lo uma vez implica na próxima testagem, ainda mais sendo com os mesmos instrumentos em um curto espaço de tempo. Da mesma forma o efeito do histórico pode ter influenciado os resultados, uma vez que as mães também estavam recebendo intervenções de outros profissionais de saúde que podem ter contribuído positivamente para o bem-estar e melhora dos resultados ao longo dos dias durante a hospitalização, o que pode ter confundido ou se somado ao efeito da intervenção psicológica em si.

Outro elemento que pode ter enviesado de alguma maneira os resultados aqui descritos é o desgaste dos sujeitos e a seleção, pois houve abandono de participantes durante o processo da pesquisa, assim como havia grupos diferentes aos quais as pessoas foram alocadas. Esses são pontos passíveis de acontecer. Foram tomadas medidas para manejar e tentar contornar tais questões, como o emparelhamento prévio dos grupos através das médias dos instrumentos no pré teste, a forma de seleção alternada nos dias para recrutamento e participação na pesquisa, o moderador e avaliador da intervenção serem pessoas diferentes; além de o tempo entre o pré e pós teste não poder ser mais prolongado devido ao curto período de hospitalização. Porém, são quesitos que provavelmente comprometeram a validade interna da intervenção e que devem ser considerados. No próximo artigo desta tese estes tópicos serão apresentados e

discutidos mais detalhadamente. Ao mesmo tempo, tais ameaças à validade interna são inerentes à pesquisa com desenhos quase experimentais em psicologia, pois no campo psicológico com a complexidade das variáveis existentes em processos dinâmicos como a hospitalização torna-se difícil o estabelecimento de experimentos puros ou sem algum tipo de viés (Shaughnessy, Zechmeister, & Zechmeister, 2012). No entanto, estes desafios não devem servir como desestímulo ou impedimento para a condução de pesquisas que busquem o rigor metodológico e os níveis de evidências preconizados pelas boas práticas científicas (APA, 2006; CEBM, 2018).

Por outro lado, a hipótese de que a intervenção, seja grupal ou individual, exerceria um efeito positivo em relação ao grupo que não recebeu nenhuma intervenção foi confirmada. Este resultado vai ao encontro do que outros estudos apontam de forma teórica ou empírica (Conselho Federal de Medicina (CFM), 2018; Miller, Sherman, & Christensen, 2010; Otsuka et al., 2014).

Houve diferenças significativas entre a modalidade grupal e o grupo de comparação e a modalidade individual e o grupo de comparação em duas variáveis, com tamanho do efeito de baixo a médio. Apesar dos resultados modestos, em conjunto, os dados encontrados apontam algumas evidências de eficácia da intervenção, de acordo com os apontamentos da literatura (CEBM, 2018; CFM, 2018; Melnyk & Fineout-Overholt, 2011). Desse modo, este projeto piloto demonstra viabilidade de ser implementado e ter sua qualidade incrementada. Nesse sentido, novas investigações devem buscar aprimorá-lo e conduzi-lo com amostras maiores, a fim de serem realizadas análises estatísticas mais robustas e novas evidências serem encontradas. Ademais, os resultados encontrados aqui são fruto de um estudo que buscou estar de acordo com as diretrizes médicas de prática baseada em evidências (CEBM, 2018; CFM, 2018), considerando que a intervenção psicológica apresentada aqui tem como alvo o contexto hospitalar multiprofissional no cenário do Sistema Único de Saúde brasileiro.

Outro aspecto que merece destaque são os resultados positivos desta intervenção que foi realizada de forma pontual e focal. Assim, aponta-se que profissionais e pesquisadores possam prosseguir investindo, também, em atividades breves, pois estas demonstram benefícios (Mongrain & Anselmo-Matthews, 2012; Seligman et al., 2005). Deve-se salientar que por serem pontuais e de baixo custo são opções a serem consideradas no contexto do SUS e de condições agudas de saúde, em que o tempo de

internação pode ser curto. Além disso, nessas condições, em que o caráter emergencial e imprevisível é demarcado, tais intervenções únicas podem ser funcionais ao abordar o problema de forma pontual e focal, à semelhança do modo como este surgiu.

#### Considerações Finais

Este estudo teve por objetivo apresentar os resultados de um projeto piloto de intervenção em psicologia positiva para pais de crianças hospitalizadas com condições agudas de saúde. Os dados apontaram que a intervenção realizada em grupo aumentou os níveis de afetos positivos e o enfrentamento com foco no problema em relação ao grupo de comparação. Da mesma forma, a intervenção individual promoveu aumento do enfrentamento com foco no problema em relação ao grupo de comparação.

Apesar de alguns resultados a favor da intervenção relatados aqui, cabe fazer alguns apontamentos sobre as limitações deste estudo. Em primeiro lugar, a pesquisa foi realizada em um hospital de uma região de interior do estado do Rio Grande do Sul que atende uma população com características sociodemográficas específicas. Na amostra, predominou o perfil de mães de bebês, com faixa etária em torno de 20 anos, casadas, de baixa escolaridade e donas de casa. Nesse sentido, outros perfis de familiares de crianças hospitalizadas podem ter um aproveitamento da intervenção diferenciado do que foi apresentado aqui.

As intervenções em psicologia positiva apresentam uma variedade de exercícios e modalidades com possibilidade de ser implementadas. Para este estudo foram elencados alguns exercícios com indicação da literatura de que poderiam ser efetivos para aumentar o bem-estar (Mongrain & Anselmo-Matthrs, 2012; Seligman et al., 2005; Sheldon & Lyubomirsky, 2006). No entanto, é importante que outros formatos e outra organização das IPP sejam utilizados em futuros estudos. Por exemplo, outras intervenções pertinentes como a expressão da gratidão, o exercício do *best possible selves* e contar as bênçãos podem ser utilizadas para incrementar os afetos positivos (Emmons & McCullough, 2003; Sheldon & Lyubomirsky, 2006). Isso porque a combinação destas atividades conforme o objetivo específico da intervenção e o público alvo podem ser flexibilizados (Seligman et al., 2005). Para tanto, é importante que as possíveis combinações sejam bem embasadas e empiricamente testadas.

Por fim, ainda deve-se considerar que é relevante que haja mais de um moderador treinado que aplique as atividades, a fim de amenizar os efeitos dos fatores inespecíficos das intervenções em psicologia (Cordioli, 1998). Este ponto é importante para produzir replicações e aprimoramento das IPP de forma adequada e embasada

(Melnyk & Fineout-Overholt, 2011; Mongrain & Anselmo-Matthews, 2012).

## Intervenção em Psicologia Positiva na Pediatria: Relato de experiência

### Resumo

Este artigo apresenta o relato da aplicação e avaliação de um projeto piloto de intervenção em psicologia positiva para pais de crianças hospitalizadas com doenças agudas. O trabalho foi realizado em um Hospital Escola. Trata-se de uma intervenção que tem por objetivo diminuir sintomas de estresse, ansiedade e depressão, aumentar os níveis de bem-estar subjetivo e promover o uso de estratégias de enfrentamento adaptadas e positivas ao contexto da hospitalização infantil entre os familiares das crianças. A intervenção foi aplicada pela psicóloga responsável pela Pediatria e a avaliação foi realizada por alunos de graduação em Psicologia. Tanto a moderadora quanto os avaliadores realizaram registros após os procedimentos. A intervenção mostrou que pode ter auxiliado as mães usarem estratégias favorecedoras durante a hospitalização, bem como alternarem o seu uso conforme a demanda. Além disso, elas puderam vislumbrar elementos positivos presentes e sentirem-se apoiadas, o que vai ao encontro das intervenções em psicologia da saúde.

Palavras-Chave: Intervenção Positiva, Pediatria, Pais

### Abstract

This study presents a positive intervention pilot project enforcement and evaluation report. The intervention is directed to parents with hospitalized children with acute diseases in a School Hospital. This aimed to decrease anxiety, depression and stress symptoms, increase subjective well being and positive coping strategies to the hospital context in parents. Intervention was implemented by the psychologist of the Pediatrics unit and the intervention assessment were conducted by undergraduate students. Both psychologist and students registered their observations after procedures. Intervention may have helped mothers to use positive strategies during hospitalization and to alternate them according the need. Moreover, mothers could glimpse positive elements presents and feel supported, which agrees with the purpose of health psychology interventions.

Key Words: Positive Intervention, Pediatric, Parents

## Introdução

Este artigo tem como objetivo apresentar o relato de experiência sobre a aplicação de um projeto piloto de intervenção em Psicologia Positiva (IPP) para pais de crianças hospitalizadas com condições agudas de saúde. Este trabalho tem o propósito de compartilhar percepções e observações tanto da psicóloga que aplicou a intervenção quanto dos alunos que a avaliaram a fim de fornecer dados e detalhes que podem não ter sido captados através de instrumentos padronizados, ou ao proceder com o protocolo da intervenção. O objetivo da IPP foi aumentar os níveis de bem-estar subjetivo e propiciar o aprendizado e flexibilização de estratégias de enfrentamento positivas para a hospitalização e reduzir os sintomas de ansiedade, depressão. O trabalho foi realizado em um Hospital Escola de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul. A intervenção foi realizada pela psicóloga da instituição responsável pelos atendimentos na Pediatria e foi realizada nesta enfermaria com os acompanhantes das crianças. O procedimento foi avaliado antes e após com o uso de instrumentos padronizados sobre bem-estar subjetivo, sintomas de ansiedade, estresse e depressão e modos de enfrentamento de problemas por alunos de graduação em Psicologia treinados para tanto. Foi utilizado o conceito de *coping* para abordar a questão das estratégias de enfrentamento. Essas são definidas como esforços cognitivos e comportamentais utilizados para lidar com demandas internas ou externas que surgem em situações de estresse, em que há interação entre o indivíduo e o ambiente e a pessoa vai mudando o comportamento conforme as demandas que surgem (Folkman & Moskowitz, 2003; Lazarus & Folkman, 1984). A descrição e o protocolo completo da intervenção estão descritos no capítulo anterior desta tese. Para atingir cada objetivo foi aplicada uma atividade diferente, a saber: exercício das *Três coisas boas* (Seligman et al., 2005); compartilhamento de experiências, comparação social, apoio social, psicoeducação sobre estresse, manejo do estresse e ansiedade com técnica de relaxamento; psicoeducação sobre estratégias de enfrentamento e exercício de aprendizado a partir da observação de comportamento.

A eficácia de uma intervenção em Psicologia é obtida através da avaliação científica sistemática sobre se o tratamento funciona (APA, 2006). As evidências de eficácia da supracitada intervenção foram avaliadas demonstraram alguns resultados interessantes, os quais foram relatados no artigo anterior desta tese. Participaram deste estudo 30 mães, sendo que 12 receberam a intervenção na modalidade grupal, 10 na modalidade individual e nove compuseram o grupo de comparação feito na modalidade

grupal apenas, que recebeu uma tarefa controle de psicoeducação sobre etapas do desenvolvimento infantil típico. Das 22 mães que realizaram a intervenção, oito participaram do *follow up* por telefone realizado três meses após o procedimento com o uso de uma entrevista de avaliação da intervenção. O estudo de avaliação de eficácia mostrou que o grupo que recebeu a intervenção grupal aumentou os níveis de afetos positivos e o enfrentamento com foco no problema em relação ao grupo de comparação. Da mesma forma, a intervenção individual promoveu aumento do enfrentamento com foco no problema em relação ao grupo de comparação. Tais medidas foram tomadas através de instrumentos padronizados e avaliadas através de comparações de médias e medianas.

Contudo, outro aspecto importante de ser considerado em uma avaliação de intervenção é a sua utilidade clínica, a qual diz respeito à aplicabilidade, viabilidade e utilidade da intervenção para o seu fim específico. Essa dimensão também inclui a generalização ou extrapolação dos resultados quando a eficácia do tratamento já tenha sido estabelecida (American Psychological Association, 2006). Desse modo, para complementar os achados das evidências de eficácia e visando identificar a sua utilidade clínica, este trabalho abordou o processo da intervenção. Foram feitos relatos qualitativos obtidos através das observações registradas pela psicóloga que conduziu as intervenções imediatamente após a ocorrência dessas e dos alunos que fizeram as avaliações pré e pós-teste.

## Relatos e Discussão

### Antes da intervenção

A Pediatria é composta por duas enfermarias de cinco leitos cada. Durante o convite para a participação na pesquisa, foi observado que ao fazer o convite uma mãe influenciava a outra a aceitar ou não. Isso porque quando uma mãe aceitava ou recusava, as demais seguiam com a mesma resposta. Da mesma maneira, quando elas estabeleciam algum tipo de vínculo prévio, isso influenciava a decisão de todas participarem juntas ou não na pesquisa.

De maneira geral, o momento de apresentação da pesquisa por si só gerava reações dos cuidadores das crianças hospitalizadas. Algumas mães mostravam-se apreensivas com a intenção dos pesquisadores em verificar aspectos como: níveis de depressão, ansiedade. Outras se mostravam interessadas, expressando uma demanda (explícita ou implícita) ao serviço de Psicologia, compartilhando suas histórias e relatos desde o momento de conhecer os objetivos da pesquisa. Algumas crianças, em muitos

casos expostas diariamente a procedimentos de outros profissionais, também reagiam de maneira apreensiva e agitada à figura dos pesquisadores, sendo necessário um diálogo tranquilizador com as mesmas, para além da interação com as mães participantes.

Além disso, nas intervenções em grupo, algumas mães haviam recusado previamente a participação na pesquisa. No entanto, durante a intervenção essas mesmas mães participavam junto do grupo, o que não foi interrompido pela psicóloga que conduzia o estudo para não prejudicar o vínculo com as demais mães e manter a postura acolhedora da intervenção. No entanto, essas pessoas não entraram para a amostra final, uma vez que não realizaram o procedimento de avaliação pré e pós teste. A participação das mães que a princípio haviam recusado entrar no estudo pode ser entendida devido a receio das participantes em assumir tratar do tema da pesquisa, apesar da garantia de sigilo dada durante a apresentação do estudo. Outra possibilidade pode ser de que, ao ver na prática em que consistia a atividade, a participante se sentia motivada e mais à vontade em engajar-se nela.

Durante a aplicação dos questionários houve desistências por serem extensos. Algumas pessoas achavam difíceis de responder por não conseguirem mensurar a resposta ao item ou por não saberem os significados de algumas palavras. Essas questões podem estar relacionadas ao baixo nível de escolaridade verificado das participantes, o que pode ter dificultado a compreensão dos itens dos instrumentos, especialmente dos mais extensos. Isso aponta para a escassez de instrumentos breves padronizados com boas propriedades psicométricas para avaliações de populações com baixa escolaridade, especialmente em relação aos construtos bem-estar subjetivo e modos de enfrentamento de problemas. (Guimarães Neto & Porto, 2017). Além disso, o público pode não compreender totalmente o motivo de realizar estudos, tampouco a importância em aderir à participação desses. Esse aspecto pode estar relacionado a não valorização do desenvolvimento e incentivo à ciência brasileira de modo geral. Assim como associado às dificuldades de implementação de pesquisas científicas no ambiente hospitalar, especialmente no âmbito da saúde pública em que há carência de recursos humanos e financeiros para suprir a complexa demanda de atendimento de diferentes ordens (Ministério da Saúde, 2017). Por outro lado, seja pela lacuna de instrumentos breves e confiáveis para uso no contexto hospitalar, seja pela formação ou escolha de perspectiva teórica, seja pela dificuldade de fazer coleta de dados com grandes amostras, muitos pesquisadores em psicologia acabam optando por métodos qualitativos para a implementação de pesquisas neste ambiente (Minayo, 2013). Tal questão da

aplicação dos instrumentos pode ser entendida como uma limitação metodológica do presente estudo. Por outro lado, aquelas participantes que desistiram de preencher os instrumentos foram excluídas da amostra final da pesquisa. Mesmo porque, segundo as considerações éticas de pesquisas com seres humanos, as pessoas têm a garantia de desistência da participação em estudos a qualquer momento. As mães que decidiram participar de todas as etapas do estudo finalizaram os questionários com poucas dúvidas e foram todas acompanhadas durante o preenchimento pela equipe de pesquisa, sendo auxiliadas quando necessário. Esse procedimento buscou amenizar as possíveis dificuldades que as participantes pudessem ter e minimizar os vieses da avaliação pré e pós-intervenção. Sugere-se que esse apoio da equipe de pesquisa durante a coleta de dados com as participantes seja bem treinado antes com os avaliadores e de fato realizado para facilitar esta importante etapa da pesquisa. Os alunos auxiliavam as mães esclarecendo o significado de algumas palavras, ou mesmo facilitavam o preenchimento dos instrumentos, conforme a participante solicitasse ajuda.

#### Durante a intervenção

Durante a aplicação da intervenção, um aspecto que chamou atenção foi a importância da flexibilidade e acolhimento dos temas que pudessem emergir por parte da moderadora, considerando que a experiência da hospitalização em uma situação emergencial e aguda pode motivar diferentes estressores avaliados por cada pessoa. Assim, apesar da intervenção seguir um protocolo, cada uma era diferente da outra, pois os temas eram trabalhados conforme as participantes propunham e elas conduziam. Tal postura flexível e acolhedora pode ter beneficiado as mães a sentirem-se amparadas sem julgamento. Além disso, o elemento da flexibilidade é importante uma vez que a intervenção estava sendo implementada pela primeira vez, de modo a possibilitar ajustes e melhorias. Nas intervenções em grupo esse apoio pareceu mais evidente, na medida em que elas podiam trocar experiências entre si e perceber que os pares passavam por situações semelhantes.

No momento em que se tratava da psicoeducação sobre as estratégias de enfrentamento, muitas participantes demonstravam e relatavam alívio ao saber que as estratégias não são boas ou ruins a priori, mas que variam conforme a situação e o indivíduo, e que, muitas vezes, a eficácia do seu uso está em conseguir alterná-las. Outro aspecto interessante sobre o momento da intervenção diz respeito ao visível incremento de emoções positivas que as mães experienciavam quando realizavam o exercício das *Três coisas boas*. O fato de ele finalizar a intervenção, de forma a fazer

um fechamento visualizando os aspectos positivos pode ter favorecido esse incremento dos afetos positivos e deixado uma boa impressão nas participantes a respeito do encontro. Essa questão concorda com resultados relatados em outros estudos que usaram esse exercício (Mongrain & Anselmo-Mathews, 2012; Seligman et al., 2005). Ainda pode ser entendido como uma evidência de que as pessoas conseguem experienciar emoções positivas mesmo em situações estressoras. Ao mesmo tempo, o incremento nelas mostra que as IPP funcionam também com aqueles que estão mais propensos a apresentarem níveis mais altos de estresse e ansiedade (Seligman et al., 2005). Este é um resultado favorável e encorajador com relação à continuidade de replicação das IPP.

#### Após a intervenção

Em atendimentos subsequentes da psicologia algumas participantes seguiam falando dos temas abordados na intervenção. Este fato foi ainda mais evidente nas intervenções realizadas em grupo, pois as participantes continuavam conversando nos quartos sobre os assuntos da intervenção. Assim como acontecia na aplicação dos questionários pós-intervenção, enquanto respondiam, surgiam conversas que era possível classificar como a continuação da intervenção realizada, compartilhando suas experiências hospitalares e a forma como lidaram com elas em outros momentos. Além disso, embora existisse um breve questionário a ser preenchido pelas participantes, com o intuito de avaliar a intervenção, por vezes esse *feedback* foi comunicado de maneira verbal no momento da aplicação dos instrumentos, quando as participantes agradeciam ou relatavam mais tranquilidade em relação ao dia anterior da aplicação da intervenção.

Apona-se que a atividade realizada no grupo de comparação também gerou algum impacto positivo relatado pelas participantes após o procedimento. O exercício realizado em grupo promoveu, à semelhança do que foi percebido na intervenção grupal, sentimento de apoio e acolhimento mútuo entre o grupo de pares, o que elicia, ainda que momentaneamente, alívio de estresse e ansiedade. Isso porque o espaço serviu para tirar dúvidas da saúde e do desenvolvimento das crianças de forma geral, o que pode ter desviado um pouco o foco da situação estressora. No entanto, ressalta-se que este benefício pode ser ainda maior se a intervenção estruturada for aplicada, pois com ela há a possibilidade de as participantes vivenciarem maior bem-estar.

#### Três meses após a intervenção

Foi realizado um *follow up* três meses após a realização da intervenção por telefone com o uso do questionário de avaliação de intervenção (NEPP, 2016b)

(ANEXO H). Tal instrumento foi estruturado em três questões com cinco alternativas de respostas fechadas e três questões abertas. Avalia a percepção dos pais sobre o aproveitamento ao ter participado do encontro, o aprendizado das informações transmitidas, possíveis mudanças de atitudes a partir da intervenção e espaço para críticas e sugestões.

Foi possível o contato com oito mães. Dessas, quatro afirmaram ter gostado da intervenção, três disseram que o encontro as ajudou, sendo que uma afirmou que “veio no momento certo” e uma ressaltou que “a moça (pesquisadora) foi muito atenciosa”. Apenas uma participante relatou que “tudo que a gente falou, falou e falou não me serviu de nada”. Sobre a intervenção as ter auxiliado de alguma forma, as participantes relataram que foi um aprendizado, uma forma de distração, pois “ajuda a tirar a cabeça dali”. Também foi dito que o procedimento “tira o estresse”. Uma participante contou que estava “muito raivosa e que a pesquisa a desvirtuou disso”. Ainda foi mencionado pelas mães que é importante não ficar apenas focada na doença, remédio e dor. As mães disseram que recomendariam a outras mães com crianças hospitalizadas que passassem pela intervenção, pois isso as beneficiaria e que os resultados da pesquisa fossem usados para “fazer alguma coisa”.

No entanto, é importante ressaltar as limitações apresentadas pelo procedimento de *follow up*. Por se tratar de uma ligação telefônica, houve perda da amostra em função de falhas nas linhas (envio para caixa postal) e pelo não atendimento do telefonema, o que pode ter acontecido por diferentes motivos. Além disso, houve recusas, as quais podem ter sido motivadas por diversas questões de distintas ordens. Porém, entre essas, pode estar a recusa relacionada a alguma limitação da intervenção. Por outro lado, ao ofertar a avaliação a partir de um telefonema facilitamos o acesso, a possibilidade de participação e a própria facilidade de negar-se a participar, garantindo o direito das participantes. Além disso, ao adotar um questionário curto e de rápida aplicação, por um lado a avaliação ficou limitada, por outro, facilitou o entendimento e agilizou o processo não o tornando cansativo e desgastante tanto para as participantes quanto para os pesquisadores.

#### Considerações Finais

Deve-se considerar que situações estressoras acontecem durante toda a vida, a qualquer tempo, com qualquer pessoa. Por isso, o adequado gerenciamento do estresse e o enfoque nos aspectos positivos, especialmente de situações emergenciais e pouco previsíveis, pode favorecer as famílias que passam por situações de condições agudas de

saúde com suas crianças.

Infelizmente, os psicólogos ainda pensam pouco sobre como encorajar as pessoas a olhar e valorizar as suas qualidades e forças (Sheldon & King, 2011). Um exemplo disso é o poder da experimentação das emoções positivas que facilita a criação de habilidades e recursos (Frederickson, 2001). Nesse sentido, a intervenção buscou eliciar a experimentação de bem-estar subjetivo, mesmo durante o processo de hospitalização e adoecimento. O fato de as participantes conseguirem identificar fatores positivos que ocorreram com elas durante aqueles dias no hospital pode ser uma evidência das potencialidades e forças das famílias. Quando elas conseguiam reconhecer esses aspectos favoráveis em si mesmas, a expressão dos afetos positivos parecia mais sólida. Isso porque a partir da compreensão de que havia coisas boas acontecendo com as participantes e que elas também possuíam ou poderiam aprender recursos positivos para enfrentar aqueles dias no hospital, percebia-se o alívio das mães e a vivência de sentimentos bons, expressados através de palavras de gratidão às pessoas que as ajudaram, ao reconhecimento da melhora da criança, através de muitos sorrisos ao perceber que aquele momento de estresse iria ter um término próximo, de momentos de humor e descontração entre elas.

Além disso, o modo como as pessoas encaram a própria vida faz diferença, uma vez que as que relatam serem felizes são aquelas que enfocam e valorizam o que têm, e não se preocupam com o que não têm (Lyubormirsky, 2001). Tal aspecto foi demonstrado nas falas das participantes que valorizavam poder ter a equipe de saúde à disposição para os cuidados da criança e esta fornecer um atendimento considerado bom pela maioria. As genitoras valorizavam positivamente a organização das enfermarias e os diferentes profissionais que as atendiam.

Devido a esta característica de reavaliar a vivência da hospitalização e conseguir apontar aprendizado e valorizar aspectos positivos, o conceito de crescimento pós-traumático faz sentido para a compreensão desses fenômenos observados. Apesar das controvérsias a respeito deste construto e das formas de avaliá-lo, ele pode ajudar a elucidar o entendimento das mães que a experiência de hospitalização e adoecimento de seus filhos também teve componentes positivos e pode preparar melhor as cuidadoras para futuras possíveis intercorrências (Frazier et al., 2009). A condição aguda de saúde da criança ocorre em caráter emergencial, em que não há como prever, o que pode acarretar altos níveis de estresse em pouco tempo para a família. Porém, o fato de as crianças receberem o adequado atendimento médico que permitiu a melhora clínica das

crianças, assim como a assistência de outros profissionais da saúde, além do apoio social percebido vindo da família e das outras mães de outras crianças internadas; pôde facilitar a passagem da experiência da hospitalização e adoecimento e ter deixado algum aprendizado benéfico.

Ao mesmo tempo, o conceito de resiliência também pode ser útil para pensar o mesmo fenômeno, uma vez que busca compreender como as pessoas sobrevivem a situações adversas. No contexto da Psicologia da Saúde Pediátrica a resiliência pode ser considerada como atingir os marcos do desenvolvimento esperados para cada etapa, comportamento funcional e a experimentação de bem-estar, apesar dos desafios do adoecimento (Hilliard, McQuaid, Nabors, & Korey, 2015). Os indicadores da resiliência podem aparecer em experiências positivas e a manutenção do desenvolvimento típico, ou ainda em vivências com baixos níveis de estresse e disfunção.

Com efeito, a intervenção parece ter auxiliado as mães a alternarem as estratégias favorecedoras durante a hospitalização, vislumbrarem elementos positivos presentes neste evento e sentirem-se apoiadas, vai ao encontro do que preveem as intervenções em psicologia da saúde que visam incrementar a resiliência. Essas têm o intuito de contribuir no sentido de entender comportamentos modificáveis, tais como a gestão do estresse, promoção de resiliência e ativação das redes de apoio (Matos, 2004).

Por fim, retoma-se que este trabalho apresentou a experiência da aplicação e avaliação de uma intervenção em psicologia positiva para pais de crianças hospitalizadas com condições agudas de saúde. Foram observadas e discutidas algumas questões pertinentes. Aponta-se que a intervenção trouxe alguns resultados benéficos para as participantes. No entanto, a aplicação de estudos com delineamentos mais elaborados ainda apresenta-se como um desafio aos pesquisadores em hospitais.

## CAPÍTULO V

### Considerações Finais

Este trabalho abordou os estressores e as estratégias de enfrentamento utilizadas por pais de crianças hospitalizadas com condições agudas de saúde e a construção, implementação e avaliação de uma intervenção em psicologia positiva destinada a esses genitores. Para isso, foram realizados dois estudos. O primeiro estudo foi dividido em um capítulo teórico e dois artigos empíricos. O primeiro artigo empírico buscou identificar e descrever os principais estressores e as estratégias de enfrentamento utilizadas por pais no contexto da hospitalização de seus filhos. Os resultados deste mostraram que as categorias mais relevantes para as participantes foram as preocupações com a doença, questões institucionais e as relacionadas à falta da rede de apoio. O estudo reforçou a necessidade das equipes de saúde atentarem para apoiar as famílias com as rotinas do hospital, esclarecendo dúvidas e acolhendo os sentimentos e estimular a busca e manutenção dos vínculos familiares positivos. O trabalho também evidenciou que as estratégias utilizadas pelas participantes foram similares às descritas pela literatura. Houve ênfase no benefício do uso da rede de apoio e das tecnologias durante a internação.

O segundo estudo teve por objetivo construir, aplicar e avaliar a intervenção *Em Frente*. Ele foi dividido em um trabalho que apresentou a base teórica e o protocolo completo da intervenção, um estudo de avaliação de sua eficácia e um relato de experiência de sua aplicação e avaliação. A intervenção demonstrou viabilidade de ser implementada. As evidências de eficácia mostraram resultados positivos, em que, de modo geral, os objetivos da intervenção foram atendidos. As participantes que realizaram o procedimento individualmente e em grupo aumentaram significativamente os níveis de afetos positivos e a estratégia de enfrentamento com foco no problema após a intervenção em relação às participantes do grupo de comparação. Além disso, os resultados da intervenção em grupo foram melhores do que os da intervenção individual, o que aponta que, conforme a literatura indica, em hospitais pode ser mais favorável o trabalho em grupo com as pessoas.

Ao mesmo tempo, a atividade com o grupo de comparação também gerou algum impacto positivo, o qual foi relatado pelas participantes após o procedimento. O exercício realizado neste grupo promoveu, à semelhança do que foi percebido na intervenção grupal, sentimento de apoio e acolhimento mútuo entre os pares, o que elicia, ainda que momentaneamente, alívio de estresse e ansiedade. O objetivo do grupo

de comparação foi esclarecer dúvidas sobre o desenvolvimento global das crianças. Este momento pode ter desviado um pouco o foco da situação de doença, ampliando a perspectiva para enxergar a criança como um todo. Inclusive, para ajudar as mães a valorizar aspectos de saúde e do desenvolvimento que os filhos têm. No entanto, ressalta-se que o benefício a elas pode ser ainda maior se a intervenção estruturada for aplicada, pois com esta há a possibilidade de as participantes aumentarem significativamente os níveis de bem-estar. Ainda, é importante comentar que, segundo os resultados apresentados no artigo *Projeto piloto de intervenção em PP*, houve um decréscimo nos níveis dos afetos positivos e do enfrentamento do problema no grupo de comparação entre o pré e pós teste. Este decréscimo não foi estatisticamente significativo, no entanto ele chama a atenção, pois pode ser mais um indicador de benefício que a intervenção pôde trazer às mães e que aplicar a intervenção pode ser melhor do que não aplicar. Uma hipótese que se levanta é que no grupo de comparação podem ter sido mobilizadas questões dos estressores da hospitalização que não foram o foco do trabalho com as mães que participaram deste grupo. Ainda, há o fato de que as mães conversam entre si e provavelmente ficaram sabendo da ocorrência da intervenção com outras mães, e isso pode as ter mobilizado de alguma forma. Mesmo que os grupos ocorressem em enfermarias diferentes e em dias da semana distintos, em um hospital pequeno as informações circulam rapidamente. Por isso, em futuros estudos, sugere-se atentar para este fato e buscar minimizar este possível viés. Contudo, deve-se considerar as ameaças à validade interna da intervenção (histórico, testagem, seleção) discutidas, as quais podem ter influenciado os resultados.

Com relação ao procedimento de avaliação da intervenção três meses após a sua realização via contato telefônico, cabem algumas considerações. Foi escolhido realizar o *follow up* por telefone devido ao fato de muitas mães residirem em cidades vizinhas à que foi realizada a pesquisa, além de muitas morarem em zonas rurais. Assim, esta alternativa mostrou-se como viável e teve por objetivo facilitar o acesso das participantes à continuidade da pesquisa. Por outro lado, também houve perda da amostra. Contudo, entre aquelas que puderam ser contatadas e participaram desta etapa, foram relatados resultados positivos. De maneira geral, todas afirmaram que a intervenção realizada no hospital as ajudou e recomendariam que outras mães também a recebessem no momento da hospitalização dos filhos. No entanto, para chegar a este resultado foi utilizado apenas um questionário com três perguntas fechadas e duas perguntas abertas em que as mães podiam falar livremente. Poderiam ter sido utilizados

outros instrumentos padronizados para aferição mais precisa e válida. No entanto, a aplicação desses por telefone poderia ficar comprometida. Portanto, indica-se a relevância da realização da avaliação meses após a intervenção. No entanto, sugere-se revisar, conforme cada realidade de hospital, a maneira de implementar esta etapa. Talvez em alguns locais em que o público atendido resida na mesma cidade e, havendo recurso financeiro e de tempo do pesquisador, o *follow up* pudesse ser realizado via visita domiciliar pelo hospital. Contudo, isto deve ser avaliado conforme a viabilidade factível de cada caso.

Ainda sobre o procedimento de implementação e avaliação da *Em Frente*, retoma-se a escolha de esta ter sido focal e a avaliação de pós teste ter sido realizada no dia após a realização do procedimento devido ao tempo curto de hospitalização nos casos de doenças agudas. Contudo, caso este protocolo de intervenção seja adaptado para pacientes ou familiares com outras situações de saúde em que o tempo de hospitalização seja mais prolongado, a intervenção pode ser desmembrada em mais sessões. Da mesma forma, a avaliação pós teste pode ser feita em um espaço de tempo mais longo. No entanto, retoma-se a importância de psicólogos hospitalares, devido às características da instituição já mencionadas anteriormente, pensarem na necessidade de intervenções breves, baseadas em evidências e de baixo custo direcionadas a este contexto.

Os resultados desta tese evidenciam a mudança de perspectiva do fenômeno de adoecimento e hospitalização que, especialmente, os psicólogos da saúde podem ter. Isso porque a psicologia positiva chama atenção dos psicólogos para uma perspectiva mais aberta a olhar para o potencial e capacidades humanas (Sheldon & King, 2001). Nesse sentido, cabem as aplicações teóricas e práticas da PP no campo do hospital. O funcionamento adaptativo não deve ser observado apenas através da ausência de problemas psicológicos. De fato, a maioria das pessoas relata estar feliz e satisfeita com suas vidas (Myers, 2000). Desse modo, os psicólogos devem encorajar e buscar conhecer mais sobre o lado positivo da vida.

Relembra-se que as pessoas, mesmo em situações adversas, preservam recursos que podem lhes favorecer para a passagem de um evento estressor como a hospitalização. No entanto, é importante que os profissionais de saúde, especialmente a psicologia, possam ter essa proposição balizando o trabalho nos atendimentos.

Em relação à construção da intervenção apresentada nesta tese, cabem algumas considerações. O delineamento e estrutura dela foram pensados para o contexto

hospitalar, especialmente para hospitais do sistema público de saúde. Isso porque esta tese busca ter um compromisso com o retorno da produção de conhecimento científico para a prática de profissionais. Sendo o trabalho dos psicólogos realizado a partir de estudos empiricamente embasados em psicologia na área de saúde pública, aumentam as chances de os pacientes e familiares que utilizam o Sistema Único de Saúde em hospitais serem beneficiados direta ou indiretamente pelas pesquisas realizadas em grandes programas (Leonardi & Meyer, 2015; Tonetto & Gomes, 2007). Além disso, o cenário da saúde pública, principalmente em regiões geográficas mais afastadas de grandes centros, apresenta problemas de diversas ordens, entre os quais déficits de recursos materiais e humanos. Nesse sentido, cabem intervenções pontuais, que mostrem evidências de efetividade/eficácia e que sejam replicáveis através de treinamentos breves com os profissionais. Assim, ressalta-se a importância do compromisso ético e social da pesquisa para com a rede de saúde do hospital em que foi realizado o estudo, uma vez que este é referência de atendimento na linha materno infantil para a extensão sul do estado.

Durante a coleta de dados da pesquisa, bem como a experiência e prática diária da psicóloga responsável pelo estudo, foi observada a necessidade de protocolos de intervenções bem embasados teórica e empiricamente a fim de conferir maior qualidade aos atendimentos prestados pela psicologia, bem como pelo seu reconhecimento perante os demais profissionais de saúde das equipes. Isso porque a tradição da chamada “Psicologia Hospitalar” no Brasil ainda guarda uma visão de que o trabalho do psicólogo é algo subjetivo, em que os resultados não são observáveis ou mensuráveis (Tonetto & Gomes, 2007). De fato, devido à complexidade de variáveis envolvidas nos fenômenos psicológicos em torno do adoecimento e hospitalização, em alguns casos os efeitos das intervenções psicológicas são melhores descritos através de indicadores qualitativos. Tal como nos artigos desta tese que descreveram os principais estressores e estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pais das crianças.

No entanto, apesar da riqueza qualitativa de conteúdos, a psicologia enquanto ciência e profissão também pode demonstrar achados e dar visibilidade ao seu trabalho com alguns indicadores quantitativos, os quais mostram-se mais palpáveis para os demais profissionais com a formação ainda voltada para a lógica biomédica, apesar da prerrogativa da visão de saúde como fenômeno biopsicossocial para a prática em saúde (Ministério da Saúde, 1990). Inclusive, tais indicadores quantitativos auxiliam no diálogo com os colegas de equipe, uma vez que no SUS também é previsto o trabalho

de forma inter ou transdisciplinar (Ministério da Saúde, 1996). Assim, o conhecimento e uso de protocolos embasados em evidências de intervenções é uma forma que pode facilitar a comunicação na equipe, que é uma das atribuições do psicólogo no contexto hospitalar (APA, 2006). Isso porque uma vez que o profissional tenha ciência de qual intervenção está realizando e em que ela está baseada, é mais provável que a sua comunicação e discussão dos resultados de sua prática seja mais direta e clara. Além do profissional estar bem capacitado nesta prática, é importante que ele dê visibilidade através dela sobre o que está fazendo no seu cotidiano de trabalho dentro do hospital (Ministério da Saúde, 1996). Pela lógica de funcionamento desta instituição, ainda eminentemente médica em muitos locais, tanto as equipes como os pacientes podem não entender qual a função e em que o trabalho do psicólogo pode contribuir no hospital.

Outra consideração sobre a intervenção, especificamente sobre o exercício das *três coisas boas* (Seligman et al., 2005), é o fator de motivação em realizá-la. Lyubomirsky (2001) aponta que os afetos positivos e a felicidade são mais facilmente de serem experienciados se a pessoa está disposta a fazê-lo. Nesse sentido, a motivação em realizar exercícios que sabidamente objetivam aumentar o bem-estar e emoções positivas já pode ser considerado um indicador de que a intervenção terá benefícios para as pessoas, pois provavelmente elas conseguiram atingir este estado positivo (Fredrickson, 2001; Lyubomirsky, 2001). O exercício das *três coisas boas*, testado junto com outras intervenções em psicologia positiva por Seligman et al. (2005) aconteceram *online*. Os participantes acessavam o site e tinham algum grau de motivação para experienciar questões positivas, uma vez que sabiam o propósito de realizar os exercícios propostos. Essas mesmas intervenções foram replicadas presencialmente novamente e mostraram resultados positivos, de modo geral (Mongrain & Anselmo-Matthews, 2012). Tais constatações dão margem para a continuidade de replicações desses exercícios, a fim de seguir testando sua utilidade clínica e eficácia. Por isso, é importante relativizar e ter cautela ao utilizar os dados relatados aqui ao extrapolá-los para outras pessoas em outros contextos sem antes testá-los. Por outro lado, o fato de mães com filhos hospitalizados por condições emergenciais de saúde, o que acarreta altos níveis de estresse, terem aumentado os níveis de afetos positivos após realizarem a intervenção demonstra resultados promissores em relação a ela. Isso pode significar que a intervenção seja interessante tanto para pessoas que estão dispostas a experienciar sentimentos bons, quanto aquelas que estejam passando por uma situação estressora em potencial. Porém, no que diz respeito a estas ponderações, devemos lembrar que, de

modo geral, as pessoas relatam e desejam estarem felizes, mesmo que passem por vivências difíceis (Lyubomirsky, 2001; Myers, 2000).

Em relação à integração e continuidade dos dois grandes estudos, um fato interessante foi observar que muitos dos conteúdos trazidos no estudo 1 sobre os estressores e estratégias apareceram como temas das intervenções no estudo 2. Cabe lembrar que os participantes dos dois estudos eram diferentes, inclusive as que fizeram parte do estudo 1 não podiam participar do estudo 2. Em alguns casos, algumas mães que haviam participado do primeiro estudo estavam no momento em que o segundo estava sendo realizado. Duas mães solicitaram participar do estudo 2. Nesses casos, a intervenção foi aplicada individualmente, mas não entraram para a amostra do estudo 2. Esses fatos demonstram que o tema da pesquisa sendo conduzida, de alguma forma, mobilizava as mães e fazia com que elas se engajassem em participar. Inclusive, houve vezes em que elas se incentivavam mutuamente a aderir ao estudo. Isto pode ajudar a explicar os dados otimistas da intervenção em que as mães aumentaram os níveis de afetos positivos significativamente, o que vai ao encontro da ideia que para experienciar bem-estar a pessoa deve ter alguma disposição para isso (Lyubomirsky, 2001). Ressalta-se, por fim, que apesar de estressores comuns em diferentes hospitais e situações de saúde, a percepção positiva de apoio social, o uso de tecnologias e a assistência empática da equipe de saúde são questões que facilitam beneficentemente a passagem da hospitalização e adoecimento das crianças e suas mães.

Com relação à categoria de uso de tecnologias como um recurso positivo para o enfrentamento da hospitalização, ressalta-se tratar de um tema contemporâneo e promissor como alvo de novos estudos. Tendo em vista que este é um assunto pouco investigado, e que de forma geral, são enfocadas apenas as consequências negativas do uso abusivo da tecnologia (Fortim & Araujo, 2013; Griffiths, 2000). Por isso, aponta-se a necessidade de entender este fenômeno como algo benéfico para as famílias que, inclusive, pode fornecer subsídios para favorecer a hospitalização das crianças.

Como todo estudo, esta tese apresenta limitações. No primeiro estudo, o uso da entrevista com questões abertas e amplas pode ter gerado um viés em que o participante seleciona apenas um tema de sua escolha dentro da pergunta, o que pode ter restringido os dados obtidos. Além disso, a amostra apresentou heterogeneidade em termos de organização familiar, idade da criança e motivos de internação. No entanto, isso também pode ser considerado no sentido de que quanto mais pessoas diferentes relatam o mesmo tema, isso pode significar que o tema é relevante e dá um panorama de forma

global sobre o fenômeno estudado (Patton, 2002).

Em relação ao segundo estudo, cabe destacar as dificuldades em implementar experimentos fora do laboratório, ou ainda criar situações que “naturalmente” poderiam não ocorrer (Robson, 2011; Shaughnessy, Zechmeister, & Zechmeister, 2012). Pensando na premissa de o *padrão ouro* de delineamento experimental e a qualidade das evidências empíricas (APA, 2006; Robson, 2011), o segundo estudo utilizou o desenho quase-experimental, em que os participantes não foram selecionados e alocados nos grupos randomicamente. Também o avaliador sabia de qual grupo o participante iria fazer parte, descaracterizando o duplo cego e houve ameaças à validade interna da intervenção. Na amostra do estudo predominou o perfil mães de bebês, com faixa etária em torno de 20 anos, casadas, de baixa escolaridade e donas de casa. Nesse sentido, outros perfis de familiares de crianças hospitalizadas podem ter um aproveitamento da intervenção diferenciado do que foi apresentado, o que justifica novos estudos com outras amostras a fim de testar a viabilidade de replicação e comparar os resultados.

Ainda no que diz respeito à amostra, o tamanho foi modesto, tendo em vista as dificuldades de coletas de dados que serão relatadas a seguir. Assim, sugere-se que novas investigações busquem ampliar o número de participantes a fim de poder realizar análises estatísticas mais robustas e verificar se os resultados são semelhantes ou contraditórios aos descritos aqui.

As dificuldades na coleta de dados foram a alta rotatividade dos pacientes, os diferentes tempos de internações, dificuldades quanto à espaço físico para realização das entrevistas, à semelhança dos empecilhos relatados em outros estudos (Adami, Salzano, Castro, & Stefanelli, 1996; Leite & Vila, 2005). Também se verificou dificuldade em acessar os acompanhantes devido à própria rotina hospitalar. Muitas pessoas convidadas a participar eram as únicas acompanhantes das crianças, e devido a procedimentos diversos (como exames, banhos, procedimentos), ficavam impossibilitados de interromperem tais atividades para responder às entrevistas, apesar dos esforços da equipe de pesquisa em retornar em diferentes momentos para fazer as coletas de dados.

Por fim, sugere-se que em novas investigações sejam treinados mais de um moderador para aplicar a intervenção, a fim de amenizar os efeitos dos fatores inespecíficos das intervenções em psicologia (Cordioli, 2008) e obter mais evidências de viabilidade e eficácia. No mesmo sentido de aprimorar a avaliação da intervenção, também se indica que os avaliadores não saibam a qual grupo a participante irá fazer parte.

Espera-se que o trabalho iniciado nesta tese possa contribuir em algum nível com a prática de psicólogos da saúde, especialmente aqueles inseridos em hospitais. Podem haver aqueles interessados em replicar a intervenção aqui proposta. Assim como psicólogos pesquisadores motivados em refinar a intervenção, aplicando-a em amostras maiores a fim de poder realizar análises com maior poder, ou ainda que ampliando o trabalho para outras populações para verificar a sua viabilidade e utilidade. Contudo, se esta tese puder iniciar um debate e reflexão teórica a respeito das contribuições da Psicologia Positiva à Psicologia da Saúde entre acadêmicos e profissionais, já terá cumprido em grande parte seu propósito. A autora deste trabalho considera este caminho de intersecções teóricas e práticas uma abordagem interessante de ser investida e continuada. Cabe lembrar que ninguém está livre de adoecer, ou de precisar ficar hospitalizado, tampouco de que esta situação ocorra emergencialmente. No entanto, as pessoas não deixam de ter aspectos positivos neste momento. Precisamos lembrar-nos disso. No hospital não existe só doença.

## Referências

- Adami, N. P., Salzano, S. D. T., Castro, R. A. P., & Stefanelli, M. C. (1996). Situação de pesquisa em enfermagem em hospitais do município de São Paulo. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 4(1),5-20.
- Albuquerque, A. S., & Tróccoli, B. T. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 153-164.
- Almeida, R. A., & Malagris, L. E. N. (2011). A prática da psicologia da saúde. *Revista SBPH*, 14(2), 183-202.
- Almeida, R. A. (2010). Possibilidades de utilização da psicoterapia breve focal em hospital geral. *Revista da SBPH*, 13(1), 94-106.
- Alvarez, J. S. et al. (2016). Associação entre espiritualidade e adesão ao tratamento em pacientes ambulatoriais com insuficiência cardíaca. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 106(6), 491-501.
- American Psychological Association. (2006). Evidence-based practice in psychology: APA presidential task force on evidence-based practice. *American Psychologist*, 61(4), 271-285.
- Anderson, C. M., Reiss, D., & Hogarty, B. (1986). *Schizophrenia and the family*. New York: Guilford Press.
- Angerami-Camon, V. A. et al. (2010). *Psicologia Hospitalar- Teoria e Prática*. São Paulo: Cengage Learning.
- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de *coping*: Uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3, 42-54.
- Araujo, J. A., & Leitão, E. M. P. (2012). O cuidador do paciente em cuidados paliativos: Sobrecarga e desafios. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ*, 10,77-81.
- Arvola, T., Tahvanainen, A., & Isolauri, E. (2000). Concerns and expectations of parents with atopic infants. *Pediatric Allergy and Immunology: Official Publication of the European Society of Pediatric Allergy and Immunology*, 11(3),183-188.
- Azevedo, A. V. S., & Santos, A. F. T. (2011). Intervenção psicológica no acompanhamento hospitalar de uma criança queimada. *Psicologia Ciência e Profissão*, 31(2), 328-339.
- Baptista, M. N. (2010). Questões sobre avaliação de processos psicoterápicos. *Psicologia em Pesquisa*, 4(2),109-117.

- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Barrera, J. M. (1986). Distinctions between social support concepts measures, and model. *American Journal of Community Psychology*, 14(4), 413-445.
- Barros, L., & Greffin, K. (2017). Supporting health-related parenting: A scoping review of programs assisted by the Internet and related technologies. *Estudos de Psicologia*, 34(3), 331-344.
- Beutler, L. E. (1998). Identifying empirically supported treatments: What if we didn't? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1),113-120.]
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*,13-119.
- Bortolote, G. S., & Brêtas, J. R. S. (2008). O ambiente estimulador ao desenvolvimento da criança hospitalizada. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42(3), 422-429.
- Boyd, R. C., Scharko, A. M., Cole, J. C. M., Patterson, C. A., Benton, T. D., & Power T. J. (2016). Training pediatric psychologists for perinatal behavior health services in a pediatric hospital *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 23,99-111.
- Brasil. Conselho Nacional de Saúde (2016). *Diretrizes e normas para pesquisa envolvendo seres humanos. RESOLUÇÃO Nº 510, de 7 de abril de 2016*. Brasília: Diário Oficial da União; Poder Executivo, publicado em 7 abril. 2016. Seção I, p.1-9.
- Brasil. Ministério da Saúde (2013). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Área técnica da saúde da criança e aleitamento materno. *Caderneta de saúde da criança*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde (2017). Secretaria Executiva. Subsecretaria de Orçamento e Planejamento. *Relatório anual de gestão (RAG)*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brazelton, T. B. (2003). Hospitalização. In T. B. Brazelton (Ed.) *Momentos decisivos do desenvolvimento infantil* (pp.), Porto Alegre: Artmed.
- Brazelton, T. B. (1988). *O desenvolvimento do apego: Uma família em formação*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4),822-848.
- Calvetti, P. Ü., Muller, M. C., & Nunes, M. L. T. (2007). Psicologia da saúde e psicologia positiva: Perspectivas e desafios. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 27(4), 706-717.
- Campbell, L., DiLorenzo, M., Atkinson, N., & Riddell, R. P. (2017). Systematic review: A systematic review of the interrelationships among children's coping responses, children's coping outcomes, and parent cognitive-affective, behavioral and contextual variables in the needle-related procedures context. *Journal of Pediatric Psychology*, 42(6), 611-621.
- Capitão, C. G., & Baptista, M. N. (2015). Avaliação psicológica da saúde: Um campo em construção. In M. N. Baptista & R. R. Dias (Eds.), *Psicologia Hospitalar: Teoria, aplicações e casos clínicos* (pp. 3-13). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., & Robinson, D. S., Ketcham, A. S., Moffat, F. L., & Clark, K. C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(2), 375-390.
- Carver, C. S., & Scheier, M.F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 184-195.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 879-889.
- Casellas-Grau, Font, & Vives (2014). Positive psychology in breast cancer. A systematic review. *Psychooncology*, 23(1),9-19.
- Castro, E. K., & Bornholdt, E. (2004). Psicologia da Saúde x PsicologiaHospitalar. *Psicologia Ciência e Profissão*, 24(3), 48-57.
- Chavez, C., Lopez-Gomez, I., Hervas, G., & Vazquez, C. (2017). A comparative study on the efficacy of a positive psychology intervention and a cognitive behavioral therapy for clinical depression. *Cognitive Therapy and Research*, 1-17.

- Chiattonne, H. B. C. (2000). A significação da psicologia no contexto hospitalar. In V. A. Angerami-Camon (Ed.). *Psicologia da Saúde: um novo significado para a prática clínica*. (pp. 73-165). São Paulo: Pioneira Psicologia.
- Centre for Evidence-Based Medicine (CEBM). (2018). Levels of evidence and grades of recommendations. Retrieved from: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>>
- Chang, E. C. (1996). Cultural differences in optimism, pessimism, and coping: Predictors of subsequent adjustment in asian, american and caucasian american college students. *Journal of Counseling Psychology*, 43(1), 113-123.
- Chavez, C., Lopez-Gomez, I., Hervas, G., & Vazquez, C. (2017). A comparative study on the efficacy of a positive psychology intervention and a cognitive behavioral therapy for clinical depression. *Cognitive Therapy and Research*, 1-17.
- Chiattonne, H. B. C. (2000). A significação da psicologia no contexto hospitalar. In V. A. Angerami-Camon (Ed.). *Psicologia da Saúde: Um novo significado para a prática clínica*. (pp. 73-165). São Paulo: Pioneira Psicologia.
- Csikszentmihalyi, M. (2001). *Flow: The psychology of optimal experience*. New York: Harper Perennial Modern Classics.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Cohen, S., & Wills, T. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.
- Colville, G., & Cream, P. (2009). Post-traumatic growth in parents after a child's admission to intensive care: Maybe Nietzsche was right? *Intensive Care Medicine*, 35(5), 919-923.
- Compas, B. E. (1987). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, 101, 393-403.
- Conselho Federal de Medicina (CFM). (2001). Nível de evidência científica por tipo de estudo. Retrieved from: [http://www.portalmedico.org.br/diretrizes/100\\_diretrizes/Texto\\_Introductorio.pdf](http://www.portalmedico.org.br/diretrizes/100_diretrizes/Texto_Introductorio.pdf)
- Cordioli, A. V. (2008). *Psicoterapias: Abordagens atuais*. Porto Alegre: Artmed.

- Costa Júnior, A. L. (2003). Uma análise conceitual de enfrentamento: Aplicações a Psico-oncologia. *Psicologia Argumento*, 21(32),23-26.
- Costa, M., & López, E. (2005). *Educación para la salud: Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Ediciones Pirâmide.
- Creswell, J. W. (2010). *Projeto de pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto*. Porto Alegre: Artmed/Bookman.
- Delvan, J. S., Menezes, M., Geraldi, P. A., & Albuquerque, L. B. G. (2009). Estimulação precoce com bebês e pequenas crianças hospitalizadas: Uma intervenção em psicologia pediátrica. *Contrapontos*, 9(3), 79-93.
- De Neve, J. E., Diener, E. Tay, L., & Xuereb, C. (2013). The objective benefits of subjective well-being. In J. Helliwell, R. Layard, & J. Sachs (Eds.) *World Happiness Report 2013* (pp.54-79). New York: UN Sustainable Development Solutions Network.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.
- Dotz, R. C. M., Joventino, E. S., Aquino, P. S., Almeida, P. C., & Ximenes, L. B. (2015). Estudo experimental de uma intervenção educativa para promover a autoeficácia materna na amamentação. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 23(4), 725-732.
- Dornelles, L. M. N., MacCalunm, F., Lopes, R. C. S., Piccinini, C. A., & Passos, E. P. (2016). The experience of pregnancy resulting from assisted reproductive technology (ART) treatment: A qualitative brazilian study. *Women and Birth*, 29, 123-127.
- Eizirik, C. L., & Bassols, A. M. S. (2013). O ciclo da vida humana: Uma perspectiva psicodinâmica. Porto Alegre: Artmed.
- Elliot, R., Fischer, C. T., & Rennie, D. L. (1999). Envolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 215-229.
- Emmons, R. A., & McCullough, M. E. (2003). Counting blessings versus burdens: An experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 377–389.
- Ertmer, P., & Newby, T. (1996). The expert learner: Strategies, self-regulated, and reflective. *Instructional Science*, 24, 1-24.
- Feldman, D., & Dreher, D. (2012). Can hope be changed in 90 minutes? Testing the efficacy of a single-session goal-pursuit intervention for college students.

*Journal of Happiness Studies*, 13, 745-759.

- Fitzgerald, T. E., Tennen, H., Affleck, G., & Pransky, G. S. (1993). The relative importance of dispositional optimism and control appraisals in quality of life after coronary artery bypass surgery. *Journal of Behavioral Medicine*, 16(1), 25-43.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Gruen, R.J. & De Longis, A. (1986). Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 571-579.
- Folkman, S., Lazarus, R., Dunkell-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. (1986). Dynamics of stressful encounter: Cognitive Appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1003.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2003). Positive psychology from a coping perspective. *Psychological Inquiry*, 14(2), 121-125.
- Fonseca, E. L., & Marcon, S. S., (2009). Rede de apoio às famílias de bebês de baixo peso após a alta hospitalar: Um estudo qualitativo, *Online Brazilian Journal of Nursing*, 8(2).
- Fontanella, B. J. B., Campos, C. J. G., & Turatto, E. R. (2006). Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: Uso de entrevistas não-dirigidas de questões abertas por profissionais de saúde. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 14(5), 812-820.
- Fordyce, M. W. (1983). A program to increase happiness: Further studies. *Journal of Counseling Psychology*, 30, 483-498.
- Fortim, I, & Araujo, C. A. (2013). Aspectos psicológicos do uso patológico de internet. *Boletim da Academia Paulista de Psicologia*, 33(85), 292-311.
- Franck, L. S., McQuillan, A., Wray, J., Grocott, M. P., & Goldman, A. (2010). Parent stress levels during children's hospital recovery after congenital heart surgery. *Pediatric Cardiology*, 31(7), 961-968.
- Frazier, P., Tennen, H., Gavian, M., Park, C., Tomich, P., & Tashiro, T. (2009). Does self reported posttraumatic growth reflect positive genuine change? *Psychological Science*, 20(7), 912-917.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218-226.

- Gaudiano, B. A., Brown, L. A., & Miller, I. W. (2011). Let your intuition be your guide? Individual differences in the evidence-based practice attitudes of psychotherapists. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(4), 628-634.
- Gilbert, F. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3), 199-208.
- Gomes, G. C., & Oliveira, P. K. (2012). Vivências da família no hospital durante a internação da criança. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(4), 165-171.
- Grant, S., Cross, E., Wraith, J. E., Jones, S., Mahon, L., Lomax, M., Bigger, B., & Hare, D. (2012). Parental social support, coping strategies, resilience factors, stress, anxiety and depression levels in parents of children with MPS III (Sanfilippo syndrome) or children with intellectual disabilities (ID). *Journal of Inherited Metabolic Disease*, 36(2), 281-291.
- Griffiths, M. D. (2000). Internet addiction: Time to be taken seriously? *Addiction Research and Theory*, 8(5), 413-418.
- Guimarães Neto, A. C. & Porto, J. D. S. (2017). Utilização de instrumentos de avaliação psicológica no contexto hospitalar: Uma análise da produção brasileira. *Revista SBPH*, 20(2), 66-88.
- Habigzang, L. F., Damásio, B. F., & Koller, S. H. (2013). Impact evaluation of a cognitive behavioral group therapy model in brazilian sexually abused girls. *Journal of Child Sexual Abuse*, 22(2), 173-190.
- Hamall, K. M., Heard, T. R., Inder, K. J., McGill, K. M., & Kay-Lambkin, F. (2014). The Child Illness and Resilience Program (CHiRP): A study protocol of a stepped care intervention to improve the resilience and wellbeing of families living with childhood chronic illness. *BioMed Central Psychology*, 2:5. Doi: 10.1186/2050-7283-2-5
- Hayes, S. C., Follette, V., & Linehan, M. M. (Eds.). (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: Guilford.
- Hoffman, T. C. et al. (2014). Better reporting of interventions: Template for intervention description and replication (TiDier) checklist and guide. *BMJ*, 348, 1-12.
- Hong S. S., Murphy, S. O., & Connolly, P. M. (2008). Parental satisfaction with nurses' communication and pain management in a pediatric unit. *Pediatric Nursing Journal*, 34(4), 289-293.

- Hilliard, M. E., McQuaid, E. L., Nabors, L., Korey, K. H. (2015). Resilience in youth and families living with pediatric health and development conditions: Introduction. *Journal of Pediatric Psychology, 40*(9), 835-839.
- Huppert, F. A., & Johnson, D. M. (2010). A controlled trial of mindfulness training in schools: The importance of practice for an impact on well-being. *Journal of Positive Psychology, 5*(4), 264-274.
- Joseph S., & Linley, P. A. (2006). Growth following adversity: theoretical perspectives and implications for clinical practice. *Clinical Psychology Review, 26*(8), 1041-1053.
- Jou, G. I., & Sperb, T. M. (2006). A metacognição como estratégia reguladora da aprendizagem. *Psicologia Reflexão e Crítica, 19*(2), 177-185.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J. & Grebb, J. A. (1997). *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- Kihlstrom, J. F. (2006). Scientific research. In J. C. Norcross, L. E. Beutler, & R. F. Levant (Orgs.), *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions* (pp. 23-31). Washington: American Psychological Association.
- King, L. A. (2001). The health benefits of writing about life goals. *Personality and Social Psychology Bulletin, 27*, 798–807.
- Landsem, I. P., Handegård B. H., Ulvund S. E., Kaaresen P. I., & Rønning, J. A. (2015). Early intervention influences positively quality of life as reported by prematurely born children at age nine and their parents: A randomized clinical trial. *Health and Quality of Life Outcomes, 22*, 13-25.
- Langford, C., Bowsher, J., Maloney, J., & Lillis, P. (1997). Social support: A conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing, 25*,95-100.
- Laville, C., & Dionne, J. (1999). *A construção do saber: manual de metodologia de pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lauer, M. E., Mulhern, R. K., Schell, M. J., & Camitta, B. M. (1989). Long-term follow-up of parental adjustment following a child's death at home or hospital. *Cancer, 63*(5), 988-994.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). The Concept of Coping. In R. Lazarus, & S. Folkman (Eds.). *Stress, appraisal and coping* (pp. 117-139). New York: Springer.

- Leite, M. A., & Vila, S. C. (2005). Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 13(2), 145-150.
- Leonardi, J. L., & Meyer, S. B. (2015). Prática baseada em evidências em psicologia e a história da busca pelas provas empíricas da eficácia das psicoterapias. *Psicologia Ciência e Profissão*, 35(4), 1139-1156.
- Lilienfeld, S. O. (2011). Distinguishing scientific from pseudoscientific psychotherapies: evaluating the role of theoretical plausibility, with a little help from reverend Bayes. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18(2), 105-112.
- Lustosa, M. A. (2010). A psicoterapia breve no hospital geral. *Revista da SBPH*, 13(2), 259-269.
- Lyubomirsky, S., & Layous, K. (2013). How do simple positive activities increase well-being? *Current Directions in Psychological Science*, 22(1), 57-62.
- Lyubomirsky, S. (2001). Why are some people happier than others? The role of cognitive and motivational processes in well-being. *American Psychologist*, 56, 239-249.
- Luther S. S. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71, 543-562.
- Macnab, A. J., Richards, J., & Green, G. (1999). Family-oriented care during pediatric inter-hospital transport. *Patient Education and Counseling*, 36(3), 247-257.
- Marsac, M. L., Mirman, J. H., Kohser, K. L., & Kassam-Adams, N. B. (2011). Child coping and parent coping assistance during the peritrauma period in injured children. *Families, Systems, & Health*, 29(40), 279-290.
- Martins, S. T. F., & Paduan, V. C. (2010). A equipe de saúde como mediadora no desenvolvimento psicossocial da criança hospitalizada. *Psicologia em Estudo*, 15(1), 45-54.
- Matos, M.G. (2004). Psicologia da saúde, saúde pública e saúde internacional. *Análise Psicológica*, 3(XXII), 449-462.
- McCusker C. G., Doherty N. N., Molloy B., Rooney N., Mulholland C., Sands A., Craig B., Stewart M., & Casey, F. (2010). A controlled trial of early interventions to promote maternal adjustment and development in infants born with severe congenital heart disease. *Child Care Health Development*, 36(1), 110-117.

- Melnik, T., Souza, W. F., & Carvalho, M. R. (2014). A importância da prática da psicologia baseada em evidências: Aspectos conceituais, níveis de evidência, mitos e resistências. *Revista Costarricense de Psicología*, 33(2), 79-92
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2011). Making the case for evidence-based practice and cultivating a spirit of inquiry. In B. M. Melnyk (Ed.) *Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice* (pp. 3-22). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mendes, E. V. (2012). *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: O imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde.
- Mensorio, M. S., Kohlsdorf, M., & Costa Junior, A. L. (2009). Cuidadores de crianças e adolescentes com leucemia: Análise de estratégias de enfrentamento. *Psicologia em Revista*, 15(1),158-176.
- Miller, S. M., Sherman, A. C., & Christensen, A. J. (2010). Introduction to special series: The great debate- Evaluating the health implications of positive psychology. *Annals of Behavioral Medicine*, 39(1), 1-3.
- Minayo, M. C. S. (2013). Introdução. In M. C. S. Minayo (Ed.), *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde* (pp.). São Paulo: Hucitec-Abrasco.
- Moraes, E. O., & Enumo, S. R. F. (2008). Estratégias de enfrentamento da hospitalização em crianças avaliadas por instrumento informatizado. *Psico-USF*, 13(2),221-231.
- Moraes, R. (1999). Análise de conteúdo. *Revista Educação*, 22(37), 7-32.
- Mongrain, M., & Anselmo-Matthews, T. (2012). Do positive psychology exercises work? A replication of Seligman et al. (2005). *Journal of Clinical Psychology*, 68(4), 382-389.
- Monti, F., Agostini, F., Dellabartola, S., Neri, E., Bozicevic, L., Pocecco, M. (2012). Pictorial intervention in a pediatric hospital environment: Effects on parental affective perception of the unit. *Journal of Environmental Psychology*, 32,216-224.
- Moré, C. L. O. O., & Macedo, R. M. S. (2006). *A psicologia na comunidade: Uma proposta de intervenção*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Muscara, F., Burke, K., McCarthy, M. C., Anderson, V. A., Stephen, J. C. H., Hearps, S. J., Dimovski, A., & Nicholson, J. M. (2015). Parent distress reactions following a serious illness or injury in their child: A protocol paper for the take a breath cohort study. *BMC Psychiatry*, 15:153.
- Mussa, C., & Malerbi, F. E. T. (2008). O impacto da atividade lúdica sobre o bem-estar de crianças hospitalizadas. *Psicologia: Teoria e Prática*, 10(2), 83-93.
- Myers, D. G. (2000). The funs, friends, and faith of happy people. *American Psychologist*, 55(1), 56-67.
- Nabors, L. A., Kichler, J. C., Brassell, A., Thakkar, S., Bartz, J., Pangallo, J., Van Wassenhove, B., & Lundy, H. (2013). Factors related to caregiver state anxiety and coping with a child's chronic illness. *Families, Systems, & Health*, 31(2), 171-180.
- NEPP, Núcleo de Estudos em Psicologia Positiva (2016a). *Entrevista semiestruturada sobre estressores e estratégias de enfrentamento durante a hospitalização*. Porto Alegre: Instituto de Psicologia, UFRGS.
- NEPP, Núcleo de Estudos em Psicologia Positiva (2016b). *Questionário de avaliação da intervenção*. Porto Alegre: Instituto de Psicologia, UFRGS.
- Nobrega, V. M., Silva, K. L., Reichert, A. P. S., Coutinho, S. E. D., & Collet, N. (2013). Percepções da família frente ao diagnóstico e as informações sobre a doença crônica na infância. *Acta Scientiarum. Health Sciences (UEM)*, 35(2), 187-197.
- Oliveira, C. G. T., Enumo, S. R. F., & Paula, K. M. P. (2017). A psychological intervention proposal on coping with pain for children with Sickle Cell Disease. *Estudos de Psicologia*, 34(3), 355-366.
- O'Malley, D. M., Kimberly, A., Randell, M. D., & Dowd, D. (2016). Family adversity and resilience measures in pediatric acute care settings. *Public Health Nursing*, 33(1), 3-10.
- Organização Mundial da Saúde. (2003). *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação*. Brasília, OMS.
- Otsuka, K., Taguri, M., Dennis, C. L., Wakutani, K., Awano, M., Yamaguchi, T., & Jimba, M. (2014). Effectiveness of a breastfeeding self-efficacy intervention: Do hospital practices make a difference? *Maternal and Child Health Journal*, 18(1), 296-306.

- Panceri, C., Pereira, K. R. G., Valentini, N. C., Sikilero, R. H. A. S. (2013). A influência da hospitalização no desenvolvimento motor de bebês internados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Revista HCPA*, 32(2),161-168.
- Palmer, S. L., Lesh, S., Wallace, D., Bonner, M. J., Swain, M., Chapieski, L., Janzen, L., Mabbott, D., Knight, S., Boyle, R., Armstrong, C. L., & Gajjar, A. (2011). How parents cope with their child's diagnosis and treatment of an embryonal tumor: Results of a prospective and longitudinal study. *Journal of Neurooncology*, 105(2),253-259.
- Panceri, C., Pereira, K. R. G., Valentini, N. C., Sikilero, R. H. A. S. (2013). A influência da hospitalização no desenvolvimento motor de bebês internados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Revista HCPA*, 32(2),161-168.
- Paranhos, M. E., & Werlang, B. S. G. (2015). Psicologia nas emergências: Uma nova prática a ser discutida. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(2), 557-571.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. Thousand Oaks, CA:Sage.
- Peek, G., & Melnyk, B. M. (2014). A coping intervention for mother of children diagnosed with cancer: Connecting theory and research. *Applied Nursing Research*, 27(3), 202-204.
- Pereira & Branco. (2016). As estratégias de coping na promoção à saúde mental de pacientes: Uma revisão bibliográfica. *Revista Psicologia e Saúde*, 18(1), 24-31.
- Reis, H. T., Smith, S. M., Carmichael, C. L., Caprariello, P. A., Tsai, F. F., Rodrigues, A., et al. (2010). Are you happy for me? How sharing positive events with others provides personal and interpersonal benefits. *Journal of Personality and Social Psychology*, 99(2), 311-329.
- Reppold, C. T., Antunes, A. D. P., Corrêa, L. M., Zanon, C. & Dal Lago, P. (2014). Características clínicas e psicológicas de pacientes asmáticos de um ambulatório de pneumologia. *Psico-USF*, 19(2), 199-208.
- Ribeiro, R. M., Pompeo, D. A., Pinto, M. H., & Ribeiro, R. C. H. M. (2015). Estratégias de enfrentamento dos enfermeiros em serviço hospitalar de emergência. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28(3), 216-223.
- Robson, C. (2011). General design issues. In C. Robson (Ed.), *Real world research: A resource for users of social research methods in applied settings* (pp. 70-80). Oxford: Blackwell.

- Rosenberg, A. R., Baker, K. S., Syriala, K. L., Back, A.L., & Wolfe, J. (2013). Promoting resilience among parents and caregivers of children with cancer. *Journal of Palliative Medicine, 16*(6), 645-652.
- Sabmann, H., Hair, M., Danne, T., & Lange, K. (2012). Reducing stress and supporting positive relations in families of young children with type 1 diabetes: A randomized controlled study for evaluating the effects of the DELFIN parenting program. *BMC Pediatric, 12*:152.
- Salgado, C. L., Lamy, Z. C., Nina, R. V. A. H., Melo, L. A., Lamy, F., & Nina, V. J. S. (2011). A cirurgia cardíaca pediátrica sob o olhar dos pais: Um estudo qualitativo. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular, 26*(1), 36-42.
- Salvador, M. S., Gomes, G. C., Oliveira, P. K., Gomes, V. L. O., Busanello, J., & Xavier, D. M. (2015). Strategies of families in the care of children with chronic diseases. *Texto & Contexto - Enfermagem, 24*(3), 662-669.
- Schueller, S., Kashdan, T. B., & Parks, A. (2014). Synthesizing positive psychological interventions: Suggestions for conducting and interpreting meta-analyses. *International Journal of Wellbeing, 4*(1), 91-98.
- Seibel, B. L., Poletto, M., & Koller, S. H. (2016). *Psicologia Positiva: Teoria, pesquisa e intervenção*. Juruá: São Paulo.
- Seidl, E. M. F., Tróccoli, B. T., & Zannon, C. M. L. C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 17*(3), 225-234.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000) Positive psychology: An introduction. *American Psychologist, 55*(1), 5-14.
- Seligman, M. E. P. (2004). *Felicidade autêntica: Usando a nova psicologia positiva para a realização permanente*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Seligman, M. E. P. (2010). Flourish: Positive psychology and positive interventions.
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist, 60*, 410-421.
- Shaughnessy, J. J., Zechmeister, E. B. & Zechmeister, J. S. (2012). Metodologia de pesquisa em psicologia. McGraw-Hill/Penso, New York.
- Sheldon, K. M., & King, L. (2001). Why positive psychology is necessary. *American Psychologist, 56*(3), 216-217.
- Sheldon, K. M., & Lyubomirsky, S. (2006). How to increase and sustain positive

emotion: The effects of expressing gratitude and visualizing best possible selves. *The Journal of Positive Psychology*, 1(2), 73-82.

- Sikorová, L., & Polochová, M. (2014). Coping strategies of family with a chronically ill child. *Kontakt*, 16(1), 31-38.
- Silva, D. G. & Giacomoni, C. H. (2018). Contribuições da psicologia positiva para a intervenção em psicologia hospitalar. In C. S. Hutz; C. Reppold (Eds.) *Intervenções em Psicologia Positiva aplicadas à área da Saúde*. Leader: SãoPaulo.
- Silva, D. G., Schiavon, A. A., Carvalho, J. P., Antunes, H. B., & Giacomoni, C. H. (em preparação). Coping in parents of hospitalized children: Intervention pilot project on positive psychology.
- Silva, P. L., Santos, D. C. C., Gonçalves, V. M. G. (2006). Influência de práticas maternas no desenvolvimento motor de lactentes dos 6 aos 12 meses de vida. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 10(2), 225-231.
- Silva, M. A. S., Collet, N., Silva, K. L., & Moura, F. M. (2010). Cotidiano da família no enfrentamento da condição crônica na infância. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(3), 359-365.
- Silvestre, R. L. S., & Vandenberghe, L. (2013). Os benefícios das emoções positivas. *Contextos Clínicos*, 6(1), 50-57.
- Simonetti, A. (2004). *Manual de Psicologia Hospitalar: o mapa da doença*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65(5), 467-487.
- Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2002). *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press.
- Spirito, A., Brown, R. T., D'Angelo, E., Delamater, A., Rodrigue, J, Seagal, L. (2003). Society of pediatric psychology task force report: Recommendations for the training of pediatric psychologists. *Journal of Pediatric Psychology*, 28, 85-98.
- Squassoni, C. E. & Matsukura, T. S. (2014). Adaptação transcultural da versão portuguesa do *Social Support Appraisals* para o Brasil. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(1), 1-10.
- Stenzel, G. Q. L., Zancan, N., & Simor, C. (2012). *Reflexões acerca da atuação do*

- psicólogo no contexto hospitalar*. In G. Stenzel, M. E. Paranhos, V. Ferreira (Eds.) *A psicologia no cenário hospitalar: Encontros possíveis*. Porto Alegre: EdIPucrs.
- Suurmond, J., Dokter, J., Van Loey, N., & Essink-Bot, M. L. (2012). Issues to address in burn care for ethnic minority children: A qualitative study of the experiences of health care staff. *Burns*, 38(5),730-737.
- Tarkka, M. T., Paunonen, M., & Laippala, P. (2000). How first-time mother cope with child care while still in the maternity ward. *International Journal of Nursing Studies*, 6(2), 97-104.
- Teasdale, J.D., Segal, Z.V., Williams, J.M.G., Ridgeway, V., Soulsby, J., & Lau, M. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-623.
- Tehrani, T. H., Haghighi, M., & Bazmamoun, H. (2012). Effects of stress on mothers of hospitalized children in a hospital in Iran. *Iranian Journal of Child Neurology*, 6(4), 39-45.
- Tonetto, A. M., & Gomes, W. B. (2007). A prática do psicólogo em equipe multidisciplinar. *Estudos de Psicologia*, 24(1), 89-98.
- Tremolada, M., Bonichini, S., Altoè, G., Pillon, M., Carli, M., & Weisner, T. S. (2011). Parental perceptions of health-related quality of life in children with leukemia in the second week after the diagnosis: A quantitative model. *Supportive care in cancer: Official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 19(5), 591-598.
- Tudge, J. Doucet, F., Odero, D., Tammeveski, P., Lee, S., Meltsas, M., Kulakova, N. (1999). Desenvolvimento infantil em contexto cultural: O impacto do engajamento de pré-escolares em atividades do cotidiano familiar. *Interfaces (Providence)* 2(1), 23-32.
- Vignola, R. C. B., & Tucci, A. M. (2014). Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of Affective Disorders*, 155, 104-109.
- Viviani, J. C., Gorayeb, R. P., & Gorayeb, R. (2015). Atuação do psicólogo em gestações de alto risco. In: R. Gorayeb (Ed.) *A prática da psicologia no ambiente hospitalar* (pp.281-298). Novo Hamburgo: Synopsis.

- Yi, J. P., Vialiano, P. P., Smith, R. E., Yi, J. C., Weinger, K. (2008). The role of resilience on psychological adjustment and physical health in patients with diabetes. *Journal of Health Psychology*, 13, 311-325.
- Walsh, F. (2003). Family resilience: A framework for clinical practice. *Family Process*, 42, 1-18.
- Wong, P. T. P. (2011). Positive psychology 2.0: Towards a balanced interactive model of the good life. *Canadian Psychology*, 52(2), 69-81. Retrieved from: <http://www.drpaulwong.com/positive-psychology-2-0-towards-a-balanced-interactive-model-of-the-good-life>
- Wong, P. T. P., & Tomer, A. (2011). Beyond terror and denial: The positive psychology of death acceptance. *Death Studies*, 35(2), 99-106.
- Zapata, A., Bastida, M., Quiroga, A., Charra, S., & Leiva, J. M. (2013) Evaluación del bienestar psicológico y estrategias de afrontamiento en padres con niños o adolescentes con retraso mental leve. *PSIENCIA: Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 5(1), 15-23.

## ANEXO A

### Ficha de Dados Sóciodemográficos

1) Qual é o seu sexo?	( 0 ) masculino ( 1 ) feminino	
2) Qual é a sua idade?	_____anos	
3) Qual é a sua situação conjugal?	( 1 ) casado(a) ou vive com companheiro(a) ( 2 ) solteiro(a) ( 3 ) viúvo(a) ( 4 ) divorciado(a)	
5) Você tem quantos filhos?	_____filhos	
6) Qual é o seu grau de parentesco com a criança?	( 1 ) mãe biológica ( 2 ) pai biológico ( 3 ) mãe não-biológica ( 4 ) pai não- biológico ( 5 ) familiar. Qual: _____	
7) Você possui alguma religião?	(0) não acredito em Deus (1) acredito em Deus, mas não me identifico com nenhuma religião (2) católico (3) evangélico (4) espírita (5) umbandista (6) batista (7) outra	
8) Qual sua escolaridade?	(1) Ensino Fundamental Incompleto (2) Ensino Fundamental Completo (3) Ensino Médio Incompleto (4) Ensino Médio Completo (5) Ensino Superior Incompleto (6) Ensino Superior Completo	
9) Você trabalha? (1) Sim (2) Não	Se sim, em que?  _____	
10) Como você considera sua interação/vínculo com a criança?	( 1 )ótima ( 2 ) muito boa ( 3 )boa ( 4 )regular ( 5 ) ruim	
11) Com quem você mora?	_____	
12) Quantas peças tem a sua casa?	_____	
13) A sua água possui água encanada?	( )sim ( ) não	
14) A sua casa possui energia elétrica?	( ) sim ( ) não	
15) A sua casa possui banheiro?	( ) sim ( ) não	
16) Alguém ajuda você com Quem? _____	(dinheiro ( ) comida ( )roupas ( )remédios	

**Questionário acerca da criança hospitalizada na internação pediátrica**

1) Qual é o sexo da criança?	(0) masculino (1) feminino
2) Qual é a idade da criança?	_____anos _____meses
4) A criança já frequentou a escola / creche?	(0) não (1) sim
5) Quantos anos completos a criança já estudou?	_____anos
7) O serviço de saúde/unidade de saúde com profissionais da área de pediatria é acessível?	(0) não (1) sim
8) Qual o motivo da internação da criança?	
9) É a primeira internação da criança?	(0) não (1) sim
10) Quantas vezes a criança já esteve internada?	(1) duas vezes (2) três vezes (3) mais de três vezes

## **ANEXO B**

Entrevista semiestruturada sobre estressores e estratégias de enfrentamento durante a hospitalização  
(NEPP,2016)

1. Qual foi o motivo da internação da criança no hospital?
2. Como tem sido passar esse tempo aqui?
3. Quais são as principais dificuldades que você tem encontrado durante essa hospitalização?
4. O que você faz para lidar com essas dificuldades?
5. Entre essas coisas que você tem feito, quais você acha que não estão dando certo para resolver esses problemas que tem encontrado?
6. E quais as estratégias você acha que são boas e ajudam a resolver as dificuldades que tem encontrado aqui no hospital?

## ANEXO C

UFPEL - FACULDADE DE  
MEDICINA DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE PELOTAS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Intervenção em Estratégias de Enfrentamento para Pais de Crianças Internadas em um Hospital Escola da Região Sul do Brasil

**Pesquisador:** Claudia Hofheinz Giacomoni

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 64208816.6.0000.5317

**Instituição Proponente:** HOSPITAL ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.973.322

#### Apresentação do Projeto:

A Psicologia Positiva traz contribuições ao processo de enfrentamento de doença e hospitalização na infância, na perspectiva da prevenção e promoção de saúde. Neste trabalho, o enfrentamento de pais cujos filhos estão em internação hospitalar será alvo de estudo. O presente projeto traz duas propostas de estudo. O primeiro, de cunho qualitativo, visa a identificar e descrever as principais estratégias de enfrentamento utilizadas por pais no contexto da hospitalização de seus filhos. O segundo estudo caracteriza-se por ser quantitativo e quase-experimental e tem por objetivo construir, implementar e avaliar a eficácia de uma intervenção para identificação e promoção de estratégias eficazes para enfrentamento da hospitalização entre os pais de crianças internadas. Serão utilizados instrumentos padronizados para avaliação pré e pós intervenção.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pais no contexto da hospitalização de seus filhos e implementar e avaliar uma intervenção sobre estratégias de enfrentamento.

Objetivo Secundário:

- Investigar e descrever as principais estratégias de enfrentamento utilizadas por pais no contexto

**Endereço:** Rua Prof Araujo, 465 sala 301

**Bairro:** Centro

**CEP:** 96.020-360

**UF:** RS

**Município:** PELOTAS

**Telefone:** (53)3284-4960

**Fax:** (53)3221-3554

**E-mail:** cep.famed@gmail.com

Continuação do Parecer: 1.973.322

da hospitalização de seus filhos;

- Construir uma intervenção sobre estratégias de enfrentamento;
- Realizar intervenção em grupo com os pais sobre estratégias de enfrentamento;
- Realizar intervenção individual com pais sobre estratégias de enfrentamento;
- Avaliar antes e após a intervenção as estratégias de enfrentamento do grupo que receberá a intervenção e do grupo de comparação;
- Avaliar antes e após a intervenção as estratégias de enfrentamento dos pais que receberão a intervenção na modalidade individual;
- Avaliar antes e após a intervenção os níveis de sintomas de ansiedade, depressão e estresse relatados pelos pais do grupo que receberá a intervenção e do grupo de comparação;
- Avaliar antes e após a intervenção os níveis de sintomas de ansiedade e depressão relatados pelos pais que receberão a intervenção na modalidade individual;
- Avaliar antes e após a intervenção os níveis de bem-estar subjetivo relatados pelos pais do grupo que receberá a intervenção e do grupo de comparação;
- Avaliar antes e após a intervenção os níveis de bem-estar subjetivo relatados pelos pais que receberão a intervenção na modalidade individual;
- Avaliar a intervenção em si.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Não estão previstos riscos aos participantes.

Benefícios:

Como benefícios, a participação no estudo possibilitará a identificação de dificuldades e estratégias de enfrentamento da hospitalização de crianças, o que contribuirá para o planejamento mais adequado de intervenções psicológicas nestes aspectos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O presente projeto traz duas propostas de estudo. O primeiro, de cunho qualitativo, visa a identificar e descrever as principais estratégias de enfrentamento utilizadas por pais no contexto da hospitalização de seus filhos. O segundo estudo caracteriza-se por ser quantitativo e quase-experimental e tem por objetivo construir, implementar e avaliar a eficácia de uma intervenção para identificação e promoção de estratégias eficazes para enfrentamento da hospitalização entre os pais de crianças internadas. Serão utilizados instrumentos padronizados para avaliação pré e pós intervenção. A coleta de dados será realizada em um hospital

**Endereço:** Rua Prof Araujo, 465 sala 301  
**Bairro:** Centro **CEP:** 96.020-360  
**UF:** RS **Município:** PELOTAS  
**Telefone:** (53)3284-4960 **Fax:** (53)3221-3554 **E-mail:** cep.famed@gmail.com

**UFPEL - FACULDADE DE  
MEDICINA DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE PELOTAS**



Continuação do Parecer: 1.973.322

universitário. Todos os aspectos éticos serão assegurados. Os resultados serão analisados através de análise de conteúdo e com o uso de software estatístico para fazer análises estatísticas descritivas e inferenciais.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

OK

**Recomendações:**

OK

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

OK

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	qualificacao.pdf	20/03/2017 16:08:10	Patricia Abrantes Duval	Aceito
Outros	TCLE_atualizado.doc	20/03/2017 16:06:17	Patricia Abrantes Duval	Aceito
Outros	Projeto_Intervencao_Estrategias_Enfren tamento_atualizado.doc	20/03/2017 16:05:08	Patricia Abrantes Duval	Aceito
Outros	HE.pdf	20/03/2017 16:03:10	Patricia Abrantes Duval	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_828320.pdf	21/11/2016 11:27:50		Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	21/11/2016 11:18:15	Claudia Hofheinz Giacomoni	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	18/11/2016 15:15:14	Claudia Hofheinz Giacomoni	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Intervencao_Estrategias_Enfren tamento.pdf	18/11/2016 15:12:42	Claudia Hofheinz Giacomoni	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Rua Prof Araujo, 465 sala 301  
**Bairro:** Centro **CEP:** 96.020-360  
**UF:** RS **Município:** PELOTAS  
**Telefone:** (53)3284-4960 **Fax:** (53)3221-3554 **E-mail:** cep.famed@gmail.com

UFPEL - FACULDADE DE  
MEDICINA DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE PELOTAS



Continuação do Parecer: 1.973.322

PELOTAS, 20 de Março de 2017

---

**Assinado por:**  
**Patricia Abrantes Duval**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Prof Araujo, 465 sala 301

**Bairro:** Centro

**CEP:** 96.020-360

**UF:** RS

**Município:** PELOTAS

**Telefone:** (53)3284-4960

**Fax:** (53)3221-3554

**E-mail:** cep.famed@gmail.com

## ANEXO D

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Núcleo de Estudos em Psicologia Positiva  
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

Projeto: Contribuições de uma intervenção em psicologia positiva sobre estratégias de enfrentamento para pais de crianças hospitalizadas em um hospital universitário da região sul do Brasil

A pesquisadora responsável por este projeto de pesquisa é a prof<sup>a</sup> Dra. Cláudia Giacconi, a qual poderá ser contatada pelo telefone (51) 33082116 pelo e-mail [nepp@ufrgs.br](mailto:nepp@ufrgs.br)

**Qual o objetivo desta pesquisa?** O objetivo deste estudo é realizar e avaliar uma intervenção sobre estratégias de enfrentamento da hospitalização entre pais de crianças internadas.

**Como vamos fazer isso?** Ao aceitar participar você realizará os seguintes procedimentos: Responderá questionários sobre modos de enfrentamento de problemas, sintomas de depressão e ansiedade e bem-estar subjetivo. Você também participará de um grupo com outros pais de crianças que estão neste hospital.

**Como é feita a avaliação dos resultados do estudo e para que ele serve?** Os resultados deste estudo servirão para aumentar o conhecimento dos profissionais sobre quais são os principais problemas que os pais enfrentam durante a hospitalização de seus filhos e as maneiras como essas dificuldades têm sido resolvidas.

**Quais os riscos e benefícios de participar do estudo?** Não estão previstos riscos ou danos físicos ou psicológicos ao participar deste estudo. No entanto, você tem direito a deixar de participar do estudo a qualquer momento. Da mesma forma, não estão previstos benefícios a quem participar do estudo. Contudo, quem participar do estudo estará auxiliando a compreender melhor os problemas e a forma de resolvê-los enfrentados por pais de crianças hospitalizadas.

**Destacamos que as informações fornecidas por você como participante serão confidenciais, você não será identificado e será preservado o anonimato na divulgação da pesquisa. Os dados provenientes do estudo serão utilizados apenas para fins de pesquisa e ficarão depositados no Instituto de Psicologia da UFRGS, por um período de cinco anos. Desde já, agradecemos sua contribuição para o desenvolvimento desta atividade de pesquisa.**

Declaro que fui informado dos objetivos da pesquisa e concordo em participar. Estou ciente que tenho liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento sem prejuízo algum.

Data://

Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador responsável: \_\_\_\_\_

## ANEXO E

### ESCALA DE BEM-ESTAR SUBJETIVO (EBES)

#### Subescala 1

Gostaria de saber como você tem se sentido ultimamente. Esta escala consiste de algumas palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Não há respostas certas ou erradas. O importante é que você seja o mais sincero possível. Leia cada item e depois escreva o número que expressa sua resposta no espaço ao lado da palavra, de acordo com a seguinte escala.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Nem um pouco</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Bastante</b>	<b>Extremamente</b>
Ultimamente tenho me sentido ...				
1) aflito ____		17) transtornado ____		33) abatido ____
2) alarmado ____		18) animado ____		34) amedrontado ____
3) amável ____		19) determinado ____		35) aborrecido ____
4) ativo ____		20) chateado ____		36) agressivo ____
5) angustiado ____		21) decidido ____		37) estimulado ____
6) agradável ____		22) seguro ____		38) incomodado ____
7) alegre ____		23) assustado ____		39) bem ____
8) apreensivo ____		24) dinâmico ____		40) nervoso ____
9) preocupado ____		25) engajado ____		41) empolgado ____
10) disposto ____		26) produtivo ____		42) vigoroso ____
11) contente ____		27) impaciente ____		43) inspirado ____
12) irritado ____		28) receoso ____		44) tenso ____
13) deprimido ____		29) entusiasmado ____		45) triste ____
14) interessado ____		30) desanimado ____		46) agitado ____
15) entediado ____		31) ansioso ____		47) envergonhado ____
16) atento ____		32) indeciso ____		

## Subescala 2

Agora você encontrará algumas frases que podem identificar opiniões que você tem sobre a sua própria vida. Por favor, para cada afirmação, marque com um X o número que expressa o mais fielmente possível sua opinião sobre sua vida atual. Não existe resposta certa ou errada, o que importa é a sua sinceridade.

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
	<b>Discordo Plenamente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Não sei</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo Plenamente</b>
48. Estou satisfeito com minha vida .....					_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
49. Tenho aproveitado as oportunidades da vida .....					_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
50. Avalio minha vida de forma positiva .....					_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
51. Sob quase todos os aspectos minha vida está longe do meu ideal de vida .....					_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
52. Mudaria meu passado se eu pudesse .....					_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
53. Tenho conseguido tudo o que esperava da vida .....					_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
54. A minha vida está de acordo com o que desejo para mim .....					_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
55. Gosto da minha vida .....					_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
56. Minha vida está ruim .....					_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
57. Estou insatisfeito com minha vida .....					_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
58. Minha vida poderia estar melhor .....					_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
59. Tenho mais momentos de tristeza do que de alegria na minha vida .....					_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
60. Minha vida é "sem graça" .....					_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
61. Minhas condições de vida são muito boas .....					_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
62. Considero-me uma pessoa feliz .....					_1_ _2_ _3_ _4_ _5_

## ANEXO F

### DASS –21

Versão traduzida e validada para o português do Brasil Autores: Vignola, R.C.B. & Tucci, A.M.

**Instruções:** Por favor, leia cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e circule o número apropriado 0,1,2 ou 3 que indique o quanto ela se aplicou a você durante a última semana, conforme a indicação a seguir:

0 Não se aplicou de maneira alguma

1 Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo

2 Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do

tempo 3 Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo.

1	Achei difícil me acalmar	0 1 2 3
2	Senti minha boca seca	0 1 2 3
3	Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo	0 1 2 3
4	Tive dificuldade em respirar em alguns momentos (ex. respiração ofegante, falta de ar, sem ter feito nenhum esforço físico)	0 1 2 3
5	Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas	0 1 2 3
6	Tive a tendência de reagir de forma exagerada às situações	0 1 2 3
7	Senti tremores (ex. nas mãos)	0 1 2 3
8	Senti que estava sempre nervoso	0 1 2 3
9	Preocupe-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo (a)	0 1 2 3
10	Senti que não tinha nada a desejar	0 1 2 3
11	Senti-me agitado	0 1 2 3
12	Achei difícil relaxar	0 1 2 3
13	Senti-me depressivo (a) e sem ânimo	0 1 2 3
14	Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo	0 1 2 3
15	Senti que ia entrar em pânico	0 1 2 3
16	Não consegui me entusiasmar com nada	0 1 2 3
17	Senti que não tinha valor como pessoa	0 1 2 3
18	Senti que estava um pouco emotivo/sensível demais	0 1 2 3
19	Sabia que meu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico (ex. aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca)	0 1 2 3
20	Senti medo sem motivo	0 1 2 3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0 1 2 3

## ANEXO G

### ESCALA DE MODOS DE ENFRENTAMENTO DE PROBLEMAS (EMEP)

**Instruções:**

Marque com um x uma alternativa para cada questão abaixo de acordo com a forma que você tem enfrentado este momento de adoecimento. Preste atenção nas questões e tente perceber o que você faz, pensa e sente no momento atual que tem vivido. Não deixe de responder a nenhuma questão.

1	2	3	4	5
Você nunca faz isso	Você faz isso um pouco	Você faz isso às vezes	Você faz isso muito	Você faz isso sempre

Item	Alternativas				
1. Você leva em conta o lado positivo das coisas?	1	2	3	4	5
2. Você se culpa?	1	2	3	4	5
3. Você se concentra em alguma coisa boa que pode vir desta situação?	1	2	3	4	5
4. Você tenta guardar seus sentimentos para si mesmo?	1	2	3	4	5
5. Procura um culpado para a situação?	1	2	3	4	5
6. Espera que um milagre aconteça?	1	2	3	4	5
7. Pede conselho a um parente ou a um amigo que você respeite?	1	2	3	4	5
8. Você reza / ora?	1	2	3	4	5
9. Conversa com alguém sobre como está se sentindo?	1	2	3	4	5
10. Você insiste e luta pelo que quer?	1	2	3	4	5
11. Você se recusa a acreditar que isto esteja acontecendo?	1	2	3	4	5
12. Você briga consigo mesmo; Você fica falando consigo mesmo o que deve fazer?	1	2	3	4	5
13. Desconta em outras pessoas?	1	2	3	4	5
14. Encontra diferentes soluções para o seu problema?	1	2	3	4	5
15. Tenta ser uma pessoa mais forte e otimista?	1	2	3	4	5
16. Você tenta evitar que os seus sentimentos atrapalhem outras coisas na sua vida?	1	2	3	4	5
17. Você se concentra nas coisas boas da sua vida?	1	2	3	4	5
18. Você desejaria mudar o modo como você se sente?	1	2	3	4	5
19. Aceita a simpatia e a compreensão de alguém?	1	2	3	4	5
20. Demonstra raiva para as pessoas que causaram o problema?	1	2	3	4	5
21. Pratica mais a religião desde que tem esse problema?	1	2	3	4	5
22. Você percebe que você mesmo trouxe o problema para si?	1	2	3	4	5
23. Você se sente mal por não ter podido evitar o problema?	1	2	3	4	5
24. Você sabe o que deve ser feito e está aumentando seus esforços para ser bem-sucedido?	1	2	3	4	5
25. Você acha que as pessoas foram injustas com você?	1	2	3	4	5
26. Você sonha ou imagina um tempo melhor do que aquele em que você está?	1	2	3	4	5
27. Tenta esquecer o problema todo?	1	2	3	4	5
28. Está mudando e se tornando uma pessoa mais experiente?	1	2	3	4	5
29. Você culpa os outros?	1	2	3	4	5
30. Você fica se lembrando de que as coisas poderiam ser piores?	1	2	3	4	5
31. Conversa com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver	1	2	3	4	5

o seu problema?					
32. Você tenta não agir tão precipitadamente ou seguir sua própria ideia?	1	2	3	4	5
33. Muda alguma coisa para que as coisas acabem dando certo?	1	2	3	4	5
34. Procura se afastar das pessoas em geral?	1	2	3	4	5
35. Você imagina e tem desejos sobre como as coisas poderiam acontecer?	1	2	3	4	5
36. Encara a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez?	1	2	3	4	5
37. Descobre quem mais é ou foi o responsável?	1	2	3	4	5
38. Pensa em coisas fantásticas ou irreais (como vingança ou achar muito dinheiro) que te fazem sentir melhor?	1	2	3	4	5
39. Você pensa que sairá dessa experiência melhor do que entrou nela?	1	2	3	4	5
40. Você diz a si mesmo o quanto já conseguiu?	1	2	3	4	5
41. Você desejaria poder mudar o que aconteceu com você?	1	2	3	4	5
42. Você fez um plano de ação para resolver o seu problema e o está cumprindo?	1	2	3	4	5
43. Conversa com alguém para obter informações sobre a situação?	1	2	3	4	5
44. Você se apega à sua fé para superar esta situação?	1	2	3	4	5
45. Você tenta não fechar portas atrás de si? Tenta deixar em aberto várias saídas para o problema?	1	2	3	4	5

## ANEXO H

### Questionário de Avaliação da Intervenção (NEPP, 2016)

1. O quanto você considera que aprendeu no encontro:  
( ) Muito ( ) Médio ( ) Indiferente ( ) Nem muito, nem pouco ( ) Não aprendi nada
2. O quanto você ficou satisfeito com o que você aprendeu no encontro:  
( ) Muito satisfeito ( ) Satisfeito ( ) Indiferente ( ) Insatisfeito ( ) Muito insatisfeito
3. Como você está se sentindo após esse encontro:  
( ) Muito melhor ( ) Melhor ( ) Nem melhor ,nem pior ( ) Pior ( ) Muito pior
4. Você acha que irá mudar a sua forma de lidar com os problemas no hospital?  
Se sim, o que mudará?

---

Se não, o que você esperava do encontro? O que poderia ter sido diferente?

---

5. Você recomendaria a participação nesse encontro para outro pai que esteja com a criança internada aqui no hospital? Por quê?

6. Você teria alguma sugestão ou crítica em relação a esse encontro?
-