

Intervenção Psicológica Lúdica para o Enfrentamento da Hospitalização em Crianças com Câncer¹

Alessandra Brunoro Motta²
Sônia Regina Fiorim Enumo
Universidade Federal do Espírito Santo

RESUMO - A avaliação de estratégias de enfrentamento é um recurso importante na elaboração de técnicas de intervenção adequadas à minimização do impacto psicológico do câncer infantil. Foram avaliados os efeitos comportamentais de um programa de intervenção psicológica lúdica em 12 crianças com câncer, de 7 a 12 anos, internadas em hospital público infantil. Utilizou-se o Instrumento Informatizado de Avaliação do Enfrentamento da Hospitalização (AEHcomp) em dois grupos: G1, submetido à intervenção psicológica lúdica centrada no enfrentamento e G2, submetido ao brincar livre tradicional. Na comparação intergrupos, não houve diferenças significativas nos comportamentos facilitadores e não-facilitadores avaliados no pré e pós-teste. Na comparação intragrupo, G1 diminuiu significativamente os comportamentos não-facilitadores no pós-teste, sugerindo possível efeito positivo do programa de intervenção centrado no problema.

Palavras-chaves: estratégias de enfrentamento; hospitalização infantil; brincar terapêutico; psicologia pediátrica.

Recreational Psychological Intervention for Coping with Hospitalization in Children with Cancer

ABSTRACT – The assessment of coping strategies is an important resource for the development of intervention techniques to minimize the psychological impact of childhood cancer. Behavioral effects of a recreational psychological intervention program were evaluated among 12 children with cancer, aged from 7 to 12 years old and hospitalized in a public pediatric hospital. The Computer Assessment Instrument of Coping to Hospitalization (AEHcomp) was used with two groups: G1, submitted to the recreational psychological intervention focused on coping, and G2, submitted to the traditional free play. The between-groups comparison demonstrated no significant difference for facilitating and non-facilitating behaviors during the pre and the post-test. The intra-group comparison showed a significant decrease in non-facilitating behaviors during the post-test, suggesting a possible positive effect of the recreational intervention program focused on coping.

Keywords: coping strategies; child hospitalization; therapeutic play; pediatric psychology.

O modelo biopsicossocial de concepção de saúde (Organização Mundial de Saúde-OMS/Fundo das Nações Unidas para a Infância-UNICEF, 1978), bem como os avanços tecnológicos da medicina, contribuíram para a inserção de diversos profissionais não-médicos nas instituições de saúde. Entre esses profissionais, encontra-se o psicólogo, cuja atuação viu-se ampliada para além da atenção à saúde mental, passando a abranger a área de saúde em geral. Coerente com esse posicionamento, a medicina tem direcionado a atenção para os determinantes e consequências psicológicas da doença para o indivíduo, com vistas a melhorar sua qualidade de vida (Tovian, Rozensky & Sweet, 2003).

Uma área com a qual o modelo de assistência psicológica em saúde tem contribuído é a pediatria, em que aspectos do desenvolvimento físico e mental da criança e do adolescente, relacionados ao processo de saúde e doença, têm sido foco de estudos (Crepaldi, Rabuske & Gabarra, 2006; Miyazaki, 2001).

Acompanhando os desafios da ampla área da psicologia da saúde, na psicologia pediátrica também tem se considerado fundamental que a pesquisa seja agregada à prática, permitindo a aplicação dos resultados e a avaliação da eficácia de técnicas e procedimentos de intervenção na assistência psicológica à criança hospitalizada (Dias, Baptista & Baptista, 2003). Para Drotar e Lemanek (2001), é crescente o número de estudos que discutem a eficácia da intervenção psicológica com crianças. Entretanto, esses autores alertam para a necessidade de preenchimento da lacuna que permanece entre os tratamentos empiricamente comprovados em psicologia pediátrica e sua aplicação prática.

A revisão da literatura em psicologia pediátrica mostra a relevância de trabalhos relativos à avaliação e intervenção psicológica com crianças e adolescentes com câncer, com ênfase em aspectos como o manejo de procedimentos médicos invasivos e estratégias de enfrentamento, tanto em nível nacional (Arruda & Zannon, 2002; Costa Jr., 1999; Miyazaki, 2001; Motta & Enumo, 2002; Soares, 2003; Zannon, 1999), quanto internacional (Chen, Zeltzer, Craske & Katz, 1999; Claar, Walker & Smith, 2002; Cohen, 2002; Cohen, Bernard, Greco & McClellan, 2002; Klosky & cols., 2004; MacLaren & Cohen, 2005; Manne, Redd, Jacobsen, Gorfinkle & Schorr,

1 Agradecimento ao CNPQ, cuja bolsa de doutorado permitiu a realização deste trabalho.

2 Endereço para correspondência: Rua Desembargador João Manoel de Carvalho 190, Apto. 1004, Barro Vermelho, Vitória, ES. CEP 29057-630. Fone: (27) 3227 85 61; (27) 8149 80 40. E-mail: alessandrabmotta@yahoo.com.br.

1990; Peterson, Sherman & Zink, 1994; Slifer, Tucker & Dahlquist, 2002; Tak & Van Bon, 2006; Williamson, Walters & Shaffer, 2002).

Considerando que o câncer é apontado como a terceira causa de morte em crianças e adolescentes brasileiros com idade entre 1 e 14 anos (Ministério da Saúde, 1997; Rodrigues & Camargo, 2003), parece coerente que as variáveis psicológicas relacionadas a essa doença e a seu tratamento sejam frequentemente estudadas. Além disso, a preocupação com os aspectos psicossociais do tratamento do câncer infantil tem recebido ênfase nos estudos da área, principalmente pela constatação do aumento da sobrevida e da possibilidade de cura, o que abre espaço para a atenção das necessidades globais da criança (Patenaude & Kupst, 2005).

Para facilitar a compreensão da experiência vivida pelo paciente com câncer e sua família, Katz, Dolgin e Varni (1990) propuseram 10 fases: diagnóstico, início do tratamento, remissão, término do tratamento médico, sobrevida, cura, recidiva, fase terminal, morte e ajustamento familiar após a morte do paciente. Cada uma dessas fases é caracterizada por estressores, constituindo-se uma variável que pode influenciar as estratégias de enfrentamento da criança com câncer (Kupst, 1994). Nesse contexto, a hospitalização se caracteriza como um estressor presente em cada uma das fases da doença e que abrange uma série de outros estressores, implicando em consequências sobre o desenvolvimento normal da criança.

As pesquisas têm referido como consequências adversas da hospitalização as dificuldades e obstáculos na vida social e familiar, por exemplo, a restrição do convívio social, as ausências escolares frequentes e o aumento da angústia e tensão familiares (Eiser, 1992; Peterson, Farmer, Harbeck & Chaney, 1990; Siegel & Hudson, 1992). Somam-se a esse quadro situações que não faziam parte da vida da criança, como a necessidade de se adaptar aos novos horários, receber injeções e outros tipos de medicação, ter que permanecer em um quarto e ser privada de brincar.

Assim, desde o período do diagnóstico, em que a criança é submetida a exames dolorosos, como a biópsia de medula, o mielograma e o hemograma (que se torna rotina durante o tratamento), há possibilidade de hospitalizações frequentes, cujas consequências aversivas são discutidas em trabalhos na área de saúde. Nesses casos, verifica-se a necessidade de mobilização de recursos internos (comportamento, cognição e estados afetivos) e externos da criança (recursos do ambiente físico e social), para que ela possa enfrentar essa nova situação, como mostram estudos na área (Löhr, 1998; Motta & Enumo, 2002; Nucci, 2002; Valle, 1997).

Em se tratando da investigação sobre enfrentamento em contextos de saúde, verificam-se, na literatura sobre o câncer infantil, metodologias de avaliação que incluem entrevistas semiestruturadas (McCaffrey, 2006) e estruturadas (Weisz, McCabe & Dennig, 1994), além de escalas de observação (Blount & cols., 1990; Costa Jr., 1999; Manne, Bakeman, Jacobsen & Redd, 1993; Tucker, Slifer & Dahlquist, 2001) e de autorrelato (Motta & Enumo, 2004), especialmente elaboradas para a identificação das estratégias de enfrentamento. O estudo exploratório de McCaffrey (2006), por exemplo, identificou a distração, caracterizada por comportamentos de assistir TV e ouvir música, como sendo a estratégia mais frequentemente relatada por crianças submetidas à quimioterapia.

Acredita-se que esses estudos dirigidos à avaliação do enfrentamento sejam responsáveis por gerar demandas de intervenção em contextos de saúde. Isso posto, reforça-se a necessidade das investigações em psicologia da saúde e, mais precisamente, em psicologia pediátrica, associarem a pesquisa com a prática do psicólogo, em estudos do tipo pesquisa-intervenção (Drotar & Lemanek, 2001; Roberts & McNeal, 1995).

A revisão da literatura internacional permitiu apreender o que tem se priorizado nas intervenções psicológicas em contextos pediátricos. A exposição frequente a procedimentos médicos invasivos e/ou aversivos e a possibilidade de desencadear reações de *distress*³ mostram a necessidade do desenvolvimento de métodos de avaliação e de estratégias de intervenção que contribuam para a redução do sofrimento da criança, prevenindo o agravamento das reações de dor e ansiedade em procedimentos subsequentes (Dahlquist, Pendley, Landthrip, Jones & Steuber, 2002; Dahlquist & cols., 2007; Klosky & cols., 2004; Manne, Bakeman, Jacobsen, Gorfinkle & cols., 1994; Manne & cols., 1990).

No uso da maior parte dessas técnicas de intervenção, existe a característica lúdica, em que o brinquedo tem sua função de diversão estendida à possibilidade de elaboração de sentimentos e aprendizagem de novos comportamentos. No caso, o componente lúdico do procedimento teria função educativa e terapêutica.

O valor terapêutico do brincar foi destacado por Brown (2001), que descreveu entre os benefícios de brincar, a distração do medo, preocupação ou estresse; a promoção de uma relação terapêutica e de ajuda entre a criança e o adulto; a possibilidade de manutenção de um aspecto da vida normal, por meio de atividades da infância, entre outros. Por essas razões, o brincar pode ter efeitos positivos para crianças que vivenciam situações de estresse, medo e ansiedade associadas a doenças (Brown, 2001), sendo frequente o uso de programas de intervenção em hospitais que incluem o brincar como recurso para o enfrentamento dos efeitos traumáticos do tratamento médico (Kneel, 1993).

Diante do exposto, é importante que medidas de intervenção psicológica sejam incluídas na assistência à criança hospitalizada, para amenizar os riscos ao desenvolvimento global da mesma, de forma a permitir que a criança e sua família mobilizem recursos adequados a um enfrentamento que contribua também com o tratamento médico. Essa intervenção deve ser precedida de uma avaliação psicológica apropriada, a fim de adequar os procedimentos e técnicas psicológicas disponíveis ao contexto hospitalar.

Sendo assim, considera-se relevante a proposição de uma intervenção psicológica para o enfrentamento da hospitalização de crianças com câncer. Levanta-se aqui a hipótese de que uma intervenção com as seguintes características: (a) ser focalizada no problema do enfrentamento da hospitalização e da doença; (b) utilizar atividades lúdicas, com conteúdo específico; (c) ser individualizada, se possível; e (d) ser apoiada em avaliação prévia das estratégias de enfrentamento da hospitalização, seria mais eficaz que a proposta tradicionalmente

3 *Distress*: no contexto médico pode ser definido como qualquer tipo de emoção negativa associada à exposição ao procedimento invasivo, como ansiedade, estresse e medo (Uman, Chambers, McGrath & Kisely, 2008). Nesta pesquisa, será mantido o uso do termo em inglês por não haver uma tradução correspondente em português.

utilizada na área. Esta última se baseia na função da distração, a exemplo das brincadeiras – dirigidas por leigos e outros profissionais ou livres –, desenvolvidas no ambiente hospitalar.

A partir dessa hipótese foi realizada uma tese de doutorado, sendo que parte dessa tese está descrita neste artigo. O objetivo geral consistiu em avaliar a eficácia de uma proposta de intervenção psicológica junto a crianças hospitalizadas com câncer, apoiada no uso do brincar como recurso terapêutico para o enfrentamento da hospitalização e da doença, comparando-a com o uso do brincar livre, tal como tem sido tradicionalmente realizado nos hospitais.

Método

Participantes

Participaram desta pesquisa 12 crianças (sete meninos e cinco meninas), com idade entre 7 e 12 anos ($M=9,8$ anos; $Md=10$ anos), internadas na Enfermária de Oncologia de um hospital infantil público, vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), situado em Vitória, Espírito Santo. A maioria das crianças provinha do interior do estado (7) e de outros estados próximos (3), corroborando o fato de o hospital ser referência para o tratamento de câncer nessas regiões. Em relação ao diagnóstico da doença, houve um predomínio de crianças com leucemia (7), seguido de tumor sólido (3) e linfoma (2), com o tempo de tratamento variando entre 7 dias e 5 anos ($Md=120$ dias). O motivo da internação atual variou entre: quimioterapia (4), diagnóstico inicial (3), intercorrência (3) e diagnóstico de recidiva (1); houve um caso de desnutrição como motivo da internação. O tempo de internação, no momento da coleta de dados, variou entre 1 e 11 dias ($Md=4,5$ dias).

Em se tratando de uma amostra de conveniência (Meltzoff, 2001), a inclusão das crianças no estudo foi feita segundo a ordem de chegada na enfermária, de modo que a primeira criança foi dirigida ao G1, a segunda ao G2, e, assim, sucessivamente. Após a distribuição em dois grupos, a amostra ficou assim constituída: G1, composto por seis crianças, sendo três meninos e três meninas, com idade entre 7 e 12 anos ($M=9,3$ anos); e G2, composto por seis crianças, sendo quatro meninos e duas meninas, de 7 a 12 anos ($M=10,3$ anos).

Instrumento e intervenção

Para a avaliação do enfrentamento da hospitalização, foi utilizado o Instrumento Informatizado de Avaliação do Enfrentamento da Hospitalização (AEH*comp*), já utilizado por Moraes (2007) com crianças hospitalizadas com outras doenças, exceto o câncer. O AEH*comp* é composto por 20 telas ilustradas com desenhos coloridos (uma versão para menina e uma versão para menino, diferenciadas pelo personagem principal representado nas telas, menina e menino, respectivamente), em que cada uma das telas apresenta cenas com comportamentos classificados previamente como “facilitadores”, referindo-se àqueles comportamentos potencialmente favoráveis ao enfrentamento da hospitalização

(brincar, assistir TV, cantar e dançar, rezar, estudar, conversar, ouvir música, ler gibi, tomar remédio e buscar informações) e “não-facilitadores”, referindo-se àqueles comportamentos potencialmente desfavoráveis ao enfrentamento da hospitalização (chorar, sentir raiva, esconder, ficar triste, desanimar, fazer chantagem, pensar em fugir, sentir culpa, sentir medo e pensar em milagre). O AEH*comp* permite, por meio de uma análise psicológica, identificar as estratégias de enfrentamento presentes nos relatos das crianças. Essas estratégias estão incluídas nas categorias de enfrentamento de “nível superior”, considerando-se as 13 estratégias propostas por Skinner, Edge, Altman e Sherwood (2003), com base em revisão das escalas de enfrentamento, especialmente com crianças: solução do problema, busca por suporte, esquiva, distração, reestruturação cognitiva, ruminação, desamparo, afastamento social, regulação da emoção, busca por informação, negociação, oposição e delegação. Essas categorias foram adaptadas pelas autoras deste estudo ao contexto do enfrentamento em crianças hospitalizadas com câncer, sem alterar o sentido das mesmas.

A aplicação do instrumento dura, em média, 30 minutos e consiste na apresentação à criança de uma cena por vez. A criança deve descrever a cena, para, em seguida, indicar o quanto esta se parece com o que ela tem feito durante o tempo que passa no hospital. São apresentadas à criança cinco opções: nunca, um pouco, às vezes, quase sempre ou sempre. Após a escolha, para cada cena, de uma das opções de resposta, a criança é questionada sobre o motivo de sua resposta, que é gravada e transcrita para uma folha de registro.

O Programa de Intervenção Psicológica no Hospital (PIPH) foi elaborado visando a promoção de estratégias de enfrentamento favoráveis à hospitalização, minimizando aquelas estratégias passíveis de colocar a adaptação e o desenvolvimento da criança em risco. É composto por 24 atividades especialmente elaboradas, relacionadas a uma atividade lúdica centrada no problema, de forma a agregar um componente terapêutico às brincadeiras da criança. Exceção foi feita à atividade “assistir TV”, que não foi utilizada como recurso terapêutico para a intervenção psicológica, uma vez que não existia possibilidade de conexão de algum aparelho de videocassete ou DVD. Em alguns casos, uma mesma técnica de intervenção incluía mais de um tipo de recurso lúdico.

Tendo como base, mais especificamente, o brincar psicoterapêutico, as atividades envolviam: (a) identificação de sentimentos, por meio de caça-palavras de sentimentos, pinturas de carinhas de sentimentos, boliche de sentimentos, expressão de sentimentos a partir de instrumentos musicais; (b) técnicas de reestruturação cognitiva, como por exemplo, o exercício de analogias “transformando pensamento lagarta em pensamento borboleta”; (c) técnicas de “modelagem de comportamentos”, por meio da manipulação de objetos e personagens que retratam o cotidiano médico; (d) técnicas de busca de informação sobre a doença e o tratamento, por meio da leitura de histórias centradas no problema; (e) técnicas com foco na distração cognitiva e comportamental, incentivando o envolvimento da criança em atividades prazerosas, como “brincar”, “assistir TV”, entre outras. Para a seleção, elaboração e preparação dessas atividades, foram consultados materiais sobre intervenção psicológica com crianças (Brown & Davis, 1995/1998; Friedberg & McClure, 2001/2004), a partir dos quais foram adaptadas as tarefas que compuseram o PIHP.

A execução do PIPH implicou na utilização do seguinte material: gravador portátil, filmadora portátil colorida, fitas de gravação em áudio e vídeo, papel sulfite, lápis de cor, giz de cera, canetas hidrográficas coloridas, tesoura, cola, massa de modelar colorida, brinquedos (miniaturas de objetos hospitalares e domésticos, peças para montar, entre outros), bonecos, instrumentos musicais, jogos (quebra-cabeça, jogo da memória, baralho, dominó, bingo, entre outros) e fantoches.

Procedimento

Inicialmente, as crianças foram identificadas e distribuídas, aleatoriamente, em dois grupos (G1 e G2), conforme já descrito anteriormente. Em seguida, foram avaliadas quanto às suas estratégias de enfrentamento. Para tanto, o AEHcomp foi apresentado como um jogo, em que um personagem descrevia vários comportamentos vivenciados durante a hospitalização, cabendo à criança identificá-los e informar se ela também os vivenciava e o porquê de sua resposta.

As crianças do G1 foram incluídas no Programa de Intervenção Psicológica no Hospital (PIPH), cuja aplicação visava a mudança daqueles comportamentos avaliados como inadequados ao enfrentamento da hospitalização pelo AEHcomp. O PIPH foi aplicado em sessões diárias, durante, no mínimo, três dias, com duração média de 51 minutos, em aplicação individual. O número médio de sessões por criança foi de 4,2 (três a cinco sessões). Buscava-se totalizar o mínimo de cinco sessões de intervenção, porém esse número não foi viável em função das variáveis da rotina do tratamento – houve dias em que a criança não estava disposta ou que a alta hospitalar já havia sido programada para um tempo inferior àquele necessário para a conclusão das cinco sessões de intervenção.

As sessões foram gravadas em vídeo. Ambos os grupos foram expostos à rotina hospitalar, que incluía o brincar livre promovido por voluntários e composto das atividades de desenho e pintura, jogos (memória, dominó, baralho, entre outros), bingo, minigame, teatro de fantoches e contar histórias. Assim, os grupos diferiam à medida que apenas o G1 foi exposto ao PIPH. Todas as crianças tinham acompanhamento psicológico pela equipe de Saúde Mental da Enfermaria de Oncologia do hospital.

Após um período de três a cinco dias, o AEHcomp era reaplicado para a investigação de possíveis mudanças nas estratégias de enfrentamento da hospitalização de crianças com câncer, como forma de avaliar os efeitos da intervenção.

A coleta de dados foi realizada após a autorização dos responsáveis, efetuada por meio da assinatura dos termos de consentimento para a participação em projeto de pesquisa, aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da universidade e pelo Comitê de Ética em Pesquisa/CEP do hospital.

Análise de dados

Para cada resposta da criança ao AEHcomp foi atribuído um valor correspondente, de acordo com as normas de análise do instrumento, o que permitiu a obtenção de uma

pontuação para cada uma das 20 cenas. Calculou-se a média de comportamentos facilitadores e de comportamentos não-facilitadores para cada grupo de crianças, nas fases pré e pós-teste. Essas médias foram analisadas de modo descritivo, comparando-se G1 e G2 e as diferenças entre pré-teste e pós-teste para cada grupo.

A partir das respostas às cenas e da análise das justificativas das crianças, foram identificadas as estratégias de enfrentamento utilizadas pelas crianças durante a hospitalização, considerando-se o sistema de categorias proposto por Skinner e cols. (2003).

Para avaliar os efeitos da intervenção para as crianças do G1, foi feito o cálculo da significância clínica⁴, considerando-se o critério de melhora de, no mínimo, 30% em relação às avaliações da linha-de-base, em instrumentos que não apresentam padrões normativos estabelecidos (Patterson, Chamberlain & Reid, 1982; Webster-Stratton, 1994; Webster-Stratton & Hammond, 1997). Assim, se a partir do cálculo da taxa de ganho⁵, o percentual obtido era superior a 30%, a mudança era considerada clinicamente significativa.

Em relação aos dados obtidos pelo AEHcomp, procedeu-se ainda à aplicação do teste não-paramétrico de Wilcoxon para comparar as médias de comportamentos facilitadores e não-facilitadores, no pré-teste e pós-teste, entre as crianças do G1 e do G2, analisando-se as diferenças intragrupos.

Para verificar diferenças significativas intergrupos, entre as médias de comportamentos facilitadores e não-facilitadores do G1 e G2, em cada aplicação do AEHcomp, utilizou-se o Teste de Mann-Whitney (análise estatística não-paramétrica). Em ambas as análises, o índice de significância adotado foi de 0,05 ($p \leq 0,05$).

As estratégias de enfrentamento identificadas nas justificativas dadas ao AEHcomp também foram submetidas à estatística não-paramétrica. Nesse caso, as proporções médias de cada categoria de estratégias de enfrentamento do G1 e do G2 foram comparadas entre si, no pré e no pós-teste (Teste de Mann-Whitney), estabelecendo comparações intergrupos. Para comparações intragrupos das médias das estratégias de enfrentamento entre o pré-teste e o pós-teste, foi utilizado o Teste de Wilcoxon.

Resultados

A Tabela 1 apresenta os dados referentes ao pré e pós-teste, obtidos a partir do AEHcomp, agrupados de modo a favorecer a comparação intra e entre os grupos. Na análise por tipo de comportamento, verifica-se que, entre os comportamentos não-facilitadores, chorar ($M=2,00$) foi o comportamento mais referido pelo G1 no pré-teste, enquanto ficar triste ($M=1,67$) foi superior no pós-teste. Para o G2, triste ($M=1,67$) teve a maior média no pré-teste, enquanto desanimar ($M=0,83$) e fazer chantagem ($M=0,83$) foram superiores no pós-teste. Em ambos os grupos, esconder foi negado no pré e pós-teste.

4 O conceito de significância clínica refere-se às mudanças que são clinicamente significativas para o cliente ao longo do curso de tratamento (McGlinchey, Atkins & Jacobson, 2002).

5 Taxa de ganho = [(pós-teste / pré-teste) x 100] - 100.

Tabela 1. Escores médios de ocorrência de comportamentos declarados em pré- e pós-teste por crianças dos grupos de intervenção (G1) e rotina (G2), por tipo de estratégia de enfrentamento.

Comportamento (AEHcomp)	Pré-teste		Pós-Teste	
	G1 M (DP)	G2 M (DP)	G1 M (DP)	G2 M (DP)
<i>Facilitador</i>				
Assistir TV	3,33 (0,82)	3,17 (1,33)	2,83 (1,47)	3,50 (1,22)
Tomar remédio	3,33 (1,21)	2,83 (1,17)	3,50 (1,22)	3,50 (0,84)
Conversar	3,00 (1,26)	2,83 (1,47)	2,50 (1,76)	3,00 (0,89)
Brincar	3,00 (1,67)	2,17 (1,47)	3,50 (0,84)	2,67 (1,03)
Rezar	2,17 (2,04)	3,33 (1,63)	2,50 (1,76)	3,50 (1,22)
Estudar	2,17 (1,72)	3,00 (1,26)	1,67 (1,97)	3,00 (1,09)
Ler gibi	1,83 (1,60)	3,00 (1,26)	2,00 (1,67)	2,50 (1,05)
Buscar informações	0,83 (0,98)	1,17 (0,98)	1,83 (1,33)	1,17 (1,60)
Cantar	0,83 (0,98)	0,67 (0,82)	0,67 (1,21)	1,50 (0,84)
Ouvir música	0,00 (-)	0,67 (1,03)	0,00 (-)	0,67 (0,82)
Média (DP)	2,05 (1,67)	2,28 (1,54)	2,10 (1,70)	2,50 (1,41)
Mann-Whitney		U = 1652,5 P = 0,424		U = 1572,5 p = 0,218
<i>Não-facilitador</i>				
Chorar	2,00 (1,41)	1,17 (1,17)	0,50 (0,55)	0,67 (0,82)
Milagre	1,50 (1,38)	1,17 (1,47)	1,50 (1,52)	0,17 (0,48)
Raiva	1,33 (1,50)	0,17 (0,41)	0,33 (0,55)	0,00 (-)
Desanimar	1,17 (0,75)	0,83 (1,17)	1,17 (1,33)	0,83 (0,82)
Triste	1,00 (0,63)	1,67 (1,50)	0,83 (0,75)	0,67 (0,82)
Medo	0,83 (1,17)	0,67 (0,82)	0,00 (0,00)	0,67 (0,82)
Chantagem	0,50 (0,55)	0,17 (0,41)	0,17 (0,41)	0,83 (1,60)
Culpa	0,17 (0,41)	0,33 (0,52)	0,00 (0,00)	0,67 (1,21)
Pensar em fugir	0,17 (0,41)	0,17 (0,41)	0,00 (0,00)	0,17 (0,41)
Esconder	0,00 (-)	0,00 (-)	0,00 (-)	0,00 (-)
Média (DP)	0,87 (1,08)	0,63 (1,01)	0,45 (0,85)	0,47 (0,83)
Mann-Whitney ^a		U = 1542 P = 0,133		U = 1781 p = 0,767

Nota: ^a $p \leq 0,05$.

Entre os comportamentos facilitadores, assistir TV, tomar remédio, brincar e conversar apresentaram as maiores médias no pré e pós-teste do G1. No pós-teste do G1, rezar também foi referido entre os comportamentos mais frequentes. No pré e pós-teste do G2, as médias superiores corresponderam aos comportamentos de rezar, assistir TV e estudar. No pós-teste, verificou-se que tomar remédio também recebeu maior pontuação média. Ouvir música apresentou menor frequência em ambos os grupos, no pré e pós-teste.

Conforme indicado na Tabela 2, houve um aumento nas médias de comportamentos facilitadores no pós-teste para os dois grupos, mas a diferença entre pré e pós-teste não foi significativa, mesmo para G1, que passou pela intervenção. No caso de comportamentos não-facilitadores, nota-se a redução

das médias, no pós-teste, para os dois grupos, as quais alcançaram valores bem próximos (G1=0,45; G2=0,47). A análise intragrupos revelou que essa diferença foi estatisticamente significativa, mas apenas para o G1. É possível afirmar que, após o período de intervenção, G1 diminuiu significativamente a média de comportamentos não-facilitadores, entre eles, chorar, sentir raiva, ficar triste e sentir medo.

Para a análise das justificativas das crianças a cada uma das categorias de comportamentos facilitadores e não-facilitadores, foi utilizada uma adaptação do sistema de categorias de enfrentamento proposto por Skinner e cols. (2003). A análise descritiva da proporção média de cada uma das estratégias de enfrentamento, indicada na Tabela 3, permitiu verificar que a estratégia distração foi a mais

Tabela 2. Comparação entre os escores médios de comportamentos facilitadores e não-facilitadores da hospitalização em pré e pós-teste por grupo.

Comportamentos (AEHcomp)		G1 ^a			G2 ^b			Z
		Média	DP	Pré X Pós	Média	DP	Pré X Pós	
Facilitadores	Pré	2,05	1,67	0,938	2,28	1,54	0,408	0,727
	Pós	2,10	1,70		2,50	1,41		
Não-facilitadores	Pré	0,87	1,08	0,006*	0,63	1,01	0,268	1,107
	Pós	0,45	0,85		0,47	0,83		

Nota:^aG1=grupo de intervenção; ^bG2=grupo de rotina; * $p < 0,05$, Teste de Wilcoxon.

referida nas respostas das crianças de ambos os grupos, no pré e pós-teste. Esse fato pode ser justificado pela variedade de cenas que retratam comportamentos que se caracterizam mais diretamente como distração. É o caso dos comportamentos de brincar, assistir TV, ler gibi, cantar/dançar e ouvir música, cujas justificativas para a sua ocorrência se referem ao envolvimento em alguma atividade alternativa prazerosa: “Prá passar o tempo”; “Prá me divertir, se divertir mais, não ficar parado” (G2, menino, 12 anos).

Ainda em relação às estratégias de enfrentamento, a comparação entre os grupos não indicou diferenças significativas entre G1 e G2 no pré-teste. No pós-teste, a análise intergrupos das médias das estratégias de enfrentamento indicou uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos na estratégia solução do problema (G1=0,203 e G2=0,130). Nesse caso, pode-se afirmar que, após o período de intervenção, G1 apresentou uma média da estratégia de solução do problema significativamente superior à média apresentada pelo G2. O relato “Porque, se eu vim pro hospital, é pra mim (sic) ficar boa; então, eu não penso em fugir” (G1, menina, 10 anos), é um exemplo da estratégia solução do problema. Comparando o desempenho dos grupos, no pré-teste e pós-teste, em relação às estratégias de enfrentamento da hospitalização, não houve diferenças significativas para nenhum dos grupos.

A Tabela 4 mostra a análise de significância clínica, que considera significativas as melhoras no nível de 30% (McGlinchey & cols., 2002). Por meio dessa análise foi possível identificar as estratégias que foram mais sensíveis à intervenção. A melhora do G1 após a intervenção foi clinicamente significativa quando se analisam as médias das estratégias de solução do problema e busca por informação, cujas taxas de ganho alcançaram valores acima de 30% (43,97% e 80,77%, respectivamente). Além disso, após a intervenção, verificou-se uma diminuição, clinicamente significativa, nas médias do pré e pós-teste, nas estratégias de ruminação, negociação e esquiva. Por outro lado, para G2, somente a estratégia de negociação apresentou uma alteração clinicamente significativa, caracterizada por um aumento de 125% do pré-teste para o pós-teste.

Discussão

Este estudo analisou os efeitos da intervenção psicológica junto a crianças com câncer, com foco no treino de estratégias para o enfrentamento da hospitalização e na utilização de recursos lúdicos associados a técnicas de intervenção pré-existent. A esse respeito, a análise estatística intragrupo

identificou uma diminuição significativa da pontuação de comportamentos não-facilitadores entre as crianças do G1, submetidas à intervenção. Como essa diminuição não foi verificada entre as crianças do G2, poderia se confirmar a hipótese de que crianças submetidas ao PIPH (G1) foram mais beneficiadas durante a hospitalização, relatando menor ocorrência de comportamentos de chorar, sentir raiva, medo e desânimo, do que as crianças submetidas exclusivamente à recreação hospitalar (G2). Além disso, é possível sugerir relações positivas com o bem-estar psicológico da criança, quando se considera a afirmação de Kupst (1994) sobre o fato de que a diminuição de comportamentos inadequados em situações de enfrentamento do câncer infantil pode ser tomada como indicador favorável ao processo adaptativo da criança.

Em se tratando do efeito do PIPH sobre as estratégias de enfrentamento, embora a análise pela via da estatística inferencial não tenha evidenciado diferenças significativas, pelo método que considera as mudanças clinicamente significativas foi possível confirmar a hipótese de que o PIPH, aplicado às crianças do G1, havia sido eficaz na redução das estratégias de ruminação, esquiva e negociação.

Nos estudos que visam minimizar os efeitos negativos da exposição aos procedimentos médicos invasivos e a dor consequente ao mesmo, verifica-se que a estratégia mais frequentemente empregada é a distração, com a utilização de vários recursos, entre eles, o videogame, a televisão e a bola de soprar (Cohen & cols., 2002; Dahlquist & cols., 2007; Klosky & cols., 2004; MacLaren & Cohen, 2005; Manne & cols., 1990). Particularmente, no estudo de MacLaren e Cohen, sobre o uso da distração no momento da exposição aos procedimentos médicos invasivos, foram testadas duas técnicas – uma passiva e outra interativa. Embora já tenha sido afirmada a importância do envolvimento ativo da criança em atividades de distração, como forma de reduzir reações de estresse e sofrimento (Brown, 2001), esses autores constataram que a distração passiva foi responsável por resultados melhores do que a distração que exigia a interação da criança.

Partindo da hipótese de que atividades de distração com múltiplos estímulos sensoriais são mais eficazes do que a distração passiva, Dahlquist e cols. (2007) compararam os efeitos de dois tipos de distração, ambas com o uso do videogame, porém diferenciadas pelo recurso de um capacete que utiliza a tecnologia da realidade virtual. Os resultados indicaram que as duas condições de distração aumentaram a tolerância à dor em crianças. Entretanto, verificou-se que as crianças maiores obtiveram ganhos adicionais com o uso do capacete. As autoras

Tabela 3. Comparação das estratégias de enfrentamento da hospitalização dos grupos no pré-teste e pós-teste.

Estratégias de enfrentamento da hospitalização	Comparação entre pré e pós-teste*					
	Pré Média (DP)	Pós Média (DP)	G1 ^a (<i>p</i> -value)	Pré Média (DP)	Pós Média (DP)	G2 ^b (<i>p</i> -value)
Regulação da emoção	0,073 (0,099)	0,079 (0,103)	0,715	0,096 (0,099)	0,093 (0,067)	0,916
Distração	0,281 (0,091)	0,310 (0,183)	0,600	0,296 (0,119)	0,327 (0,088)	0,600
Solução do problema	0,141 (0,053)	0,203 (0,070)	0,225	0,128 (0,047)	0,130 (0,086)	0,916
Busca por informação	0,026 (0,028)	0,047 (0,026)	0,144	0,038 (0,034)	0,034 (0,042)	1,000
Busca por suporte	0,086 (0,052)	0,094 (0,055)	0,715	0,100 (0,045)	0,088 (0,041)	0,916
Reestruturação cognitiva	0,087 (0,078)	0,101 (0,096)	0,465	0,181 (0,081)	0,134 (0,086)	0,225
Ruminação	0,259 (0,117)	0,157 (0,147)	0,116	0,146 (0,110)	0,169 (0,117)	0,916
Negociação	0,038 (0,046)	0,009 (0,021)	0,180	0,008 (0,019)	0,018 (0,027)	0,180
Esquiva	0,010 (0,026)	0,000 -	0,317	0,008 (0,019)	0,009 (0,021)	0,317

Nota: ^a G1=grupo de intervenção; ^b G2=grupo de rotina; * Teste de Wilcoxon, *p*<0,05.

ressaltam a importância de estudos futuros que verifiquem a aplicabilidade clínica desse tipo de distração.

No presente estudo, a atividade de assistir TV (um tipo de distração passiva) foi a mais relatada em ambos os grupos, como comportamento apresentado durante a hospitalização. Mesmo sem ter fins terapêuticos, sendo disponível para a criança internada, a TV permite a distração, ajudando a passar o tempo e a se divertir. Além disso, uma vez que a criança encontra-se com restrições físicas de locomoção, clinicamente enfraquecida pelos efeitos da medicação ou pela própria evolução da doença, parece pouco provável que, espontaneamente, ela consiga empregar esforços na reformulação de seu pensamento sobre a doença ou ainda envolver-se em atividades recreativas mais dinâmicas. Nesse ponto, o acesso à TV parece desempenhar um papel importante na promoção de seu bem-estar durante a hospitalização. Faltam, então, estudos sobre o conteúdo televisivo mais adequado a esse contexto e faixa etária.

A associação do recurso lúdico às técnicas de intervenção do PIPH também encontrou suporte teórico em Knell (1993), que ressaltou o uso do brinquedo com o objetivo de promover mudança de comportamentos, pensamentos e sentimentos, em uma abordagem recreativa da terapia cognitivo-comportamental. De fato, o uso dos fantoches associados às miniaturas representativas do contexto hos-

pitalar, por exemplo, na atividade “Um dia de médico”, foi bem recebida pelas crianças.

Para finalizar, discute-se a questão de como se dá a relação entre o emprego das estratégias de enfrentamento e o processo adaptativo. Para Skinner e cols. (2003), a importância do estudo sobre o enfrentamento está na sua função de ajudar o indivíduo a lidar com o estressor, o que caracterizaria seu papel no curto prazo e, também, sua contribuição para o desenvolvimento normal, nesse caso, abordando seus efeitos no longo prazo. Neste estudo, o delineamento empregado, e os resultados alcançados podem ser considerados suficientes para sugerir os efeitos positivos do programa de intervenção na maneira como a criança lida com a hospitalização, à medida em que foi possível obter uma redução significativa dos comportamentos não-facilitadores. Se essa redução poderá ser mantida no longo prazo, caracterizando sua importância para o ajustamento global da criança, é uma questão que não pode ser respondida por este estudo. Para tal, seria necessário que o delineamento da pesquisa incluísse um monitoramento de futuras situações de hospitalização da criança, a fim de verificar a manutenção do ganho obtido após a intervenção, em termos de comportamentos e estratégias de enfrentamento. Patenaude e Kupst (2005) destacam a viabilidade de pesquisas longitudinais com foco no ajustamento psicológico de crianças com câncer, bem como nos efeitos tardios do tratamento médico.

Tabela 4. Proporção média e taxa de ganho dos grupos em relação às estratégias de enfrentamento da hospitalização, no pré- e pós-teste.

Estratégias de enfrentamento da hospitalização	G1 ^a			G2 ^b		
	Pré	Pós	Taxa de ganho* (%)	Pré	Pós	Taxa de ganho* (%)
Regulação da emoção	0,073	0,079	8,22	0,096	0,093	-3,12
Distração	0,281	0,310	10,32	0,296	0,327	10,47
Solução do problema	0,141	0,203	43,97*	0,128	0,130	1,56
Busca por informação	0,026	0,047	80,77*	0,038	0,034	-10,53
Busca por suporte	0,086	0,094	9,30	0,100	0,088	-12
Ruminação	0,259	0,157	-39,38*	0,146	0,169	15,75
Reestruturação cognitiva	0,087	0,101	16,09	0,181	0,134	-25,97
Negociação	0,038	0,009	-76,31*	0,008	0,018	125*
Esquiva	0,010	0,000	-100*	0,008	0,009	12,5

Nota: ^aG1=grupo de intervenção; ^bG2=grupo de rotina; *Clinicamente significativo ($\geq 30\%$).

Concluindo, os achados deste estudo sugerem a contribuição do PIPH para a redução significativa de comportamentos não-facilitadores. De fato, tais comportamentos foram focos diretos das técnicas de intervenção, à medida em que se tentava alterar e/ou remover, quando possível, o estressor que desencadeava cada um desses comportamentos. Atuou-se no sentido de contribuir para que a criança lidasse de modo favorável com a hospitalização, mostrando um impacto positivo do PIPH sobre as crianças com câncer que participaram deste estudo e, também, indicando um caminho possível para a atuação do psicólogo no hospital.

Referências

- Arruda, P. M., & Zannon, C. M. L. C. (2002). Febre reumática e diabetes na infância e adolescência. Em C. M. L. C. Zannon (Org.), *Tecnologia comportamental em saúde: adesão ao tratamento pediátrico da doença crônica - evidenciando o desafio enfrentado pelo cuidador* (pp. 29-34). Santo André: ESEtec.
- Blount, R. L., Sturges, J. W., & Powers, S. W. (1990). Analysis of child and adult behavioral variations by phase of medical procedure. *Behavior Therapy, 21*, 33-48.
- Brown, C. D. (2001). Therapeutic play and creative arts helping children cope with illness, death, and grief. Em A. Armstrong-Daily & S. Zarboch (Eds.), *Hospice care for children* (2nd ed.) (pp. 251-283). New York: Oxford University.
- Brown, J. L., & Davis, J. (1998). *Enfrentando o bicho-papão: ensinando crianças a lidar com seus medos e fobias* (Y. A. Cardoso, Trad.). São Paulo: Summus. (Trabalho original publicado em 1995)
- Chen, E., Zeltzer, L. K., Craske, M. G., & Katz, E. R. (1999). Alteration of memory in the reduction of children's distress during repeated aversive medical procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 481-490.
- Claar, R. L., Walker, L. S., & Smith, C. A. (2002). The influence of appraisals in understanding children's experiences with medical procedures. *Journal of Pediatric Psychology, 27*, 553-563.
- Cohen, L. (2002). Reducing infant immunization distress through distraction. *Health Psychology, 21*, 207-211.
- Cohen, L. L., Bernard, R. S., Greco, L. A., & McClellan, C. B. (2002). A child-focused intervention for coping with procedural pain: Are parent and nurse coaches necessary? *Journal of Pediatric Psychology, 27*, 749-757.
- Costa Jr., Á. L. (1999). Psico-oncologia e manejo de procedimentos invasivos em oncologia pediátrica: uma revisão de literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 12*, 107-118.
- Crepaldi, M. A., Rabuske, M. M., & Gabarra, L. M. (2006). Modalidades de atuação em psicologia pediátrica. Em M. A. Crepaldi, M. B. M. Linhares & G. B. Perosa (Orgs.), *Temas em psicologia pediátrica* (pp.13-55). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dahlquist, L. M., Pendley, J. S., Landthrip, D. S., Jones, C. L., & Steuber, C. P. (2002). Distraction intervention of preschoolers undergoing intramuscular injections and subcutaneous port access. *Health Psychology, 21*, 94-99.
- Dahlquist, L. M., Weiss, K. E., Clendaniel, L. D., Law, E. F., Ackerman, C. S., & McKenna, K. D. (2007). Effects of videogame distraction using a virtual reality type head-mounted display helmet on cold pressor pain in children. *Journal of Pediatric Psychology, 34*, 574-584.
- Dias, R. R., Baptista, M. N., & Baptista, A. S. D. (2003). Enfermaria de pediatria: avaliação e intervenção psicológica. Em M. N. Baptista & R. R. Dias (Orgs.), *Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos* (pp. 53-73). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Drotar, D., & Lemanek, K. (2001). Steps toward a clinically relevant science of interventions in pediatric settings: Introduction to the special issue. *Journal of Pediatric Psychology, 26*, 385-394.
- Eiser, C. (1992). Psychological consequences of chronic disease in children. *International Review of Health Psychology, 1*, 145-165.
- Friedberg, R. D., & McClure, J. M. (2004). *A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes* (C. Monteiro, Trad.). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 2001)
- Katz, E. R., Dolgin, M. J., & Varni, J. W. (1990). Cancer in children and adolescents. Em A. M. Gross & R. S. Drabman (Orgs.), *Handbook of clinical behavioral pediatrics* (pp. 129-146). New York: Plenum Press.

- Klosky, J. L., Tyc, V. L., Srivastava, D. K., Tong, X., Kronenberg, M., Booker, Z. J., de Armendi, A. J., & Merchant, T. E. (2004). Brief report: Evaluation of an interactive intervention designed to reduce pediatric distress during radiation therapy procedures. *Journal of Pediatric Psychology, 29*, 621-626.
- Knell, S. M. (1993). *Cognitive-behavior play therapy*. New Jersey: Jasan Aronson.
- Kupst, M. J. (1994). Coping with pediatric cancer: Theoretical and research perspectives. Em D. J. Bearison & R. K. Mulhern (Orgs.), *Pediatric psychooncology* (pp. 35-60). New York: Oxford University.
- Löhr, S. S. (1998). *Crianças com câncer: discutindo a intervenção psicológica*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- MacLaren, J. E., & Cohen, L. L. (2005). A comparison of distraction strategies for venipuncture distress in children. *Journal of Pediatric Psychology, 30*, 387-39.
- Manne, S. L., Bakeman, R., Jacobsen, P. B., Gorfinkle, K., & Redd, W. H. (1994). An analysis of a behavioral intervention for children undergoing venipuncture. *Health Psychology, 13*, 556-566.
- Manne, S. L., Bakeman, R., Jacobsen, P. B., & Redd, W. H. (1993). Children's coping during invasive medical procedures. *Behavior Therapy, 24*, 143-158.
- Manne, S. L., Redd, W. H., Jacobsen, P. B., Gorfinkle, K., & Schorr, O. (1990). Behavioral intervention to reduce child and parent distress during venipuncture. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 565-572.
- McCaffrey, C. N. (2006). Major stressors and their effects on the well-being of children with cancer. *Journal of Pediatric Nursing, 21*, 59-66.
- McGlinchey, J. B., Atkins, D. C., & Jacobson, N. S. (2002). Clinical significance methods: Which one to use and how useful are they? *Behavior Therapy, 33*, 529-550.
- Meltzoff, J. (Org.), (2001). Confounding variables and their control. Em J. Meltzoff, *Critical thinking about research: Psychology and related fields* (pp. 65-82). Washington: American Psychological Association.
- Ministério da Saúde (1997). *Epidemiologia dos tumores da criança e do adolescente*. Retirado em 08/06/2007, de http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=349.
- Miyazaki, M. C. O. S. (2001). Asma na infância: pesquisa e prática clínica em psicologia pediátrica. Em D. R. Zamignani (Org.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 3. A aplicação da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos* (pp. 19-24). Santo André: ARBytes.
- Moraes, E. O. (2007). *O enfrentamento da hospitalização em crianças por meio de avaliação informatizada*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória.
- Motta, A. B., & Enumo, S. R. F. (2002). Brincar no hospital: câncer infantil e avaliação do enfrentamento da hospitalização. *Psicologia: Saúde e Doenças, 3*, 23-41.
- Motta, A. B., & Enumo, S. R. F. (2004). Câncer infantil: uma proposta de avaliação das estratégias de enfrentamento da hospitalização. *Estudos de Psicologia, 21*, 193-202.
- Nucci, N. A. G. (2002). *A criança com leucemia na escola*. Campinas: Livro Pleno.
- Organização Mundial de Saúde – OMS / Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF (1978). *Cuidados primários de saúde* [Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários da Saúde, Alma-Ata, URSS, 6 a 12 de setembro de 1978]. Retirado em 31/10/2010, de http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/declaracaoescarta_portugues.pdf.
- Patenaude, A. F., & Kupst, M. J. (2005). Psychosocial functioning in pediatric cancer. *Journal of Pediatric Psychology, 30*, 9-27.
- Patterson, G. R., Chamberlain, P., & Reid, J. B. (1982). A comparative evaluation of a parent training program. *Behavior Therapy, 13*, 638-650.
- Peterson, L., Farmer, J., Harbeck, C., & Chaney, J. (1990). Preparing children for hospitalization and threatening medical procedures. Em A. M. Gross & R. S. Drabman (Orgs.), *Handbook of clinical behavioral pediatrics* (pp. 349-364). New York: Plenum.
- Peterson, L., Sherman, D. D., & Zink, M. (1994). Applications to pediatric psychology. Em L. W. Craighead, W. E. Craighead, A. E. Kazdin & M. J. Mahoney (Orgs.), *Cognitive and behavior interventions: An empirical approach to mental health problems* (pp. 359-375). Boston: Allyn and Bacon.
- Roberts, M. C., & McNeal, R. E. (1995). Historical and conceptual foundations of pediatric psychology. Em M. C. Roberts (Org.), *Handbook of pediatric psychology* (2nd ed.) (pp. 3-18). New York: Guilford.
- Rodrigues, K. E., & Camargo B. (2003). Diagnóstico precoce do câncer infantil: responsabilidade de todos. *Revista da Associação Médica Brasileira, 49*, 29-34.
- Siegel, L. J., & Hudson, B. O. (1992). Hospitalization and medical care of children. Em C. E. Walker & M. C. Roberts (Orgs.) *Handbook of clinical child psychology* (pp. 845-858). New York: Wiley-Interscience.
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin, 129*, 216-269.
- Slifer, K. J., Tucker, C. L., & Dahlquist, L. M. (2002). Helping children and caregivers cope with repeated invasive procedures: How are we doing? *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 9*, 131-148.
- Soares, M. R. Z. (2003). Estratégias lúdicas na intervenção com crianças hospitalizadas. Em C. G. de Almeida (Org.), *Intervenções em grupo: estratégias psicológicas para a melhoria da qualidade de vida* (pp. 23-36). Campinas: Papirus.
- Tak, J. H., & Van Bon, W. H. J. (2006). Pain and distress-reducing interventions for venepuncture in children. *Child: Care, Health & Development, 32*, 257-268.
- Tovian, S. M., Rozensky, R. H., & Sweet, J. J. (2003). A decade of clinical psychology in medical settings: The short longer view. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 10*, 1-8.
- Tucker, C. L., Slifer, K. J., & Dahlquist, L. M. (2001). Reliability and validity of the behavioral distress scale: A measure of children's distress during invasive medical procedures. *Journal of Pediatric Psychology, 26*, 513-523.
- Uman, L. S., Chambers, C. T., McGrath, P. J., & Kisely, S. (2008). A systematic review of randomized controlled trials examining psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents: An abbreviated cochrane review. *Journal of Pediatric Psychology, 33*, 842-854.

Valle, E. R. M. (1997). *Câncer infantil: compreender e agir*. São Paulo: Editorial Psy.

Webster-Stratton, C. (1994). Advancing videotape parent training: A comparison study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 583-593.

Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1997). Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 93-109.

Weisz, J. R., McCabe, M. A., & Dennig, M. D. (1994). Primary and secondary control among children undergoing medical procedures: Adjustment as a function of coping style. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 324-332.

Williamson, G. M., Walters, A. S., & Shaffer, D. R. (2002). Caregiver models of self and others, coping, and depression: Predictors of depression in children with chronic pain. *Health Psychology, 21*, 405-410.

Zannon, C. M. L. C. (1999). Psicologia aplicada à pediatria: questões metodológicas atuais. Em R. R. Kerbauy (Org.), *Comportamento e saúde: explorando alternativas* (pp. 46-58). Santo André: ARBytes.

Recebido em 03.08.08

Primeira decisão editorial em 31.11.09

Versão final em 20.09.10

Aceito em 20.09.10 ■