

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Escola de Enfermagem da UFMG
Pós-graduação em Enfermagem

Bárbara Radieddine Guimarães

**ESTRATÉGIAS DE COPING NO AJUSTAMENTO FAMILIAR DE CRIANÇAS
HOSPITALIZADAS POR COVID-19 E DE SUAS CUIDADORAS PRIMÁRIAS**

Belo Horizonte – MG

2022

Bárbara Radieddine Guimarães

**ESTRATÉGIAS DE COPING NO AJUSTAMENTO FAMILIAR DE CRIANÇAS
HOSPITALIZADAS POR COVID-19 E DE SUAS CUIDADORAS PRIMÁRIAS**

Projeto de pesquisa destinado ao Programa
de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem
da Universidade Federal de Minas Gerais

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de pesquisa: Cuidar em Saúde e
Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Elysângela Dittz Duarte

Belo Horizonte – MG
Escola de Enfermagem – UFMG

2022

G963e Guimarães, Bárbara Radieddine.
Estratégias de Coping no ajustamento familiar de crianças hospitalizadas por COVID-19 e de suas cuidadoras primárias [recursos eletrônicos]. / Bárbara Radieddine Guimarães. - - Belo Horizonte: 2022.
174f.: il.
Formato: PDF.
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Elysângela Dittz Duarte.
Área de concentração: Linha de Cuidado em Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Criança Hospitalizada. 2. Hospitalização. 3. COVID-19. 4. Pandemias. 5. Família. 6. Dissertação Acadêmica. I. Duarte, Elysângela Dittz. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WY 153.7

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

ATA DE NÚMERO 707 (SETECENTOS E SETE) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA BÁRBARA RADIEDDINE GUIMARÃES PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 22 (vinte e dois) dias do mês de agosto de dois mil vinte e dois, às 09:00 horas, realizou-se, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "*ESTRATÉGIAS DE COPING NO AJUSTAMENTO FAMILIAR DE CRIANÇAS HOSPITALIZADAS POR COVID-19: A PERSPECTIVA DAS CRIANÇAS E DOS CUIDADORES PRIMÁRIOS*", da aluna **Barbara Radieddine Guimarães**, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Cuidar em Saúde e Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Elysângela Dittz Duarte (orientadora), Aline Oliveira Silveira e Paulo Roberto Lima Falcão do Vale, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVADA;

REPROVADA.

A Comissão examinadora recomendou a mudança do título para:

ESTRATÉGIAS DE COPING NO AJUSTAMENTO FAMILIAR DE CRIANÇAS HOSPITALIZADAS POR COVID-19 E DE SUAS CUIDADORAS PRIMÁRIAS

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 22 de agosto de 2022.

Prof^a. Dr^a. Elysângela Dittz Duarte
Orientadora (EE/UFMG)

Prof^a. Dr^a. Aline Oliveira Silveira
(Universidade de Brasília)

Prof. Dr. Paulo Roberto Lima Falcão do Vale
(Universidade Federal do Recôncavo da Bahia)

Andréia Nogueira Delfino
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

HOMOLOGADO em reunião do CPG
Em 02.09.2022

MODIFICAÇÃO DE DISSERTAÇÃO

Modificações exigidas na Dissertação de Mestrado da Senhora **BÁRBARA RADIEDDINE GUIMARÃES**.

As modificações foram as seguintes:

Não houve recomendações obrigatórias.

Prof^a. Dr^a. Elysângela Dittz Duarte

Prof^a. Dr^a. Aline Oliveira Silveira

Prof. Dr. Paulo Roberto Lima Falcão do Vale



Documento assinado eletronicamente por **ALINE OLIVEIRA SILVEIRA, Usuária Externa**, em 02/09/2022, às 15:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Paulo Roberto Lima Falcão do Vale, Usuário Externo**, em 02/09/2022, às 15:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Elysangela Dittz Duarte, Professora do Magistério Superior**, em 06/09/2022, às 15:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Andreia Nogueira Delfino, Assistente em Administração**, em 06/09/2022, às 15:57, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1732387** e o código CRC **D5A0C91A**.

HOMOLOGADO em reunião do CPU
Em 02.09.22

À todas as crianças, que foram hospitalizadas devido a COVID-19, e suas famílias - especialmente as que participaram deste estudo.

AGRADECIMENTOS

À professora Elysângela pelo aprendizado com sabedoria, afeto, generosidade e paciência, não apenas para a produção deste trabalho, mas durante toda a minha trajetória na graduação e no mestrado. Obrigada por me acolher e compartilhar tanto conhecimento e oportunidades comigo.

A todas as cuidadoras e crianças participantes deste estudo, que compartilharam suas histórias, vivências e sentimentos que tanto me tocaram e me impulsionaram durante este trabalho.

Aos Professores Aline Silveira, Giselle Lima, Paulo Roberto do Vale e Patrícia Braga pela disponibilidade em participar da banca e contribuir com o aprimoramento deste estudo.

À professora Kleyde Ventura por compartilhar suas experiências e sabedorias. Me ajudou a chegar até aqui com mais força e confiança.

Aos meus pais, Sumaia e Marco José, e ao meu irmão, Thiago por serem minha base e minha força. Obrigada pelas risadas, companheirismo, incentivo e amor.

À Maria Alice por compartilhar comigo a vida, o amor e estar sempre do meu lado encorajando minhas decisões.

Aos meus primos e amigos, que me apoiaram e trouxeram leveza e diversão à minha vida. Em especial Arthur, Maria Luiza, Gabriela, Beatriz, Bárbara, Lucas e Laura.

À Juliana e à Nayara, por compartilhar as alegrias, os desafios da pesquisa e estarem sempre prontas para o nosso trabalho em equipe.

À sala 416, RECRIA e NUPEPE por todos os momentos de aprendizados.

Agradeço a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para realização deste trabalho.

Guimarães, B. R. “Estratégias de coping no ajustamento familiar de crianças hospitalizadas por covid-19 e de suas cuidadoras primárias” 2022. 169 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem. Departamento de Enfermagem Materno-Infantil, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2022.

RESUMO

Introdução: A hospitalização infantil é uma experiência estressante para a própria criança e para sua família. Torna-se um processo singular quando a hospitalização é determinada pelo adoecimento por uma doença pandêmica, como a COVID-19. Embora seja um contexto desconhecido e aparentemente influenciado pelas experiências individuais e coletivas da pandemia por COVID-19, considerando-se outras situações de adoecimento, as famílias buscam estratégias que lhes possibilitam prosperar mesmo na adversidade. Portanto, parte-se do pressuposto que estratégias de Coping são adotadas pelas crianças e suas cuidadoras, a fim de se ajustarem à situação estressora.

Objetivo: Analisar as estratégias de Coping de crianças e cuidadoras primárias no ajustamento familiar na situação de hospitalização por COVID-19.

Metodologia: Trata-se de um estudo qualitativo exploratório, em que se usou o modelo de resiliência estresse e ajustamento de McCubbing, McCubbing (1993). Participaram dez crianças que foram hospitalizadas por COVID-19, em Belo Horizonte - MG, e quinze cuidadoras primárias que tiveram suas crianças hospitalizadas pela COVID-19. A coleta de dados foi realizada por videochamada, a partir de um questionário para obter informações sociodemográficas, além da escala de MOS-SSS aplicados às cuidadoras primárias e dois roteiros de entrevista semiestruturada utilizados para as cuidadoras primárias e outro para as crianças. Os dados qualitativos foram analisados a partir da análise temática reflexiva conforme proposta por Braun e Clark (2016), com suporte do software MAXQDA®.

Foram atendidas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos conforme resoluções 466/12 e 510/2016.

Resultados: Pela aplicação da escala de MOS-SSS, as cuidadoras primárias tinham alta percepção de apoio social. As cuidadoras primárias que referiram maior cumplicidade com a equipe e estratégias de prevenção contra o Coronavírus, tiveram apreciações predominantemente positivas e tenderam buscar o apoio dos profissionais. Aquelas que não perceberam este apoio, tiveram apreciações predominantemente negativas e relataram estratégias de Coping relacionadas a espiritualidade e a religiosidade, amar os seus filhos, se questionar e/ou negar a necessidade de hospitalização de suas crianças, a busca por apoio de familiares e amigos por meio de conversas por dispositivos eletrônicos e trocas de acompanhante, quando possível. Três díades crianças-cuidadoras primárias, não tiveram concordância em suas apreciações e apenas uma criança relatou apreciação predominantemente positiva. Elencou como motivo dessa apreciação o brincar e o uso de dispositivos eletrônicos como estratégias de Coping. As demais crianças, relataram maior intensidade de medo, tristeza, tédio e saudade, usaram dispositivos eletrônicos para jogar e conversar com suas famílias, passar o tempo com seus acompanhantes e

brincar. **Conclusão:** A forma com que as crianças e seus cuidadoras primárias vivem e apreciam o momento da hospitalização está ligada às estratégias de enfrentamento utilizadas por elas. Os profissionais de saúde, são fundamentais para identificar as estratégias de Coping utilizadas pelas crianças e suas famílias, favorecendo a sua incorporação e apoiá-los em um ajustamento familiar mais positivo nesta situação de adoecimento.

Descritores: Criança Hospitalizada, Hospitalização, COVID-19, Pandemias, Família.

Guimarães, B. R. "Coping strategies in the family adjustment of children hospitalized for covid-19 and their primary caregivers" 2022. 169 f. Dissertation (Masters) – School of Nursing. Department of Maternal and Child Nursing, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2022.

ABSTRACT

Introduction: Children's hospitalization is a stressful experience for the child and the family. It becomes a unique process when hospitalization is determined by illness from a pandemic disease, such as COVID-19. Although it is an unknown context and apparently influenced by the individual and collective experiences of the pandemic by COVID-19, considering other situations of illness, families seek strategies that allow them to thrive even in adversity. Therefore, it is assumed that coping strategies are adopted by children and their caregivers in order to adjust to the stressful situation. **Objective:** To analyze the Coping strategies of children and primary caregivers in the family adjustment in the situation of hospitalization for COVID-19. **Methodology:** This is an exploratory qualitative study, in which McCubbing, McCubbing's (1993) model of stress resilience and adjustment was used. Ten children who were hospitalized for COVID-19 in Belo Horizonte - MG, and fifteen primary caregivers who had their children hospitalized for COVID-19 participated. The data collection was performed by video call, from a questionnaire to obtain sociodemographic information applied to the primary caregivers and two semi-structured interview scripts used for the primary caregivers and another one for the children. The qualitative data were analyzed from the reflective thematic analysis as proposed by Braun and Clark (2016), with support from the MAXQDA© software. Regulatory guidelines and standards for research involving human subjects as per resolutions 466/12 and 510/2016 were met. **Results:** Primary caregivers who reported greater complicity with the team and prevention strategies against Coronavirus, had predominantly positive appreciations and tended to seek support from professionals. Those who did not perceive this support had predominantly negative evaluations and reported coping strategies related to spirituality and religiosity, loving their children, questioning and/or denying the need for hospitalization of their children, the search for support from family members and friends through conversations by electronic devices and change of companion, when possible. Three children-primary caregiver's binomials did not agree in their assessments, and only one child reported a predominantly positive assessment. She listed playing and the use of electronic devices as coping strategies. The other children, reported higher intensity of fear, sadness, boredom and longing, used electronic devices to play and talk to their families, spend time with their companions and play. **Conclusion:** The way children and their primary caregivers live and enjoy the moment of hospitalization is linked to the coping strategies used by them. Health professionals, are fundamental to identify the Coping strategies used by children and their families, favoring their incorporation and supporting them in a more positive family adjustment in this situation of illness.

Keywords: Child, Hospitalized; Hospitalization; COVID-19; Pandemics; Family

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de Resiliência Estresse e ajustamento adaptado para este estudo.....	27
Figura 2 - Linha do tempo da sequência das hospitalizações das crianças e seus contextos na cidade de Belo Horizonte – MG.....	45
Figura 3 – Aspectos que conformaram as apreciações das crianças e das cuidadoras primárias sobre a hospitalização das crianças por COVID-19.....	82
Figura 4 – Aspectos que conformam as estratégias de Coping internas e externas das crianças e das cuidadoras primárias durante a hospitalização das crianças por COVID-19.....	100
Figura 5 - Relação entre as apreciações e as estratégias de Coping das cuidadoras primárias.....	104
Figura 6 - Relação entre as apreciações e as estratégias de Coping das crianças.....	106
Quadro 1 - Códigos utilizados durante a codificação das entrevistas e suas definições.....	36

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização das cuidadoras primárias e condições socioeconômicas, Belo Horizonte (MG), 2021.....	43
Tabela 2 - Caracterização das crianças e da hospitalização, Belo Horizonte (MG), 2021.....	44

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
EPI	Equipamento de Proteção Individual
CIEVS	Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COVID-19	Coronavírus Disease
H1N1	Hemaglobulina 1 Neuraminidase 1
MOS-SSS	Medical Outcomes Study
OMS	Organização Mundial de Saúde
SARS	Síndrome respiratória aguda grave
SARS-CoV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2
SMSA-BH	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
TAI	Termo de Anuência Institucional
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
2. OBJETIVO.....	16
2.1 Objetivo Geral.....	16
2.2 Objetivos Específicos.....	16
3. HOSPITALIZAÇÃO POR COVID-19 NA POPULAÇÃO INFANTIL.....	17
4 ESTRATÉGIAS DE COPING DE FAMÍLIAS NA HOSPITALIZAÇÃO DE SUAS CRIANÇAS.....	20
5. REFERENCIAL TEÓRICO: MODELO DE RESILIÊNCIA, ESTRESSE, AJUSTAMENTO E ADAPTAÇÃO FAMILIAR DE McCUBBIN E McCUBBIN.....	24
6. MÉTODO.....	29
6.1 Tipo de estudo.....	29
6.2 Local do estudo e população.....	29
6.3 Procedimento de coleta de dados.....	31
6.4 Instrumento de coleta de dados.....	33
6.5 Tratamento e análise de dados.....	34
6.6 Aspectos éticos.....	38
7. RESULTADOS.....	40
7.1 Caracterização das crianças, dos cuidadores primários e da hospitalização.....	40
7.1.1 Caracterização dos cuidadores primários e socioeconômica das famílias.....	40
7.1.2 Caracterização das crianças e da hospitalização.....	41
7.2 Quem são as famílias participantes do estudo?.....	46
7.2.1 Família 1.....	46
7.2.2 Família 2.....	47
7.2.3 Família 3.....	48
7.2.4 Família 4.....	50
7.2.5 Família 5.....	51
7.2.6 Família 6.....	52
7.2.7 Família 7.....	54
7.2.8 Família 8.....	56
7.2.9 Família 9.....	56

7.2.10 Família 10.....	57
7.2.11 Família 11.....	58
7.2.12 Família 12.....	59
7.2.13 Família 13.....	60
7.2.14 Família 14.....	61
7.2.15 Família 15.....	62
7.3 Apreciação das crianças e dos cuidadores primários sobre a hospitalização.....	63
7.4 Estratégias de Coping apresentadas pelas crianças e pelos cuidadores primários.....	83
7.4.1 Estratégias de Coping internas.....	84
7.4.2 Estratégias de Coping externas.....	94
7.5 Interface entre apreciação da situação de hospitalização de crianças e suas cuidadoras e as estratégias de Coping.....	100
8. DISCUSSÃO.....	107
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	123
REFERÊNCIAS.....	125
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Responsável).....	134
APÊNDICE B - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (Criança).....	137
APÊNDICE C - Instrumento de coleta de dados sociodemográficos.....	139
APÊNDICE D - Entrevista semiestruturada sobre a hospitalização – Aplicada ao responsável.....	141
APÊNDICE E - Entrevista semiestruturada sobre a hospitalização - Aplicado à criança.....	142
APÊNDICE F - Aprovação do projeto de pesquisa pelo COEP UFMG.....	144
APÊNDICE G - Qualificação da apreciação de cada participante, segundo suas experiências de hospitalização.....	151
ANEXO A - Escala de Apoio Social (Medical Outcomes Study; MOS-SSS).....	157
ANEXO B – Parecer do projeto pela Câmara Departamental.....	159
ANEXO C - Termo de anuência institucional SMSA-BH.....	162
ANEXO D - Aprovação do projeto de pesquisa pelo COEP SMSA-BH.....	163

1. INTRODUÇÃO

O surgimento da COVID-19, provocada pelo vírus SARS-COV-2 foi reconhecido pela primeira vez em dezembro de 2019, sendo declarada pandemia global pela Organização Mundial da saúde (OMS) em março do mesmo ano (CUCINOTTA; VANELLI, 2020).

No Brasil, o primeiro caso de COVID-19 notificado foi em fevereiro de 2020 no Estado de São Paulo (BRASIL, 2020). Após o aparecimento deste caso, os números de infectados e mortos pela doença cresceram exponencialmente, tornando o país um dos mais gravemente afetados pela COVID-19. Até agosto de 2021, mais de 20 milhões de casos e 582 mil mortes foram notificados no país (BRASIL, 2021).

Apesar da COVID-19 afetar todas as faixas etárias, evidências epidemiológicas têm mostrado que a população infantil apresenta doenças menos graves quando comparadas aos adultos (HAVERS et al., 2021) e representa de 1 a 5% de casos confirmados (WU; MCGOOGAN, 2020; LIVINGSTON; BUCHER, 2020). A forma de contágio da doença nessa população predomina durante o contato domiciliar e os sintomas, quando presentes, se igualam ao dos adultos, sendo eles, febre, tosse, odinofagia, cefaleia, mal-estar, mialgia, anosmia, náusea, vômito, dispneia e dificuldade respiratória (VERA et al., 2021).

Apesar das crianças normalmente apresentarem sintomas leves, com a progressão da pandemia no mundo, surgiram manifestações graves e necessidade de hospitalizações pediátricas por essa causa (OLIVEIRA et al., 2021).

Em uma revisão sistemática relatada por Kitano e colaboradores, entre 138 países, o Brasil teve o maior índice de mortes na população infantil, atingindo cerca de 23,6 por 1 milhão de crianças (KITANO et al., 2021). Comparando, os EUA, país gravemente afetado pela COVID-19, teve uma taxa de infecção de 1,5 por um milhão de crianças, outros oito países apresentados nesse mesmo estudo, não obtiveram nenhuma notificação de infecção na

população pediátrica. (KITANO et al., 2021). Um estudo com 838 crianças e adolescentes evidenciou que 261 (31%) dos pacientes que vieram a óbito não foram admitidos na UTI, provavelmente pela falta dessas instalações (OLIVEIRA et al., 2021). Além disso, a proporção de crianças que morreram sem apoio de UTI foi de cerca de 36% nas regiões mais pobres (Nordeste e Norte), em comparação com cerca de 23% nas regiões mais ricas (Sudeste e Sul) (OLIVEIRA et al., 2021).

Apesar dessa falta de atendimento aos cuidados necessários à infecção ter sido grande entre a população pediátrica, ela também esteve presente em outros extratos da população brasileira. Entre os países das Américas, o Brasil é o país com maior taxa de letalidade de grávidas e puérperas pela COVID-19 (OPAS, 2021) e suas taxas de atendimento aos cuidados necessários vão ao encontro à população pediátrica: aproximadamente 40% dessas mulheres que morreram não foram admitidas em UTIs, 47% não estavam em ventilação invasiva e 29% não tinham nenhum suporte respiratório (TAKEMOTO et al., 2020).

Esses cenários se devem às disparidades socioeconômicas substanciais existentes no Brasil, que podem afetar a qualidade dos serviços de saúde.

Além da questão citada acima, as crianças se tornam ainda mais vulneráveis nos contextos de saúde, uma vez que, apesar do direito à participação em tomadas de decisão que as afetem, têm tido protagonismo mínimo no que diz respeito às políticas de saúde (DOCHERTY; SANDELOWSKI, 1999; ARAUJO et al., 2014). Em momento de pandemia pela COVID-19, observou-se que essa população não foi citada por longos períodos nas políticas de combate ao Coronavírus e à vacinação. Exemplo disso foi o início da vacinação em crianças no dia 16 de janeiro de 2022 (SENADO NOTÍCIAS, 2022) exatamente um ano depois de ser iniciada no país e um mês após sua aprovação pela ANVISA (BUTANTAN, 2021).

Israel, país que avançou com a vacinação inicialmente apenas na população adulta, apresentou um aumento expressivo na infecção pela

COVID-19 na população infantil, com mais de 50.000 crianças e adolescentes infectadas em janeiro de 2021 (DAY, 2021).

Nesse contexto de pandemia, com grande número de infectados e estigmatização da COVID-19, em que as vulnerabilidades da população infantil ficam cada vez mais evidentes e as situações de adoecimento que necessitam de hospitalização são reconhecidamente mais graves, surge uma preocupação sobre como as famílias dessas crianças, infectadas pelo SARS-CoV-2, estão percebendo e vivenciando o momento da hospitalização, seus sentimentos, recursos e estratégias de resiliência.

Sabe-se que a hospitalização, em quaisquer situações, é uma experiência estressante para as crianças (BOZTEPE; ÇINAR, 2017; SAWYER et al., 2021) e para sua família (TSIRONI; KOULIERAKIS, 2018). As formas de enfrentar essa situação estão atreladas aos recursos que essas famílias possuem - definidos pelo modelo de atenção seguido pela instituição, e ao modo como elas compreendem e se organizam durante esse período (McCUBBIN; McCUBBIN, 1993) .

Ficar com a criança hospitalizada envolve custos financeiros, sociais e pessoais (LAM et al., 2006). Os pais que acompanham seu filho hospitalizado deixam de lado seus compromissos pessoais, trabalho, papéis familiares, necessidades físicas e rotinas diárias enquanto se adaptam às necessidades de seus filhos (PROVENZI; SANTORO, 2015; LAM et al., 2006). Mudanças emocionais também são apontadas como, maior sensibilidade, tristeza, apreensão, medo da perda, estresse e depressão (PROVENZI; SANTORO, 2015).

Ao mesmo tempo, as crianças hospitalizadas experienciam momentos em que se encontram fora de sua casa, longe de seus colegas, vivenciando procedimentos dolorosos com perda de privacidade (ALVAREZ; PIKE; GODWIN, 2020), com sentimentos de medo e ansiedade (SAWYER et al., 2021). Um estudo com crianças hospitalizadas por diferentes diagnósticos, mostrou que os aspectos mais comuns que as angustiaram, preocuparam ou assustaram, no hospital, foram sentir dor durante os procedimentos médicos e

estarem em isolamento, seja por uma infecção ativa (ou suspeita de infecção), colonização, ou imunossupressão, impossibilitando-as de irem à brinquedoteca - quando disponíveis, ou ter relações com outras pessoas durante a hospitalização (ALVAREZ; PIKE; GODWIN, 2020).

Em contextos de pandemia, além da necessidade de isolamento da pessoa doente, há ainda a vulnerabilidade da sociedade e o estigma sobre a doença. Em um estudo sobre a experiência de mães de crianças hospitalizadas por H1N1, durante essa pandemia, além dos sentimentos de medo e apreensão comuns perante este momento, observou que as mães tiveram ainda dificuldade em encontrar apoio e esclarecimento de suas dúvidas sobre a doença e condição de saúde de seus filhos (MARQUES et al., 2014). Segundo os relatos, os profissionais de saúde pouco usaram da comunicação como ferramenta para criar um vínculo com as mães, ora por desconhecimento da patologia, ora por não ter elaborado estratégias adequadas para abordar o problema, o que aumentou as inseguras frente ao tratamento e prognóstico de seus filhos (MARQUES et al., 2014).

Em se tratando da pandemia pelo Coronavírus, existem vários fatores únicos da infecção por SAR-COV-2 que predisõem os pacientes e seus familiares a ansiedade elevada, incluindo alta divulgação de casos pela mídia, deterioração súbita da saúde, mortes em todas as faixas etárias, incerteza quanto ao tempo de isolamento e o risco de ser infectado ou infectar outras pessoas (DORMAN-ILAN et al., 2020). Um estudo realizado com pacientes adultos hospitalizados por COVID-19, e seus familiares, entre eles crianças, demonstrou grau elevado de estresse e depressão dentro dessa população (DORMAN-ILAN et al., 2020). Apesar dos adultos terem se mostrado mais ansiosos do que as crianças, os níveis de depressão foram semelhantes. Além disso, o mesmo estudo demonstrou que essa população apresentava preocupações quanto à incerteza e a falta de controle da doença, preocupação quanto à possibilidade de infectar outras pessoas e a tristeza por estar distante dos familiares (DORMAN-ILAN et al., 2020).

Embora seja claro que a hospitalização aumenta o risco de problemas de saúde mental, incluindo ansiedade, depressão e raiva (ABAD et al., 2010),

pouco se sabe sobre como as crianças percebem esse isolamento e quais estratégias de Coping* são usadas por elas (SAWYER et al., 2021). As estratégias de Coping são estratégias de enfrentamento, que permitem aos indivíduos, neste caso, as crianças e as cuidadoras primárias, a lidarem com fatores estressores (McCUBBIN; McCUBBIN, 1993), como a experiência da hospitalização da criança por COVID-19.

Estudo durante a pandemia de H1N1 evidenciou que as estratégias de enfrentamento usadas pelas mães de crianças hospitalizadas pela doença foram principalmente enfrentar as dificuldades, se encherem de esperança, força e fé mesmo não conseguindo perceber de onde vem o ânimo para enfrentar a situação (MARQUES et al., 2014). Além da busca por informações, mesmo sendo dificultadas pela novidade da doença (MARQUES et al., 2014).

Um estudo com crianças de seis a 12 anos hospitalizadas por diferentes diagnósticos, observou que as estratégias de Coping mais frequentes no relato das crianças foram tomar remédio, conversar, assistir televisão, rezar e brincar. Em contrapartida, os comportamentos menos frequentes foram sentir culpa e pensar em fugir e se esconder. Outras estratégias também foram citadas como, ler, buscar informações, cantar, ouvir música, chorar (MOTTA et al., 2017). Ainda sobre as estratégias de Coping utilizadas pela população infantil em situações de crise, uma pesquisa com crianças de seis a nove anos que possuíam diagnóstico de câncer, observou que as estratégias utilizadas nos momentos de quimioterapia foram: assistir TV, ouvir música, brincar, conversar, estudar, tomar remédio e pensar em fugir (PADOVANE; LOPES; PEROSA, 2021).

Em se tratando do contexto da pandemia de COVID-19, um estudo que objetivou explorar, a partir da perspectiva dos pais, as estratégias de Coping das crianças em regiões da Itália que tinham diferentes taxas de ocorrência de casos de COVID-19, evidenciou que a estratégia mais utilizada por elas foi a

* Trata-se de uma palavra já incorporada ao vocabulário da língua portuguesa que é amplamente utilizada nas publicações (JARAMILLO; MONTEIRO; BORGES, 2019; GRAÇA; ZAGONEL, 2019) e para nomear escalas (SILVA et al, 2018; ALMEIDA, 2021).

aceitação. Além disso, estratégias como a busca de afeto, não se preocupar, agir como se nada estivesse acontecendo e colaborar com atividades sociais também foram relatadas pelos pais (LIANG et al, 2020). Estudos no mesmo contexto, a partir da perspectiva das crianças não foram encontrados. Destaca-se que a forma como cada pessoa vive e lida com a situação geradora de estresse, varia de acordo com os fatores que interferem na dinâmica familiar, exigindo o ajustamento e adaptações de seus membros, visando um funcionamento familiar satisfatório perante o novo contexto e suas exigências (McCUBBIN; McCUBBIN, 1993).

Sendo assim, a perspectiva e as estratégias de Coping podem não ser compartilhadas entre as crianças e seus familiares, tendo interpretações e repercussões diferentes entre eles (BEARISON, 1991). Por esse motivo, pode ser fundamental obter das próprias crianças e das cuidadoras primárias uma avaliação mais precisa sobre a percepção de hospitalização e as estratégias de Coping utilizadas por eles.

Portanto, entende-se a importância de explorar, sob a perspectiva das crianças e das cuidadoras primárias, as estratégias de Coping utilizadas durante a hospitalização por COVID-19 dessas crianças. Uma vez que tais estratégias podem modificar a forma com que as famílias se ajustam à situação de adoecimento e hospitalização da criança.

O ajustamento, neste estudo, se refere a fase em que o evento estressor tem impacto temporário no núcleo familiar. Nesse sentido, provoca ajustes menores e/ou de curto prazo nos padrões de funcionamento da família (FRIEDMAN; BOWDEN; JONES, 2003).

Assim, para essa investigação se definiu a seguinte pergunta: Quais as estratégias de Coping são utilizadas pelas crianças e pelas cuidadoras primárias, durante a hospitalização das próprias crianças?

É no contexto de pandemia pelo Coronavírus que o presente estudo se desenvolveu. Apesar de já haver trabalhos que exploram a perspectiva das próprias crianças e das cuidadoras primárias sobre a hospitalização da criança

por outras patologias, o grande volume de estudos presentes sobre a COVID-19, não necessariamente são produzidos com a população infantil e quando o fazem, estão centrados em sua epidemiologia, fisiopatologia e repercussões fisiológicas. Além disso, os estudos que exploram suas vivências durante a hospitalização das crianças, possuem contextos de doenças crônicas, diversos da COVID-19: doença infectocontagiosa que requer isolamento da criança doente.

Entende-se a infecção por COVID-19 como algo diferente do até vivenciado pela sociedade contemporânea e muitas das estratégias de Coping estão relacionadas à uma etapa de elaboração e compreensão do que acontece durante o enfrentamento das famílias às situações estressoras. Nesse sentido, percebe-se ainda uma dificuldade em encontrar estudos que tragam a perspectiva das crianças e das cuidadoras primárias durante a hospitalização das crianças por COVID-19.

O conhecimento aqui produzido pode apoiar práticas profissionais que planejam um cuidado específico e singular às famílias e às crianças em situação de hospitalização por COVID-19 e outras doenças pandêmicas. Além de ajudá-las a elaborar estratégias de Coping sobre essa situação. Os resultados também podem contribuir em planejamentos de ações para pandemias futuras e estratégias de políticas públicas que também precisam considerar a população infantil.

2. OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral

Conhecer as estratégias de Coping de crianças e cuidadoras primárias no ajustamento familiar na situação de hospitalização por COVID-19.

2.2 Objetivos Específicos

Caracterizar as famílias de crianças hospitalizadas por COVID-19 quanto aos aspectos relacionados à hospitalização, condições socioeconômicas e apoio social;

Explorar a percepção da criança e da cuidadora primário sobre a situação de hospitalização da criança por COVID-19;

Identificar estratégias de Coping interno e externo utilizadas pelas crianças e pelas cuidadoras primárias durante a hospitalização da criança por COVID-19

Identificar aspectos individuais e familiares sobre sua apreciação de hospitalização que interferem na utilização de estratégias de Coping das crianças e cuidadoras primárias durante a hospitalização por COVID-19.

3. HOSPITALIZAÇÃO POR COVID-19 NA POPULAÇÃO INFANTIL

Inicialmente, os estudos epidemiológicos sobre a COVID-19 mostraram que as crianças tinham doenças menos graves do que os adultos. Entretanto, com o desenvolvimento da pandemia e a descrição da síndrome inflamatória multissistêmica em crianças, reforçou que manifestações mais graves e mais letais existiam nessa população (JIANG et al., 2020; OLIVEIRA et al., 2021).

No Brasil, as afecções respiratórias são a segunda maior causa de hospitalização entre as crianças (BRASIL, 2022). Dentre essas hospitalizações, no período de 16 de fevereiro de 2020 a 21 de janeiro de 2021, estima-se que a COVID-19 participou de 14,6% delas, tendo uma taxa de letalidade de 6,7% em todo o território (OLIVEIRA et al., 2021).

Os sinais e sintomas mais frequentes foram febre, tosse, angústia respiratória, e dispneia. A angústia respiratória foi fortemente associada à baixa saturação de oxigênio (OLIVEIRA et al., 2021). Também foi observado dor de garganta, dores de cabeça, diarreia, vômitos, e perda do olfato e do paladar (DEBIASI et al., 2020). Entre todos os casos confirmados de COVID-19 no Brasil, em menores de 20 anos, durante este o mesmo período, 52% eram do sexo masculino, 71% não tinham condições médicas pré-existentes e 23% tinham alguma comorbidade (OLIVEIRA et al., 2021). As condições mais comuns eram asma, doenças imunossupressoras, doenças neurológicas (SOUSA et al., 2021) e doenças cardíacas (OLIVEIRA et al., 2021). O tempo médio desde o início dos sintomas até a hospitalização era curto e de aproximadamente 3 dias (OLIVEIRA et al., 2021).

Importante salientar que dessas crianças hospitalizadas, uma amostra grande (63%) era negra ou parda; e na população geral, a região Norte e Centro-Oeste foram as mais afetadas (OLIVEIRA et al., 2021). Em outro estudo realizado concomitante, também com crianças e adolescente, demonstrou que a região Norte representava 36% dos casos incluídos (proporção igual à população na região), no entanto, apesar de representar apenas um terço das hospitalizações, esta região concentrou 57% das mortes (SOUSA et al., 2021). Além disso, observou-se que a probabilidade de morte

de crianças hospitalizadas em cidades mais desenvolvidas era 75% mais baixa (SOUSA et al., 2021). A partir dos resultados apresentados, observa-se que no Brasil, questões étnicas, regionais e socioeconômicas, apesar de não interferirem na taxa de hospitalização, têm moldado a mortalidade de crianças por COVID-19 e sobrecarregado as populações mais vulneráveis. Tais desigualdades, além de interferir nas questões de saúde pública podem interferir na apreciação, nos recursos e nas estratégias de enfrentamento das famílias brasileiras durante a hospitalização de crianças por COVID-19.

Além das questões das disparidades apresentadas, estudos mostram uma grande estigmatização da doença (JENKINS et al., 2021; ZHENG et al., 2021; STEPHENSON et al., 2022), responsável pelo aumento da preocupação, do estresse (JENKINS et al., 2021; ZHENG et al., 2021), da ansiedade e da depressão (STEPHENSON et al., 2022) entre crianças e adultos devido às perturbações nas rotinas diárias, ao isolamento social, às incertezas econômicas e à possibilidade de contrair ou que um ente querido contraia o vírus. Tal doença, que já gera apreensão e sentimentos negativos durante esse momento, pode agravá-los quando a família se percebe com uma criança hospitalizada por infecção de SARS-CoV-2.

Estudos sobre como as crianças vivenciam o momento da hospitalização por COVID-19 não foram encontrados. No entanto, um estudo com pacientes adultos hospitalizados pela doença informou que 42,5% sofriam de depressão, 30,7%, ansiedade, 46,7%, estresse, e 28,5% de insônia. Durante este momento, foram significativamente associados ao aumento da angústia mental os sintomas da doença como, febre, fadiga, perda de gosto ou cheiro, visão turva, dor torácica e diarreia; a educação dos pacientes; sua ocupação; possibilidade de outros familiares infectados; estarem em um ambiente com pessoas COVID-19 positivo (NABI, 2022).

Um estudo que objetivou identificar as emoções demonstradas pelos pais durante a hospitalização de seu filho por COVID-19, identificou grande incerteza sobre ter uma criança hospitalizada pela doença (SHTEINBUK et al., 2022). Eles referiram ansiedade e medo em relação ao desconhecido, ao estado de saúde e recuperação da criança; sentiam-se entediados,

estressados, preocupados e com uma pesada responsabilidade por estarem em uma unidade isolada, onde outros membros da família e amigos não poderiam compartilhar do cuidado intra-hospitalar (SHTEINBUK et al., 2022). Apesar dos sentimentos ruins identificados, os pais referiram que ao longo da hospitalização eles se ligaram emocionalmente aos profissionais de saúde, sentiram-se seguros e como parte da equipe devido às notícias apresentadas, ao cuidado dedicado e à atitude calorosa das equipes. Por fim, referiram aceitação e adaptação à realidade da hospitalização (SHTEINBUK et al., 2022).

4 ESTRATÉGIAS DE COPING DE FAMÍLIAS NA HOSPITALIZAÇÃO DE SUAS CRIANÇAS

Segundo Lazarus e Folkman (1984), as estratégias de Coping podem ser agrupadas em 'estratégias com foco no problema' e 'estratégias 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). Tal agrupamento permite o entendimento de que o indivíduo vai mudando suas estratégias de enfrentamento conforme as demandas que surgem. Assim, o sujeito avalia a situação e os recursos que dispõe para lidar com o estresse.

Um estudo que objetivou identificar e descrever as estratégias de enfrentamento utilizadas por familiares de crianças no contexto hospitalar e utilizou tal agrupamento, identificou diversas estratégias de Coping referidas por cuidadoras primárias de crianças hospitalizadas: busca por rede de apoio emocional, para questões do dia-dia e para revezamento do cuidado intra-hospitalar; busca pela assistência à saúde; confiança nos tratamentos propostos, busca por recursos como diagnósticos corretos e recursos judiciais para o cuidado da criança; uso do diálogo e de comportamentos para regulação cognitiva, que buscam minimizar os pensamentos em relação ao adoecimento e hospitalização; regulação das emoções, que buscam minimizar as emoções negativas que advêm da hospitalização; comportamentos que abrangem a busca pela espiritualidade e religiosidade; uso de tecnologias e outras formas de distração; comportamentos de resignação e comparação de semelhanças e diferenças entre o estado de saúde de seu filho com outras crianças hospitalizadas (SILVA et al., 2021).

Importante ressaltar que nem todas as estratégias de Coping são positivas e levam as famílias a um bom ajustamento e diminuição do estresse familiar. Quando negativos, as famílias se veem na necessidade de retomar suas estratégias iniciais e tentar novamente um bom ajustamento (MCCUBBIN; MCCUBBIN, 1993).

Para as crianças, além de lidar com a doença, durante a hospitalização, se encontram fora do ambiente familiar, excluída de sua vida cotidiana, longe dos amigos, da escola e dos seus objetos pessoais (COSTA; MORAIS, 2017; ALVAREZ; PIKE; GODWIN, 2020). O novo ambiente requer que a criança interaja com pessoas desconhecidas - médicos, enfermeiros e outras famílias -, vivencie procedimentos desconfortáveis e dolorosos ao mesmo tempo em que seu funcionamento físico está reduzido e precisando de cuidados (JEPSEN et al., 2019) Todos esses fatores aumentam a vulnerabilidade e a insegurança dessas crianças e têm potencial de contribuir para que elas entendam esse momento como uma experiência traumática e dolorosa.

Serem confrontadas com estes aspectos faz com que as crianças tenham necessidade de lidar com esta nova situação de vida. Apesar das estratégias de Coping serem diferentes de criança para criança, estudo sugere que concentrar a atenção delas em aspecto específico dos seus cuidados pode possibilitar sentirem-se mais empoderadas para se recuperarem da doença mais rapidamente (LERWICK, 2016). Este sugere que os eventos estressantes, como a hospitalização, são controláveis e resultados de suas próprias escolhas ou ações. A partir desses entendimentos, estratégias de Coping mais ativas são percebidas, como a procura de informação sobre a doença. Em crianças pequenas, tal sensação de controle está mais associada à confiança, em suas cuidadoras primárias, para sua segurança (LERWICK, 2016). Em contrapartida, crianças que são privadas de sua experiência têm maior probabilidade de sentir que o controle de seu bem-estar depende apenas de questões externas, e adquirem estratégias de Coping mais resignadas, como evitar informações sobre o evento, negar preocupações, e distanciar-se de estímulos estressantes. Observa-se nessas crianças, um padrão maior de apego ou uma tendência a evitar a sua cuidadora primária (LERWICK, 2016).

Além das ideias de controle, segundo Jepsen et al (2019) para se ajustar às situações estressoras, as crianças também trabalham com estratégias de Coping, para converter o desconhecido em algo familiar, integrando aspectos de sua vida cotidiana. Por isso, ter a cuidadora principal como acompanhante na hospitalização (BARROS et al., 2021), brincar com os seus próprios

brinquedos, falar por conversas de vídeo com amigos e familiares e estabelecer relações com os profissionais de saúde, são estratégias de Coping que permitem às crianças familiarizar-se com o desconhecido e se ajustarem ao contexto de hospitalização (JEPSEN et al., 2019).

Um estudo que comparou as estratégias de enfrentamento de crianças hospitalizadas com as não-hospitalizadas, observou que as crianças hospitalizadas têm frequência elevada de procura de apoio, sejam de seus pais, enfermeiras ou voluntários. Observou-se ainda que crianças já na idade escolar estão envolvidas numa mudança gradual das ações comportamentais para uma gestão mais cognitiva. Dentro da amostra de crianças hospitalizadas, a estrutura cognitiva positiva é significativamente mais elevada para as crianças na sua primeira admissão. As crianças com mais de uma hospitalização foram menos propensas a evitar o estresse e a recordar pensamentos positivos. Apesar da experiência desagradável da hospitalização, as crianças hospitalizadas foram capazes de brincar, usando maior quantidade de fantasias e transformações do que crianças não-hospitalizadas (DELVECCHIO et al., 2019).

A estratégia do brincar é comum entre as crianças e permite familiarizar ambientes, ideias e informações. A brincadeira facilita a representação do mundo e as permitem se expressar, transmitir seus sentimentos, elaborar as informações, mostrar capacidades de resolução de problemas e de controle de experiências estressantes, uma vez que durante as brincadeiras as crianças podem recriar e transformar os seus eventos de vida (BURNS-NADER; HERNANDEZ-REIF, 2016). Por isso, a brincadeira representa uma importante oportunidade de integração de competências cognitivas, afetivas e interpessoais. Assim, a brincadeira, como uma importante estratégia de Coping, deve ser encorajada pelos profissionais de saúde, com foco na enfermagem, tanto durante a hospitalização como depois.

Importante ressaltar que enfermeiros que veem situações de crise familiares apenas na sua própria perspectiva, correm o risco de não compreender a forma como uma família reage a um acontecimento específico, uma vez que elas irão reagir tal qual sua própria percepção do evento

estressor. Burns-Nader e Hernandez-Reif (2016) salientaram que para determinar intervenções adequadas à idade e ajudar crianças em suas estratégias de enfrentamento, os profissionais de saúde precisam realizar uma avaliação psicológica a fim de detectar o stress potencial, a ansiedade, as capacidades de lidar com a situação e as capacidades lúdicas.

5. REFERENCIAL TEÓRICO: MODELO DE RESILIÊNCIA, ESTRESSE, AJUSTAMENTO E ADAPTAÇÃO FAMILIAR DE McCUBBIN E McCUBBIN

A história da investigação de Coping remonta ao início do movimento psicanalítico. Mesmo assim, essas estratégias só começaram realmente a ser vistas como um processo nos anos 70 e 80 através do trabalho dos teóricos Pearlin e Schooler (1978), Lazarus e Folkman (1984), Billings e Moos (1984), e Kobasa (1979) (FRYDENBERG, 2014). Estes teóricos desenvolveram diferentes abordagens para identificar o modo como as pessoas lidam com um problema. Destaca-se Lazarus & Folkman (1984), um dos teóricos sobre a temática mais utilizados, que definiram o Coping como esforços cognitivos e comportamentais que estão em constante mudança para gerir as exigências externas e/ou internas. Esta definição aborda os aspectos cognitivos, afetivos e comportamentais do processo de Coping e foca também nos esforços associados à resposta de um indivíduo (FRYDENBERG, 2014).

Em 1993, McCubbin e McCubbin desenvolveram o Modelo de Resiliência, Estresse, Ajustamento e Adaptação Familiar, voltado para guiar tanto a ciência familiar quanto estudos de enfermagem voltados para eventos da vida, como o cuidado de uma criança que precisa de hospitalização.

Tal referencial possui seu conceito de Coping baseado no entendimento de Coping proposto por Lazarus e Folkman (1984) e define-o como um conjunto de esforços conscientes e inconscientes que são utilizados para a regulação de aspectos emocionais, cognitivos, comportamentais, fisiológicos e do ambiente (McCUBBIN; McCUBBIN, 1993). Nesse sentido, o Coping é a capacidade da família de organizar a situação problema em componentes gerenciáveis referindo estratégias e comportamentos que visam manter e reestabelecer o equilíbrio entre as demandas e os recursos familiares, reduzindo a severidade do estressor e seus desafios (McCUBBIN; McCUBBIN, 1993).

As estratégias de Coping podem mudar de acordo com o estressor e com a família que o vivencia, podendo ser divididos em Coping familiar interno e Coping familiar externo (McCUBBIN; OLSON; LARSEN, 1991). O **Coping**

interno depende de respostas que estão dentro da família: podendo ser um conjunto de iniciativas, decisões, ações, comunicação e comportamentos que envolvem o próprio indivíduo e os membros da família. O **Coping externo**, depende de suportes e dos recursos fora da família, ou seja, são ações, comunicações e decisões que envolvem membros da família e pessoas ou instituições que não fazem parte do esquema familiar, como, por exemplo, outros familiares, amigos, escolas, serviços ou profissionais de saúde, grupos de apoio, entre outros. a capacidade de reação eficaz, promove um bom ajustamento à hospitalização e aos eventos estressantes da vida, bem-estar, e resiliência durante esses momentos (McCUBBIN; McCUBBIN, 1993).

A fundamentação teórica utilizada neste estudo, com maior foco nas estratégias de Coping, será o modelo de resiliência, estresse, ajustamento e adaptação familiar (McCUBBIN; McCUBBIN, 1993). O Modelo permite observar as potencialidades das famílias ao lidar com situações estressoras e avaliar as estratégias e os recursos adotados durante os momentos de crise, favorecendo a compreensão dos processos de ajustamento e de adaptação familiar (McCUBBIN; McCUBBIN, 1993).

Estudos anteriores que utilizaram o modelo de Resiliência, Stress, Ajustamento e Adaptação familiar (McCUBBIN; McCUBBIN, 1993), são realizados em diversos países e abordam questões referentes às famílias de crianças com Síndrome de Down (CAPLES, 2018; VAN RIPER, 2018), autismo (KAPP; BROWN, 2011), desordens genéticas (HALL, 2012), diabetes (BROWN; FOUCHÉ; COETZEE, 2010), doenças cardíacas congênitas (TAK; MCCUBBIN, 2002), e prematuros extremos (SHANI-SHERMAN, 2019). Ainda assim, não foram encontrados estudos que avaliam as estratégias de Coping em situações de doenças agudas e pandêmicas no contexto do ajustamento familiar.

O ajustamento e a adaptação da família são duas fases descritas no Modelo de McCUBBIN e McCUBBIN (1993). O ajustamento refere-se a fase em que o evento estressor tem um impacto temporário ou pouco significativo na unidade familiar. Geralmente esse período provoca ajustes menores e de curto prazo nos padrões de funcionamento da família (FRIEDMAN; BOWDEN;

JONES, 2003). Essa fase apresenta importantes elementos que interagem entre si ao longo do processo e podem resultar em um bom ou mau ajustamento. O bom ajustamento familiar significa a manutenção de padrões de funcionamento da família e um senso de controle sobre o contexto. Caso as demandas provocadas pelo fator estressor exijam mudanças maiores, a família pode entrar em um estado de crise ou período de desorganização. Nesse contexto, o grupo exibe uma incapacidade para resolução de problemas e execução de atividades cotidianas, caracterizando-se um mau ajustamento.

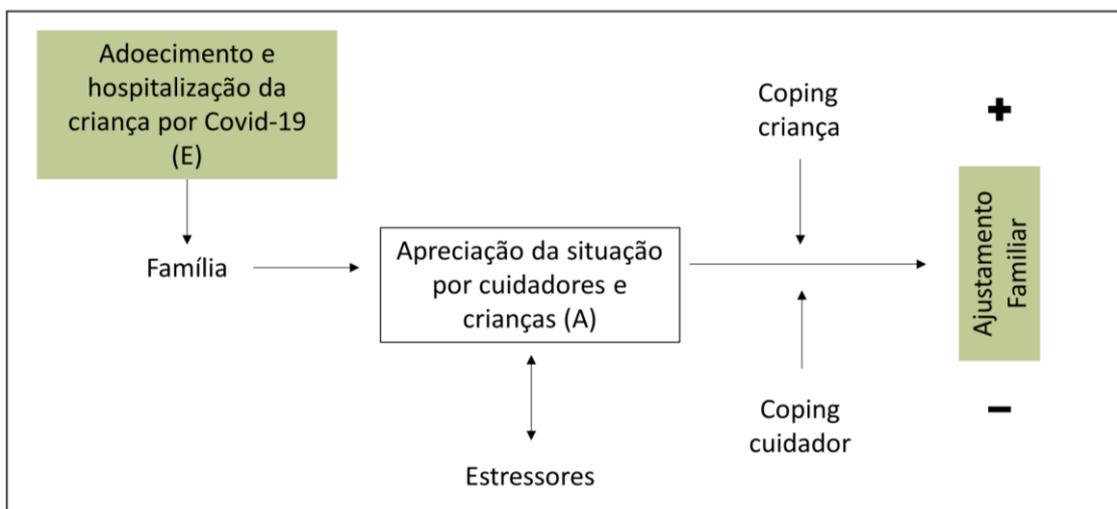
O momento após a crise é chamado adaptação (segunda fase do modelo), que ocorre quando há a necessidade de mudar o sistema familiar para se recuperar e se adaptar à crise. Essa fase é de longo prazo e constitui-se pelos esforços da família para trazer um novo nível de equilíbrio, visando um funcionamento familiar satisfatório perante o novo contexto e suas exigências (McCUBBIN; McCUBBIN, 1993; McCUBBIN; PATTERSON, 1982). Esse equilíbrio satisfatório, em que a família consegue responder às exigências que lhes são impostas é denominado boa adaptação. Quando a família não é capaz de atingir a adaptação, retorna à situação de crise e inicia um novo ciclo até que seja alcançada a harmonia familiar (McCUBBIN; McCUBBIN, 1993).

Reconhece-se, neste estudo, a hospitalização de uma criança por COVID-19 como um momento de crise, com potencial de exigir mudanças no funcionamento familiar. Portanto, foi investigada especialmente a fase de ajustamento familiar, visto que o período de hospitalização da criança por COVID-19 é transitório.

A fase de ajustamento é composta pelos componentes: (E) estressor e sua severidade, (V) vulnerabilidade, (T) tipologia familiar e padrões de funcionamento, (R) recursos familiares (A) apreciação do estressor, aqui representada como conhecimento sobre a COVID-19 e a percepção sobre a hospitalização e (C) Coping (McCUBBIN; McCUBBIN, 1993). Para o presente estudo, serão avaliados os componentes E, A e C (Figura 1), entendendo que essas dimensões estão intimamente ligadas às estratégias de Coping. Sobre as dimensões V, T e R, compreende-se que elas serão suscitadas durante este

estudo, uma vez que estão intrinsicamente ligadas ao modelo. No entanto, para responder à pergunta de pesquisa proposta não foi necessária sua avaliação.

Figura 1 - Modelo de Resiliência Estresse e ajustamento adaptado para este estudo.



Fonte: Adaptado de McCubbin e McCubbin (1993).

Um estressor (E) é uma demanda que incide na família e que produz, ou tem o potencial de produzir, mudanças no sistema familiar (McCUBBIN; McCUBBIN, 1993). No caso deste estudo, o estressor aqui chamado é a hospitalizações de uma criança por COVID-19

A apreciação da família (C) pode se referir tanto à apreciação sobre o evento estressor, quanto acerca da situação. A primeira sugere conhecer a definição subjetiva da família acerca do evento estressor, sua gravidade e suas demandas, sendo aqui considerado a percepção e o sentimento da criança e de suas cuidadoras sobre a infecção por SARS-COV-2 e sobre a hospitalização. Já a apreciação da família acerca da situação é aquela para além do estressor, que envolve os significados das mudanças dos padrões de funcionamento (McCUBBIN; McCUBBIN, 1993). Assim, a apreciação familiar sobre o evento estressor interfere diretamente nas estratégias de Coping na medida em que a família entende a doença, percebe a hospitalização, reconhece apoio e necessidades de cuidado da criança.

As estratégias de Coping e a apreciação familiar podem ser modificadas à medida em que as famílias se tornam mais vulneráveis por experimentarem um acúmulo de demandas no momento em que um membro fica doente (McCUBBIN; McCUBBIN, 1993). Essas demandas podem incluir, problemas financeiros, estresse no trabalho, conflitos entre os membros da família, gravidez ou criança que precisa de maior atenção ou cuidado, outras doenças familiares, perdas recentes de parentes próximos ou amigos, abusos, histórico de violência, entre outros. Além disso, a própria doença traz novas demandas, como a preocupação com o atendimento, diagnóstico, tratamento e prognóstico. Essas demandas estão relacionadas à forma com que a família se ajusta e se adapta ao momento de crise. Essas demandas não serão analisadas separadamente no estudo, mas citadas a medida em que têm o potencial de interferir nas estratégias de Coping utilizadas pelas crianças e pelas cuidadoras primárias.

6. MÉTODO

6.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa do tipo exploratória. A pesquisa qualitativa se caracteriza por estudar o significado da vida das pessoas em suas condições reais; representar as opiniões e perspectivas dos participantes do estudo; abranger as condições contextuais em que as pessoas vivem; e contribuir com revelações sobre conceitos existentes ou emergentes que podem ajudar a explicar o comportamento social e humano (YIN, 2016) como suas percepções, atitudes e tendências (MARCONI; LAKATOS, 2010). Assim, a pesquisa qualitativa permite apreender e interpretar aspectos profundos da realidade, descrevendo a complexidade do comportamento e das relações humanas na sociedade. (MARCONI; LAKATOS, 2010)

Nessa pesquisa, a escolha pelo método qualitativo se deu por entender ser fundamental considerar a subjetividade das crianças e suas cuidadoras primárias envolvidas no contexto da hospitalização dessas crianças por COVID-19. Entende-se que a hospitalização de uma criança por COVID-19 é um momento de grande apreensão e estresse vivido por toda família, e que pode ser ajustado de forma positiva ou negativa de acordo com as estratégias de enfrentamento utilizadas. Assim, compreender as vivências, sentimentos e estratégias de enfrentamento no momento da hospitalização das crianças nos permite aprofundar e aprimorar os conhecimentos acerca do processo de ajustamento dessas famílias a fim de apoiá-las no contexto de hospitalização em momentos de pandemia futuras ou outras doenças.

6.2 Local do estudo e população

Participaram deste estudo dez crianças que foram hospitalizadas por COVID-19 e suas dez respectivas cuidadoras primárias. Também participaram da pesquisa outros cinco cuidadores primários que tiveram suas crianças hospitalizadas pela COVID-19. Essas crianças não participaram das entrevistas por motivos de terem alguma condição crônica que a impossibilitasse (3), não

querer participar da pesquisa (1) e não estar disponível no momento da entrevista (1).

Como critérios de inclusão do estudo I) cuidadora principal que residia no mesmo domicílio que a criança; II) crianças de 5 a 12 anos hospitalizadas por suspeita ou comprovação de Infecção por SARS-COV-2.

Inicialmente optou-se por captar famílias de crianças de seis a nove anos de idade por já terem iniciado a escolarização e apresentarem aspectos semelhantes no desenvolvimento, bem como na capacidade de compreensão e reflexão sobre diferentes temas (SPINILLO; SIMÕES, 2003; RODRIGUES; VILELA, 2012; KELLERMAN; ANDRADE, 2018). No entanto, devido ao baixo número de notificações de crianças hospitalizada pela COVID-19 e pela possibilidade de perda significativa de dados relevantes à pesquisa, caso o número de famílias entrevistadas não fosse suficiente chegar à saturação dos dados, optou-se por modificar a faixa etária das crianças para 5 a 12 anos. Destaca-se que a idade das crianças entrevistadas era maior ou igual a seis anos.

As famílias do estudo foram localizadas a partir de um banco de dados enviado pela vigilância epidemiológica da prefeitura de Belo Horizonte, que continham informações da ficha de notificação de cada criança hospitalizada pela COVID-19. O banco continha 83 crianças das quais 44, estavam com número de telefone faltando ou não completavam a ligação; nove não atenderam; sete responsáveis relataram que a criança não foi hospitalizada por suspeita ou COVID-19 confirmado e sete recusaram a participar da pesquisa. Duas cuidadoras que recusaram a participação, justificaram estarem com problemas de saúde no momento da ligação e uma, estar com falta de tempo em seu dia.

No intuito de minimizar as perdas, as ligações foram feitas em diversos horários, em dias úteis e finais de semana, e foram realizadas no mínimo 10 tentativas de contato antes da exclusão das famílias ao longo do período de coleta. Após conseguir o contato com as famílias, as entrevistas eram agendadas ou, quando não aceitavam ou não podiam participar da entrevista,

os telefonemas eram finalizados, não havendo, portanto, repetidos contatos da pesquisadora com os potenciais participantes.

6.3 Procedimento de coleta de dados

O contato inicial com as famílias das crianças foi realizado por meio telefônico a fim de identificar a cuidadora principal da criança, comprovar a hospitalização por suspeita ou confirmação de infecção pelo coronavírus, apresentar a pesquisa e realizar o convite para participação da criança e do responsável. Após este primeiro contato, foi agendado um horário para a realização da entrevista de acordo com a preferência e disponibilidade da cuidadora e da criança participante. Aproximadamente 24h antes do horário agendado foi enviado uma mensagem por WhatsApp para lembrete e confirmação das entrevistas.

No dia e horário combinado com a família, realizou-se o contato por videochamada, nas plataformas do WhatsApp ou Google + Meet, de acordo com a preferência das cuidadoras. A pesquisa foi novamente apresentada junto das credenciais da pesquisadora e realizou-se o convite para participação da criança e da cuidadora primária. Foi realizada a leitura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para a cuidadora (APÊNDICE A) e do termo de assentimento livre e esclarecido (TALE) para a criança (APÊNDICE B). Os dados foram coletados após o consentimento dado pela cuidadora primária e pela criança, que foram audiogravados, utilizando-se de um gravador de voz por celular. Além da gravação de voz do consentimento dado pelos participantes, uma versão do TCLE e do TALE foi enviada por meio eletrônico ou por Correio, conforme escolhido pelos participantes. Ao receber os termos, os participantes assinaram, scanaram e reenviaram o documento para a equipe de pesquisa.

A coleta de dados por videochamada é uma técnica utilizada quando o entrevistado não pode estar presente (MERCADO, 2012; PINHEIRO et al., 2005). Outros estudos realizaram a coleta de dados por meio de chamadas de vídeo, com consentimento do entrevistado e sem perda da qualidade dos dados (PENA; REMOALDO, 2016; VIEIRA et al., 2018).

A coleta de dados aconteceu entre outubro de 2021 e janeiro de 2022. O tempo decorrente da hospitalização da criança e o momento das entrevistas variou de cinco meses à 1 ano e seis meses (momento mais próximo ao início da pandemia). Antes do início da entrevista, foi pedido às cuidadoras primárias que permanecessem sozinhas no cômodo durante entrevista e permitissem que a criança também ficasse, em seu momento da entrevista, a fim de garantir a fidedignidade dos dados e que todos os participantes tivessem a liberdade de falar livremente, evitando sentimentos de constrangimento ou coação. Apesar do pedido, as famílias 5 e 13 não deixaram suas crianças mesmo não dizendo o motivo, permaneceram no cômodo durante a entrevista.

No decorrer das entrevistas foi produzido um diário de campo, como um método de coleta de dados e registros, em que se buscou captar palavras, comportamentos, olhares e expressões dos entrevistados. Além das ideias e percepções do próprio pesquisador, que junto às entrevistas foram importantes para descrição e análise das entrevistas.

Inicialmente foi realizado um teste piloto dos instrumentos de coleta de dados com uma primeira cuidadora e sua criança entrevistadas. A aplicação dos instrumentos foi discutida e validada com a orientadora, sem necessidades de ajustes.

Ressalta-se que a coleta de dados foi realizada por uma única pesquisadora, autora deste trabalho, sob a orientação e validação de sua orientadora. Para conduzir a coleta de dados, a pesquisadora, se dedicou a buscar estudos sobre a temática e sobre o referencial teórico utilizado. A pesquisadora é Graduada em Enfermagem com experiência no cuidado direto a crianças e suas famílias e na realização de investigações prévias que utilizaram de abordagem metodológica semelhante. Estes aspectos foram considerados para contactar as famílias e conduzir as entrevistas.

A inserção em campo durante o período de coleta de dados me possibilitou aproximar das vivências das crianças e das cuidadoras primárias, refletir sobre seus pensamentos, experiências e estratégias de enfrentamento que tornaram esse momento único para cada participante, ampliando e

aprofundando minha compressão das realidades. Além disso esse momento me permitiu refletir sobre o meu papel como enfermeira que presta cuidados às famílias e busca cuidar e apoiá-las em suas necessidades. Essa experiência foi desafiadora pela necessidade de aproximação com as formas de falar e pensar das crianças, para que elas se sentissem incluídas e conseguissem participar da entrevista; pelos sentimentos de tristeza gerados ao ouvir situações de sofrimento e dificuldades vividos pelas famílias no momento da hospitalização; e pela demanda de atenção necessária para captar e registrar as experiências diversas. Nesse sentido, foi preciso buscar um equilíbrio na forma de me posicionar em campo a fim de me permitir aproximar dos participantes, deixá-los à vontade sem comprometer a formalidade e o rigor necessários para a realização das entrevistas

6.4 Instrumento de coleta de dados

Para a construção do estudo foi utilizado um questionário sociodemográfico (Apêndice C), que foi um instrumento aplicado aos responsáveis das crianças que foram hospitalizadas por COVID-19. Construído pelo grupo de pesquisa, abordou questões relacionadas à cuidadora, à criança e à hospitalização, bem como aspectos coletivos de acesso à saúde, moradia, segurança, trabalho, renda e apoio social.

Também para a coleta de dados, foram utilizados dois roteiros de entrevista semiestruturada fundamentados no modelo de McCubbin e McCubbin (1993). O primeiro, foi aplicado aos pais (Apêndice D) e abordou os aspectos relacionados às dificuldades presentes durante a hospitalização da criança, à percepção familiar sobre a hospitalização da criança, e as estratégias de Coping e resolução de problemas que foram utilizados para o enfrentamento da situação de ter uma criança hospitalizada por COVID-19. O segundo roteiro, foi aplicado às próprias crianças que foram hospitalizadas por infecção de SARS-CoV-2 (Apêndice E) e abordou informações sobre a experiência do adoecimento e hospitalização, recursos e estratégias de enfrentamento usadas pelas crianças durante este momento.

Além desses instrumentos, foi utilizado a Escala de apoio social de MOS-SSS (SHERBOURNE; STEWART, 1991) (ANEXO A) do tipo *Likert* composta de 19 itens com cinco alternativas de respostas que variam de um (nunca) a cinco (sempre). O instrumento é auto administrável, multidimensional, com três categorias de apoio social: Apoio material (quatro perguntas - provisão de recursos práticos e ajuda material); afetivo e interação social positiva (sete perguntas - demonstrações físicas de amor e afeto e disponibilidade de pessoas para se divertirem e relaxarem); emocional/informacional (dez perguntas - expressões de afeto positivo, compreensão e sentimentos de confiança e disponibilidade de pessoas para a obtenção de conselhos ou orientações.

Tal escala foi validada no Brasil e obteve coeficiente alpha de Cronbach igual ou maior a 0,83 para todas as dimensões, indicando alta consistência interna do instrumento (GRIEP et al., 2005). Em sua análise, soma-se os resultados obtidos pelos itens de cada uma das dimensões e divide-os pela pontuação máxima possível na mesma dimensão. O total da pontuação obtida é dividido pelo escore máximo da dimensão e multiplicado por 100. Não existe ponto de corte. Assim, quanto mais próximo de 100 for a pontuação, melhor a percepção do apoio social.

6.5 Tratamento e análise de dados

As entrevistas foram transcritas na íntegra, com o suporte do *Software Inqscribe®*, que possui recursos de manejo do áudio. Foi utilizada uma codificação para representar as características expressas nas falas dos participantes (MARCUSCHI, 1996), tais como: ênfase o acento forte (letra maiúscula), alongamento de vogais (“.”; dependendo da entonação os dois pontos podem ser repetidos), pausas (uso de reticências “...”) e interrupções (reticências entre duas barras “/.../). Após esta etapa, foi conferida a transcrição das entrevistas a partir de uma nova escuta.

Posteriormente, as entrevistas foram transferidas para o *Microsoft Word*, totalizando 162 páginas de entrevistas transcritas e seus áudios somaram um

total de 11 horas e 30 minutos. Esses arquivos foram armazenados em disco rígido e nuvem de dados online, protegidos por senha.

As entrevistas foram enumeradas de acordo com a ordem em que foram realizadas e os nomes das crianças e das cuidadoras primárias foram substituídos por iniciais, como C (criança), M (mãe) e V (vó), sendo assim, os participantes foram identificados como C1, M2 e assim sucessivamente. As crianças e os familiares foram identificados de acordo com suas famílias. Exemplo; família 1, a criança foi identificada como “C1”, e a avó “V1”. Os demais membros da família citados nas entrevistas foram identificados com as iniciais de seus parentescos, como por exemplo I1 (Irmão de C1), P2 (pai de C2). As instituições de saúde e serviços foram codificadas com as iniciais referentes ao tipo de unidade (H: Hospital, UPA: Unidade de Pronto Atendimento), seguida de identificação de número, de acordo com a ordem em que foram citadas nas entrevistas. A mesma lógica foi usada para os profissionais de saúde citados pelos participantes: médicos - MED1 e MED2.

Os dados qualitativos, obtidos por meio das entrevistas, foram submetidos à Análise Temática Reflexiva, proposta por Braun e Clarke (2006), em que se destaca o papel ativo do pesquisador na produção do conhecimento. A análise temática, que fundamentalmente, busca identificar, analisar e relatar padrões (temas), pode ser um método essencialista ou realista, quando relata as experiências, significados e realidade dos participantes; ou pode ser construcionista, quando examina as formas em que os eventos, realidades, significados e experiências são efeitos de uma série de discursos que operam dentro da sociedade (BRAUN; CLARKE, 2006). Portanto, a análise temática pode ser um método usado para refletir a realidade ou para “desvelar” a superfície de tal realidade (BRAUN; CLARKE, 2006).

Neste estudo, a análise temática foi utilizada na forma essencialista, com o objetivo de refletir a realidade, os significados e as experiências das crianças e das cuidadoras primárias durante a hospitalização da criança.

Segundo Braun e Clarke (2006), a análise temática possui seis fases. A primeira é a familiarização dos dados a partir da leitura, releitura e anotação

das ideias iniciais. A segunda, diz respeito a geração de códigos e codificação das entrevistas, que se considerou neste estudo i) o próprio conjunto de dados (neste caso entrevistas e diário de campo); ii) suposições teóricas de análise (Modelo de resiliência, estresse, ajustamento e adaptação familiar, de McCubbin e McCubbin (1993)) e iii) as habilidades analíticas e recursos do pesquisador (BRAUN; CLARKE, 2019). O Software MAXQDA 2020® foi utilizado durante este processo.

Os códigos foram definidos a partir do referencial utilizado e de aspectos comuns entre as falas das crianças e das cuidadoras que poderiam ajudar a responder à pergunta de pesquisa proposta por este trabalho. Além disso, a fim de refletir sobre os códigos, suas definições iniciais foram discutidas junto à pesquisadora e orientadora do estudo e elaborado um dicionário de códigos (Quadro 1). Em seguida, uma primeira entrevista (da díade cuidadora-criança) foi codificada por dois pesquisadores independentes e às cegas, e posteriormente discutida, buscando um consenso para alcançar um índice Kappa 0,75. Isso foi realizado em outras duas entrevistas de díades, garantindo a concordância entre codificadores. A partir de então, foi dado seguimento à codificação das outras entrevistas.

Quadro 1 - Códigos utilizados durante a codificação das entrevistas e suas definições

Códigos	Definições
Informação sobre a COVID-19	Informações que os participantes possuem sobre o que é o COVID-19 em si. ^[P] _[SEP] Inclui falas sobre a doença, sintomas e medidas de prevenção.
Percepção sobre a hospitalização	Informações dadas pelos participantes e sentimentos positivos e negativos sobre aspectos da hospitalização.
Coping Interno	Respostas afetivas, cognitivas e comportamentais que a família (criança e acompanhante) usa para resolver um problema ou reduzir estresse. . Respostas de dentro da família: Iniciativas, ações, comunicação que envolvem os membros: . conversar com a família. Confiança (Ex: delegação de tarefas); . regulação cognitiva (Ex: distrair a cabeça, não

Externo	<p>pensar, ter paciência, pensar positivo);</p> <ul style="list-style-type: none"> . regulação das emoções (Ex: tentar se acalmar, chorar, usar medicação); . formas de distração (Ex: brincar, uso de tecnologias); . espiritualidade (Comportamentos embasados na fé/ crenças espirituais); . tomar remédio, comer; . resignação (Ex: esperar) <p>As respostas dependem de apoio e recursos fora da família:</p> <ul style="list-style-type: none"> . busca por ajuda profissional . busca/Manutenção de ligações com grupos e organizações comunitárias; . busca por apoio social; . procura e utilização de apoios espirituais; . partilha de preocupações e experiências com família expandida****, amigos e vizinhos
Vulnerabilidades	<p>As vulnerabilidades são entendidas como "estressores familiares". "As famílias são mais vulneráveis se experimentam uma acumulação de exigências no momento em que um membro adoece":</p> <ul style="list-style-type: none"> . problemas financeiros; . stress/dificuldades no trabalho; . conflitos entre familiares ou profissionais do serviço; . outros familiares doentes ou que precisam de cuidados; . perdas recentes de familiares ou amigos próximos.

Fonte: elaborado pela autora (2022).

Após essa etapa, a codificação foi agrupada a fim de gerar temas potenciais a partir da identificação de padrões entre os códigos. Essa etapa refere-se à terceira fase da análise temática reflexiva. Durante a quarta etapa, revisou-se os temas a partir dos extratos codificados em relação aos seus temas e ao conjunto de dados completos. A quinta etapa correspondeu a definição e nomeação dos temas, que aconteceu de forma contínua durante a escrita deste relatório (sexta etapa) a fim de refinar as especificidades de cada tema, gerando definições e nomes claros para cada um. Nesse sentido, definiu-se dois temas para responder à pergunta de pesquisa: “Apreciação das crianças e das cuidadoras primárias sobre a hospitalização” e “Estratégias de Coping realizadas pelas crianças e pelas cuidadoras primárias”. Os temas

**** Pessoas consideradas família pelos participantes do estudo que não residem na mesma casa que a criança (FISHER ET AL.,1998).

definidos equivaleram as categorias apresentadas neste estudo. A categoria sobre as estratégias de Coping apresentadas pelas crianças e pelas cuidadoras primárias foi seguida de duas subcategorias: “Estratégias de Coping internas” e “Estratégias de Coping externas”.

Em complemento aos dados qualitativos, os dados quantitativos, resultados pelo questionário de dados sociodemográficos e pela escala de apoio social (MOS-SSS), foram analisados por estatística descritiva.

Para elucidar a descrição do conteúdo, foram apresentados trechos dos discursos dos participantes padronizados: reticências entre colchetes, [...], indicam recortes dentro do mesmo discurso; e informações contidas entre colchetes, [informações], referem-se a informações contextuais ou observações importantes sobre comportamentos não verbais dos participantes.

6.6 Aspectos éticos

O presente estudo foi submetido e aprovado pela Câmara do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (ANEXO B). Em seguida foi solicitado um Termo de Anuência Institucional (TAI) (ANEXO C) junto a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH) (ANEXO D). Após a aquisição do TAI, o projeto foi enviado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais (APÊNDICE F) sob parecer CAAE: 39447720.0.0000.5149 e SMSA-BH, sob parecer CAAE: 39447720.0.3001.5140.

A pesquisa seguiu todos os preceitos éticos de acordo com a resolução número 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. Para assegurar as dimensões propostas para a pesquisa com crianças foram utilizados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que se trata de uma concordância formal de sua participação na pesquisa e da criança, assumida pelos pais ou responsáveis legais.

Também foi utilizado o Termo de assentimento livre e esclarecido (TALE), um instrumento utilizado para a efetivação da autonomia infantil diante da escolha em participar ou não de tal estudo. Para que o termo tivesse seu objetivo cumprido, foi elaborado em linguagem acessível para os menores, de modo a serem devidamente esclarecidos, e explicitem sua anuência em participar da pesquisa, sem prejuízo do consentimento de seus responsáveis (BRASIL, 2012). A coleta de dados ocorreu por videoconferência, de acordo com a disponibilidade e condições da família, respeitando as regras estabelecidas de distanciamento social e assegurando a segurança do pesquisador e dos entrevistados durante a pandemia do Coronavírus. As entrevistas foram iniciadas somente após o aceite gravado do responsável e da criança. Uma cópia do TCLE e do TALE foi enviada para a família por meio eletrônico ou correio, de acordo com a preferência da cuidadora primária entrevistado.

7. RESULTADOS

7.1 Caracterização das crianças, das cuidadoras primárias e da hospitalização

Neste tópico estarão as informações coletadas e que nos permite caracterizar os participantes desta pesquisa segundo suas condições de vida, aspectos individuais, das crianças e das cuidadoras primárias, e da hospitalização. As informações apresentadas neste momento, podem ser retomadas à análise sempre que oportuno.

7.1.1 Caracterização das cuidadoras primárias e socioeconômica das famílias

Conforme apresentado pela tabela 1, foram entrevistadas 15 cuidadoras primárias, sendo elas 13 mães e duas avós, com idades variando entre 25 e 49 anos (média: 41,42). Em relação ao estado civil, nove são casadas, três solteiras, duas divorciadas e uma vive em união estável. Sobre a religião, treze tinham alguma religião, sendo cinco católicas, outras cinco evangélicas, duas espíritas e uma mantém a crença no cristianismo, mas não frequenta religião.

A escolaridade das cuidadoras varia do 1º grau incompleto ao 3ª completo, sendo este último predominante (seis cuidadoras). Sobre as demais cuidadoras, duas relataram ter o 3º grau incompleto, quatro, o 2º grau completo, duas, 2º grau incompleto e uma, 1º grau incompleto. Sobre a etnia autodeclarada, a maior parte se autodeclara parda (nove), quatro se autodeclararam negras e duas, brancas. Em relação à ocupação, 10 cuidadoras primárias trabalhavam durante o momento da entrevista, sendo as profissões: administradora, técnica de enfermagem, formada em recursos humanos, chefe de cozinha, assistente de departamento pessoal, vendedora de padaria, designer, cabeleireira, instrumentador cirúrgica e diarista.

Em relação à renda familiar mensal, quatro famílias encontra-se em uma variação de renda de 4001 a 5000 reais, uma, recebia >1000 reais, três, recebiam entre 1001 a 2000 reais, outras três, entre 2001 a 3000 reais, uma entre 3001 a 4000 reais e duas entre 5001 a 6000 reais. Quatro famílias

recebiam benefício de prestação continuada no momento da entrevista e oito receberam o benefício emergencial do governo durante a pandemia.

Em relação à aplicação da escala de MOS-SSS, em todas as três categorias foi evidenciado uma alta percepção do apoio social. O escore encontrado na categoria Afeto/Interação social positiva (91,22) foi o maior, seguido pelo apoio material (88,21) e emocional/ suporte informacional (81,79). Isso significa que as cuidadoras primárias percebiam maior apoio ao procurar afeto, alguém para fazer coisas agradáveis, se sentiam amadas e queridas por suas famílias e percebiam menor apoio quando gostariam de serem ouvidas, buscar conselhos e compreender determinadas situações.

7.1.2 Caracterização das crianças e da hospitalização

Sobre as características das 10 crianças participantes deste estudo (tabela 2), as idades variaram entre seis e 11 anos (média: 7 anos). Seis delas são do sexo masculino e quatro do sexo feminino. Oito crianças foram declaradas pardas por suas mães, uma negra e uma branca. Sobre as comorbidades, três possuíam asma e uma, crise convulsiva.

Sobre as cinco crianças que não responderam ao estudo, por algum motivo, e que tiveram seus dados ofertados por suas mães, tiveram idades que variaram de cinco a 11 anos (média: 7,5 anos). Quatro, eram do sexo masculino e uma do sexo feminino. Três dessas crianças eram pardas e uma branca. Sobre as comorbidades, uma possuía asma, uma, paralisia cerebral e displasia broncopulmonar e uma chegou a falecer por linfoma após se infectar por COVID-19 durante sua hospitalização.

Sobre as características da hospitalização, a mediana do tempo em que as crianças passaram hospitalizadas por COVID-19 foram sete dias (2-30). Destaca C8 que teve um tempo consideravelmente maior (3 meses e seis dias) devido ao linfoma, motivo do início de sua hospitalização. Cinco crianças chegaram a precisar de UTI, devido a COVID-19: Duas cuidadoras primárias não souberam dizer o tempo de permanência da criança na unidade, uma por dois dias, uma por três dias e uma por cinco dias.

Sobre o local de hospitalização, seis ficaram no H3, três, no H1, três, no H5, uma, no H2, uma no H4 e uma no H6. Observa-se que todos os hospitais possuem atendimento de alta e média complexidade aos pacientes pediátricos e contam com serviços de hospitalização e UTIs pediátricas. H3 é o único hospital particular dentre os procurados pela população deste estudo e o H6 é um hospital militar. Destaca os hospitais H2 e H4 que não possuem pronto-atendimento pediátrico. Esses hospitais trabalham com atendimentos oferecidos apenas a partir da central de regulação de hospitalizações do município.

Observa-se que mais da metade das crianças (oito) possuíam um histórico de hospitalizações anteriores, sendo quatro ao nascimento, uma por asma, uma por asma e prematuridade, uma por “imunidade baixa e bactéria no sangue” e uma por infecção gastrointestinal.

Para melhor entendimento dos momentos de hospitalização de cada criança e de seu contexto, foi elaborada uma linha do tempo (Figura 2) com os marcos da pandemia de COVID-19 na cidade de Belo Horizonte de fevereiro de 2020 (início dos sintomas do primeiro caso na cidade) a junho de 2021 (mês das últimas hospitalizações das crianças nessa pesquisa).

Tabela 1 - Caracterização das cuidadoras primárias e condições socioeconômicas, Belo Horizonte (MG), 2021.

Participante	Parentesco	Idade	Cor /Raça	Profissão	Estratificação da Renda*	Situação conjugal	Escolaridade	Religião
V1	Avó	57	Negra	Instrumentadora cirúrgica	Entre 2 e 5 salários	Casada	3º grau completo	Evangélica
M2	Mãe	42	Parda	Do lar	Entre 1 e 2 salários	Casada	1º grau incompleto	Evangélica
M3	Mãe	47	Negra	Administradora	Entre 4 e 5 salários	Divorciada	3º grau completo	Cristã
M4	Mãe	37	Parda	-	Entre 2 e 3 salários	Casada	3º grau incompleto	Evangélica
M5	Mãe	40	Parda	Do lar	NSI	União estável	2º grau incompleto	Católica
M6	Mãe	33	Parda	Do lar	Menos de 1 salário	Casada	2º grau completo	Evangélica
M7	Mãe	42	Parda	Técnica de enfermagem	Entre 3 e 4 salários	Casada	2º grau completo	Católica
M8	Mãe	45	Parda	Formada em recursos humanos	Entre 4 e 5 salários	Casada	3º grau completo	Espírita
M9	Mãe	48	Branca	Do lar	Menos de 1 salário	Solteira	2º grau completo	Católica
M10	Mãe	36	Negra	Chefe de cozinha	Entre 2 e 3 salários	Casada	3º grau completo	Católica
M11	Mãe	49	Negra	Assistente de departamento pessoal	Entre 2 e 3 salários	Casada	3º grau completo	Espírita
M12	Mãe	25	Parda	Vendedora de padaria	Entre 4 e 5 salários	Solteira	2º grau completo	-
M13	Mãe	30	Branca	Designer	Entre 4 e 5 salários	Casada	3º grau completo	-
V14	Avó	49	Parda	Diarista	Entre 1 e 2 salários	Divorciada	2º grau incompleto	Evangélica
M15	Mãe	32	Parda	Cabelereira	Entre 2 e 3 salários	Solteira		Católica

Fonte: elaborado pela autora (2022).

NSI: Cuidadora primária não soube informar

* Renda estratificada em salário-mínimo, atual no Brasil: R\$ 1212,00

Tabela 2 - Caracterização das crianças e da hospitalização, Belo Horizonte (MG), 2021.

Participante	Sexo	Idade	Raça/ Cor	Comorbidade	Dias totais hospitalizada	Dias em UTI	Local de hospitalização	Hospitalizações anteriores
C1*	M	8	Negra	-SC	8	2	H1	Não
C2*	M	8	Parda	Asma	3	0	H2	Sim
C3*	F	11	Parda	SC	2	0	H3	Não
C4*	F	6	Parda	Crise convulsiva	4	0	H3	Sim
C5*	M	6	Parda	Asma	NSI	NSI	H6	Não
C6*	M	6	Parda	Asma	15	0	H4	Sim
C7*	F	8	Parda	SC	7	5	H3	Não
C8	M		-	Criança faleceu por linfoma	3 meses e 6 dias	NSI	H1	Não
C9	M	5	Parda	Paralisia cerebral, displasia broncopulmonar	21	0	H3	Sim
C10	M	11	Parda	SC	14	0	H5	Sim
C11	F	6	Parda	Asma	6	0	H3	Sim
C12	M	5	Branca	SC	7	0	H5	Não
C13*	M	6	Branca	SC	7	0	H3	Sim
C14*	F	6	Parda	SC	7	0	H5	Não
C15*	M	6	Parda	SC	30	3	H1	Sim

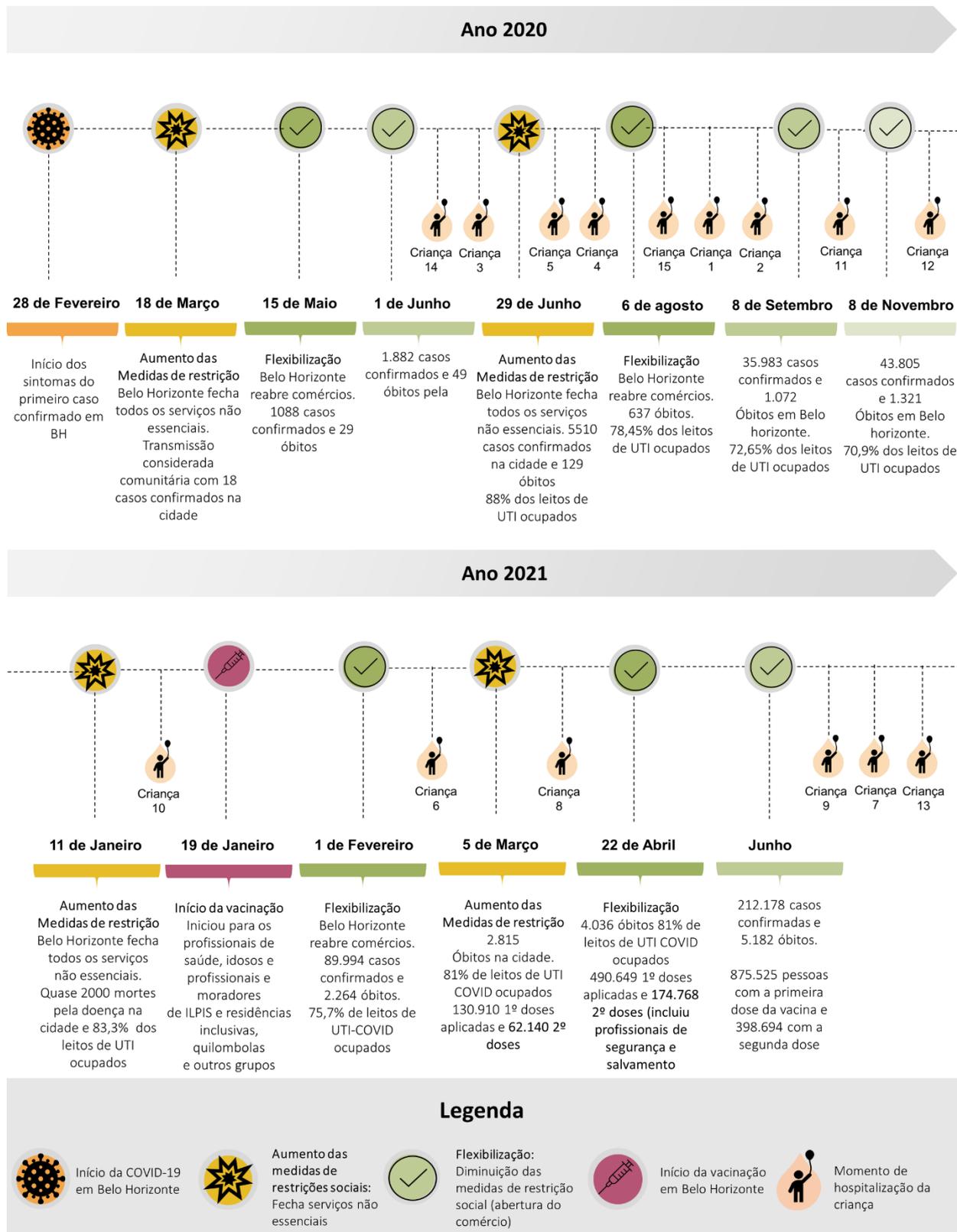
Fonte: elaborado pela autora (2022).

*Crianças entrevistadas

NSI: Cuidadora primária não soube informar

SC: Sem comorbidade

Figura 2 - Linha do tempo da sequência das hospitalizações das crianças e seus contextos na cidade de Belo Horizonte - MG



Fonte: Elaborada pela autora juntamente com informações dos boletins epidemiológicos de Belo Horizonte março 2020 – junho 2021.

7.2 Quem são as famílias participantes do estudo?

Neste tópico foi realizada a descrição das famílias que participaram do estudo. Cada descrição teve suas informações extraídas: i) do instrumento de coleta de dados sociodemográficos; ii) do diário de campo e iii) das entrevistas com as crianças e com as cuidadoras primárias.

7.2.1 Família 1

A entrevista foi realizada por chamada de vídeo com C1 e sua vó V1. C1 é uma criança do sexo masculino, tem 8 anos, se declara negro e não possui doenças crônicas. C1 ficou hospitalizado, por COVID-19 confirmado, em um hospital filantrópico por 8 dias totais, sendo dois desses em UTI, devido aos *"rins que estavam paralisando"* e *"água na pleura"*. Durante a entrevista, a criança teve dificuldades de falar sobre sua hospitalização. V1 é a cuidadora primária de C1, sexo feminino, tem 57 anos, negra, casada, evangélica e instrumentadora cirúrgica. Inicialmente C1 teve febre alta e foi diagnosticado com gastroenterite no posto de saúde. Após iniciar com inapetência e urina escura, o plantonista do H1, decidiu interná-lo devido a insuficiência renal aguda. V1 conta que neste momento ela ficou *"sem reação"*, *"abalada"*, *"com sensação de choro"* e se questionou o que iria acontecer daí em diante e como C1 poderia ter pegado tal doença se a família estava em isolamento. V1 trabalhou em hospital de campanha anteriormente à hospitalização de seu neto e *"por saber aquela conduta"* manteve, nesse momento uma perspectiva pessimista *"a sensação é que a pessoa não vai voltar"*. Apesar de contar que os questionamentos permaneceram durante toda a hospitalização, relata também que sua avaliação de saúde sobre C1, de melhora, que começou a querer *"comer isso, comer aquilo"* e dizer *"quero ir embora pra minha casa"*, a fez começar a ter uma perspectiva otimista sobre a condição de saúde de C1 *"a gente já vê que ele já está assim, sabendo o que queria. Isso ajudou a gente a passar mais rápido, sabe? Graças a Deus"*. Além disso, a dedicação, e o carinho que os profissionais do hospital tinham com seu neto, foram recursos disponibilizados por essas pessoas que permitiu V1 tornar tal situação mais manejável e *"tranquila"*, apoiando tal perspectiva otimista *"tem profissionais muito dedicados, realmente, sabe? E que assim, aumenta autoestima da pessoa, entendeu? Então assim, não tem preço, entendeu?"*. Uma ação feita por V1 para tentar reduzir as demandas criadas pela

hospitalização, como a necessidade de estar com C1 dentro do hospital e ao mesmo tempo de trabalhar, foi pedir que M1 ficasse, em alguns momentos, com a criança. V1 não dá informações sobre sua relação com M1, mas contou que tal estratégia não foi vista como positiva, uma vez que iniciou novos estressores familiares e *"teve um dia que ela abandonou a criança. [...] A assistente social falou assim 'eu vou ligar para o conselho vir buscar, se ela não chegar aqui, eu vou ter que ligar para o conselho tutelar vir buscar a criança'"*. Outra questão abordada por V1 como dificultadora desse momento foi o isolamento hospitalar que *"é chato mesmo, sabe? Muito deprimente. [...] não é fácil"*, ainda assim, consegue aceitar a situação ao dizer *"pra gente que está na área da saúde, você entende"*. Na entrevista com C1, quando perguntado sobre o que é o coronavírus, a criança responde que ele é chato, assim como foi sua hospitalização. Ao ser perguntado, conta que não brincava *"só ficava dormindo"*. Também conta que algumas vezes se sentia triste e com raiva, mesmo sem saber por que as vezes a gente pode se sentir assim. Nesses momentos, ele *"bebia água e ia no banheiro, aí passa::va"*. Diz também que sentia falta de suas irmãs e para melhorar *"só ficava deitado e vendo televisão"*. Ao ser perguntado sobre as ligações para suas irmãs ele conta que chegou a fazer, mas não muitas vezes. Entende-se aqui que beber água, ir ao banheiro, assistir televisão e ligar para suas irmãs foram ações para manejar as tensões associadas à doença e ao isolamento hospitalar ao qual a criança precisou ser submetida. Assim, durante a entrevista, V1 apresentou estratégias de Coping internas e externas e C1 apenas internas.

7.2.2 Família 2

A entrevista foi realizada por chamada de vídeo com C2 e sua mãe M2. C2 é uma criança do sexo masculino, 8 anos, se declara pardo e possui bronquite. C2 ficou hospitalizado por COVID-19 confirmado em um hospital público (H2) por 3 dias totais. Anteriormente, já precisou de hospitalização por 3 vezes devido à prematuridade e à bronquite. M2 é a cuidadora primária de C2, possui mais outras duas filhas que estão fazendo curso técnico em enfermagem. Sexo feminino, tem 42 anos, parda, casada, evangélica praticante, possui o 1º grau completo e dona de casa. No momento em que chegou no hospital, M2 conta que C2 estava passando mal, *"com muita falta de ar"*, mas não sabia da gravidade naquele momento, ainda

assim, disse que de *“todas as crises que ele teve, essa da COVID foi uma das piores... a respiração dele ficou BEM ruim”*. No momento da notícia sobre a suspeita de COVID de C2, M2 disse, inicialmente, que não se assustou *“porque estava bem na época da epidemia [...] era uma coisa que poderia sim estar acontecendo”*, mas ficou abalada e para manejar a situação, *“pedia muito a Deus”* para que a saturação de C2 melhorasse. Com o passar da entrevista, M2, conta que ficou sim assustada, *“sacolejada”*, mas manteve uma perspectiva otimista por C2 *“ser criança”*, por saber *“que ele ia sair daquela”*, por confiar em Deus, por confiar na equipe que estava cuidando de C2 e por perceber que C2 estava *“seguindo as orientações dos enfermeiros, dos médicos, né? Para que ele saísse rápido”*. Além desses sentimentos, M2 refere culpa nesse momento *“porque eu sabia que eu poderia ter levado ele antes e não levei”* e por ter ido com a criança de ônibus e a feito andar parte do caminho. Mas frisa, *“se eu soubesse naquele momento a gravidade do que ele estava tendo, não teria deixado ele andar, eu teria carregado ele no colo... alguma coisa eu teria feito”*. Como ações diretas para reduzir as demandas associadas à intenção e ao isolamento, M2 *“estava sempre em contato [com a família] através de chamada de vídeo”* e grupos de WhatsApp, onde faziam orações para C2 e a fazia se sentir com mais força para enfrentar a hospitalização. Além disso, estar junto de C2 no momento da hospitalização a deixou mais aliviada. Na entrevista com C2, quando perguntado sobre o que ele sabia sobre o coronavírus, a criança faz referência à necessidade de isolamento social e à letalidade da doença *“a gente pega ela [infecção por SARS-Cov-2] e morre”*. Conta que ao ficar sabendo que estava com COVID ficou preocupado, pensou que ia morrer e o que ele teve que fazer de diferente foi ver televisão. C2 referiu que sentiu tristeza e medo algumas vezes durante este período e o que ele fazia para deixá-lo com menos medo era brincar e ligar para suas irmãs. C2 também conta ter sentido falta de suas irmãs e de seu pai e ligava para eles quando isso acontecia. Apesar dos sentimentos negativos, C2 refere sentimento de alegria e comer, beber, jogar, brincar e ficar deitado eram coisas que ele gostava de fazer no hospital. Tomar remédio e injeção também o ajudou a ficar bem no hospital. Durante a entrevista, M2 apresentou estratégias de Coping internas e externas e C2 apenas internas.

7.2.3 Família 3

A entrevista foi realizada por chamada de vídeo com C3 e sua mãe M3. C3 é uma criança do sexo feminino, 11 anos, se declara parda e não possui doenças crônicas. C3 ficou hospitalizada por COVID-19 confirmado em um hospital particular (H3) por 2 dias totais; sem histórico de internações anteriores. M3 é a cuidadora primária de C3, possui mais um filho, sexo feminino, tem 47 anos, parda, negra, cristã, possui o 3º grau completo e é administradora. Anteriormente à busca pelo pronto-atendimento do H3, M3 ligou para a pediatra de referência de C3 a fim de buscar orientações para atender melhor às necessidades de saúde de sua filha. Ao saber da necessidade de hospitalização de C3, M3 conta ter ficado muito assustada e chorado pois estava vendo muitas pessoas morrerem pela doença. Apesar de ter visto sobre a letalidade da COVID-19 e se preocupado com isso, M3 manteve uma perspectiva de negação sobre o diagnóstico no primeiro momento *“como assim minha filha hospitalizada por Coronavírus’ que até então eu achava que não existia”*. Durante a hospitalização, M3 diz ter sentido angústia e conta que tal sentimento foi atrelado à uma perspectiva não otimista ao acreditar que poderia não dar conta e que o hospital talvez não fosse o melhor lugar para tratar C3, que em casa ela poderia estar melhor. Um dos estressores que apareceram durante esse momento, foi a necessidade do isolamento dentro do hospital *“aí que eu vi que o trem era muito sério”*, além disso, tal isolamento a fez sentir-se mais responsável pelo cuidado de C3, uma vez que *“é eu e ela só aqui agora mais ninguém entra”*. O sentimento de angústia foi melhorando com o passar do tempo e teve seu significado justificado pela melhora de C3 *“aí é só alegria, eu só agradei a Deus e deu tudo certo”*. O sentimento de culpa também esteve presente e o justifica por ter sido a primeira a ter se infectado em casa e possivelmente ter passado a doença para C3. Não deixar que suas filhas a vissem triste ou chorando e acreditar que suas filhas dependiam dela foram estratégias que permitiram que M3 se sentisse forte durante o período e acredita também que Deus é gerador de tal força. Perceber o apoio através de orações, do carinho e do cuidado que a família estendida tinha com ela e sua filha, também a ajudou a manejar as tensões associadas à hospitalização e à doença de C3. M3 conta que além disso, o uso do convênio de saúde permitiu que o atendimento fosse rápido e preciso. Na entrevista com C3, quando perguntado sobre o que ela sabia sobre o coronavírus, a criança faz referência a letalidade da doença e conta que por esse motivo ficou com medo e ao se ver como *“a única criança com COVID no hospital”*, disse que nesse momento tudo o que fez foi ficar

deitada em uma maca “*sem fazer nada*”. Para ela, estar no hospital a fez sentir triste, uma vez que “*você não está na sua casa, [...] porque se você está no hospital, você sabe que você não está bem*”. Durante o tempo que ficou no hospital, C3, apesar de ter vontade de levantar, correr e brincar, apenas assistia TV para passar o tempo, uma vez que as essas atividades “*não podiam, tinha que ficar só no quarto*”. Para diminuir a tristeza, se sentir “*confortável*” e manter uma perspectiva otimista, C3 ficava com sua mãe, assistia TV ou mexia no celular. Ao perceber que “*esse vírus existe mesmo*”, C3 disse que mudou seus hábitos durante a hospitalização e começou a se proteger melhor da doença e a comer a comida oferecida pelo hospital que era diferente da comida de sua casa, mesmo sentindo falta da comida de sua vó. C3 não gostava que as médicas falavam que ela só teria alta quando melhorasse da falta de ar, pois tinha medo de que tal sintoma melhorasse e voltasse em seguida. Se sentia confortável e mais positiva com seu estado de saúde quando os profissionais falavam que ela estava bem. Em suma, durante a entrevista, M3 e C3 apresentaram estratégias de Coping internas e externas.

7.2.4 Família 4

A entrevista foi realizada por chamada de vídeo com C4 e sua mãe M4. C4 é uma criança do sexo feminino, 6 anos, se declara parda, têm crises convulsivas e para isso faz uso de Levetiracetam. C4 ficou hospitalizada por COVID-19 confirmado em um hospital particular (H3) por 3 a 4 dias totais. Anteriormente já precisou de hospitalização por 2 vezes devido à gastroenterite e bronquite. M4 é a cuidadora primária de C4, sexo feminino, tem 37 anos, parda, casada, evangélica praticante, possui o 3º grau incompleto e é do lar. Ao iniciar a entrevista, M4 começa relatando a frustração quanto a não comunicação da equipe sobre o possível diagnóstico de COVID-19 de sua filha. Para ela, o motivo da hospitalização era apenas a dor no peito e a saturação baixa, por isso, aceitou bem a situação “*está tudo bem*”. Ao chegar no quarto, uma outra mãe que estava com sua filha hospitalizada perguntou a M4 se C4 também estava com COVID, pois lá era ala de COVID. Imediatamente após esse momento, M4 pede que a outra mãe olhe sua filha e tentou tirar C4 do hospital ao chamar a polícia para fazer um boletim de ocorrência. Após conversa com a polícia e a médica responsável pelo caso de C4, M4 pôde entender a situação de saúde de sua filha e decidiu permanecer com a hospitalização no hospital H3.

Apesar dessa decisão, M4 conta ter ficado “*sem chão*” ao saber da suspeita e manteve uma perspectiva de negação da situação “*eu batendo o pé que não era COVID*” até o resultado do teste. M4 conta que sua família é muito unida e uma das dificuldades enfrentadas foi não poder ter P4 na junto delas durante a hospitalização, pois ele geralmente é quem toma a frente para levar C4 nos serviços de saúde quando necessário e conta ainda que P4 ficou “*lá embaixo... dormindo lá embaixo*” até que ela pediu que ele fosse embora e decidiu ficar no hospital com sua filha por perceber que “*ela precisava de mim lá. Porque o filho adocece, ele quer a mãe, né?*”. Pedir a Deus foi uma estratégia que M4 usou para tentar superar “*aquilo sozinha*”. M4 também realizou ligações com sua família estendida e perceber seu apoio “*tira a gente de qualquer buraco*”. M4 diz que apesar do susto inicial, conseguiu se sentir confiante ao perceber que sua filha estava “*respondendo bem aos medicamentos*” e conversando. Na entrevista com C4, quando perguntado sobre o que ele sabia sobre o coronavírus, a criança faz referência às medidas de proteção contra o coronavírus “*Tem que usar máscara, usar álcool e sempre lavar as mãos*”, não soube responder o que acontece com as pessoas ao serem infectadas, mas contou que sentiu seu corpo “*meio pesado*”, mas melhorou um pouco quando chegou no H3. Conta que manteve uma perspectiva otimista sobre seu estado de saúde pois, quando soube da suspeita de COVID-19 pensou “*que isso ia acabar rápido e acabou!*”. Mesmo dizendo sobre a rapidez de sua hospitalização, sente que ficou “*internada mil anos depois*”, gostava do cheiro do hospital, mas tinha que ficar “*toda hora olhando para a mesma vista*”. Conta não ter gostado de terem colocado acesso venoso em sua mão direita por atrapalhá-la a desenhar e não gostava que falassem que ela ia ter que ficar hospitalizada. C4 disse que sentiu saudade de casa e de ir para a casa de sua avó. Quando isso acontecia não fazia “*nada, só ficava pensando*”. Para C4, ficar hospitalizada pode deixar as pessoas tristes e o que a fazia se sentir feliz era ficar com M4 e P4. Ressalta-se que P4 não esteve presente fisicamente durante a hospitalização. M4 apresentou estratégias de Coping internas e externas, enquanto C4 apresentou apenas estratégias de Coping internas que se basearam em ações para o manejo das tensões associadas à sua hospitalização.

7.2.5 Família 5

A entrevista foi realizada por chamada de vídeo com C5 e sua mãe M5. C5 é uma criança do sexo masculino, 6 anos, se declara pardo e possui asma. C5 ficou hospitalizado por COVID-19 confirmado em um hospital militar por aproximadamente 5 dias. Sem histórico de internações anteriores. M5 é a cuidadora primária de C5, sexo feminino, 40 anos, parda, em união estável, católica praticante, possui o 2º grau incompleto e é do lar. Durante a entrevista com C5, houve inúmeras interrupções com seu irmão I5 “chutando” as respostas, apesar dos meus pedidos para que não acontecesse. Isso atrapalhou em algumas respostas. Ao ficar sabendo que C5 precisaria ficar hospitalizado por COVID-19, M5 manteve uma perspectiva pessimista sobre o prognóstico da doença e pensou que C5 *“não ia sobreviver, que o COVID já veio pra matar mesmo igual muitos já morreram”*, e pedia a Deus para que seu filho conseguisse respirar sem oxigênio, por medo de terem que entubá-lo. Seus maiores desafios foi P5 não poder visitá-los *“o pai dele ficou assim desesperado, não sabia se ficava lá”* e a necessidade de cuidado dos outros dois filhos. Ao ser questionada sobre o que a ajudou e a deu força para passar pela hospitalização de C5, M5 disse que Deus e o médicos foram responsáveis e apesar dos sentimentos positivos passados pelos profissionais, M5 continuou preocupada com seu filho. Ao final da entrevista, M5 conta que gripou durante a hospitalização de C5, mas não fez o teste por medo de precisar ficar hospitalizada e seu filho ir voltar para casa. Durante a entrevista com C5, criança não soube dizer o que era COVID-19 e seus sintomas, mas conta que sentiu dor no corpo, pediu para ser levado para o hospital, sugeriu para os profissionais lavarem as mãos e passarem álcool em gel e contou que ao ficar sabendo do diagnóstico pensou que ia morrer. Conta que não gostou de ficar hospitalizado, disse que não teve sentimentos negativos e não teve nada que os profissionais fizeram que o deixaram insatisfeito. Estar com a mãe o ajudou no momento da hospitalização porque ela o ajudava a tomar banho. M5 apresentou estratégias de Coping internas e externas e C5 apenas internas, focadas no manejo das tensões associadas e a hospitalização e a doença.

7.2.6 Família 6

A entrevista foi realizada por chamada de vídeo com C6 e sua mãe M6. C6 é uma criança do sexo masculino, 6 anos, se declara pardo e foi diagnosticado com asma há vários anos. Tal condição traz afecções respiratórias constantes à criança que,

por vezes, requer atendimento médico. Segundo M6, C6 é acompanhado por uma equipe do posto de saúde e conhecido também na UPA, onde o tratamento para suas crises já é conhecido pelos profissionais e facilmente resolvido pelo uso dos mesmos medicamentos. C6 ficou hospitalizado por suspeita de COVID-19 durante 15 dias totais, sendo 5 na UPA e 10 em um hospital público de Belo Horizonte (H4). Tem histórico de uma hospitalização anterior. M6 é a cuidadora primária de C6, sexo feminino, 33 anos, parda, casada, evangélica praticante, possui o 2º grau completo e é do lar. Durante toda a entrevista, M6 conta sobre sua insatisfação com os profissionais de saúde do H4 que queriam seguir o protocolo da instituição e colocá-lo junto a outras crianças com COVID-19 confirmado, sem pensar na possibilidade de a criança ser negativa para COVID-19 e estar apenas tendo uma crise asmática. O resultado negativo do teste só saiu no momento da alta da criança. No momento em que esteve na UPA e recebeu a notícia de que C6 era um caso suspeito de COVID-19, M6 diz ter tido uma boa aceitação por já estar acostumada com a situação e vínculo com o espaço. No entanto, ao ser transferida para o H4 e perceber que C6 ficaria hospitalizado sem direito a acompanhante e junto com crianças com COVID-19, suas estratégias de enfrentamento, foram “defender”, “lutar”, “brigar”, questionar a conduta médica *“como que vocês vão colocar ele no meio de pessoas que estão infectadas? Qual é a chance de ele sobreviver se ele pegar uma doença que JÁ ATACA AINDA MAIS O PULMÃO?”*, assumir a responsabilidade de levar C6 para casa, caso ele ficasse junto a pessoas contaminadas por SARS-Cov-2, sugerir pagar do próprio bolso o teste de COVID-19 para o resultado sair mais rápido e chamar a polícia para ajudá-la a defender C6. M6 conta que passar por esse momento a fez sentir medo, preocupação e angústia *“se eu que sou adulto eu não consigo defender o meu filho, quem que vai defender ele por mim?”*. A partir disso, M6 manteve uma perspectiva negativa sobre o significado da hospitalização de C6 *“a partir do momento que está no hospital é porque não está bem. Então o medo prevalece, o medo continua”*. Durante a entrevista, conta que no momento da hospitalização, ela se questionou quantas crianças estavam na mesma situação de seu filho e não puderam se defender, e a possibilidade de outras crianças estarem piores. M6 contou que toda família ficou preocupada e crer em Deus foi uma estratégia usada para amenizar o significado daquela vivência, acreditando que *“nada acontece por acaso”*, *“a gente tira força de onde a gente não tem”*, e para ela, é Deus quem dá essa força e não permite que se sinta sozinho,

“Deus não te dá aquilo que você não dá conta de cuidar”. Além da sua crença em Deus, M6 relata que o amor que sente pelo seu filho e o apoio dado pelos policiais que a ajudou a o conflito com os profissionais do hospital, a permitiu ter forças para enfrentar a hospitalização de C6. Na entrevista de C6, quando perguntado sobre o que ele sabia sobre o coronavírus a criança faz referência às medidas de proteção *“tem que usar máscara e o álcool em gel!”*. Conta que não sabia de nada no hospital e que *“colocaram um negócio no meu nariz”* que estava incomodando, referiu-se a esse dispositivo como *“chato”* e que o deixava triste. Brincar e ficar junto de sua mãe foram estratégias que o ajudavam a ficar feliz e esquecer que estava usando *“o negócio no nariz”*. Em sua fala, percebe-se quão longa foi a hospitalização para ele que disse que ficou quase *“4 mil dias lá”* e depois, *“quase 100 dias”*. Contou ainda que sentiu falta de seu pai e de seu amigo e que para amenizar esse sentimento, *“assistia telefone”*. Assim, M6 apresentou estratégias de Coping internas e externas e C6 apenas internas, focadas no manejo das tensões associadas à hospitalização e a doença.

7.2.7 Família 7

A entrevista foi realizada por chamada de vídeo com C7 e sua mãe M7. C7 é uma criança do sexo feminino, 8 anos, se declara parda e não possui doenças crônicas. C7 ficou hospitalizada em um hospital particular (H3) por COVID-19 confirmado durante sete dias, sendo cinco em UTI. C7 teve síndrome inflamatória multissistêmica com paralisia motora do pescoço para baixo e inchaço da face e da língua, o que não a permitia falar ou se movimentar. Sem histórico de hospitalização anterior. M7 é a cuidadora primária de C7, sexo feminino, 42 anos, parda, casada, católica praticante, possui o 2º grau completo e é técnica de enfermagem. M7 descreve o momento em que ficou sabendo da necessidade de hospitalização de C7 e de ir para o CTI como *“muito difícil”*, *“um baque”*, *“uma das situações mais difíceis da minha vida”*, *“meu mundo caiu”*. Segundo M7, por trabalhar na área de saúde, tem o conhecimento de que a hospitalização em CTI pode ser para o bem, mas que também *“pode ser que complique”* a situação de saúde de C7. Para tentar manejar a situação, M7 ficou *“tentando entender”* como sua filha pegou a doença. Inicialmente, manteve uma perspectiva pessimista sobre o prognóstico de sua filha e pensou que em *“qualquer momento vão entubar”* e *“que ela iria embora”*. Segundo M7, a

mudança de comportamento de C7 foi um grande estressor no momento da hospitalização. A criança a agredia com palavras, o que fazia M7 ter dificuldade em lidar e assimilar, o sentimento de C7 *“estar em cima de uma cama”* e o sentimento *“dela estar de grosseria comigo, que era a pessoa que estava ali cuidando dela”*. Perceber a melhora de sua filha, e conversar com a médica sobre as atitudes de C7, foi o que a ajudou a melhorar os sentimentos e as perspectivas negativas. Outras estratégias também foram utilizadas por M7: sair do quarto para conversar com sua família todos os dias; usar o plano de saúde e ficar em um hospital de referência; participar, conversar e escutar mensagens do grupo de WhatsApp, em que pessoas enviavam mensagens sobre o evangelho todos os dias; acompanhar um padre em rede social; rezar; confiar que muitas pessoas estavam junto a ela rezando por sua filha; apoiar C7 dentro do hospital e aceitar o apoio de sua família; e demandar o cuidado de sua filha mais nova para outros familiares durante o momento em que estiveram no hospital. Em entrevista com C7, a criança define o Coronavírus como *“uma coisa má! [...] porque mata milhões de pessoas boas”*, conta que ficou muito triste e ficou um pouquinho preocupada de não sair do hospital quando soube que estava com COVID-19. Disse ainda, que *“não gostou nada”* de sua hospitalização, que *“a vida lá era péssima”*, *porque sentia muita saudade de sua família e que “eles me furavam por qualquer coisinha”*. Ficar quieta, pensar, *“não fazer nada”* e ficar encostada em sua mãe era o que C7 fazia nesses momentos. C7 também fala da comida do hospital, disse que enquanto estava no CTI só comia frutas e gelatina, porque não gostava da comida e ao chegar no quarto, pediu um macarrão, comida que ela gosta, além disso, P7 passou a levar sanduiches para C7. Outras questões apareceram durante a entrevista de C7. Para ela, não conseguir se comunicar com M7 a fez ficar *“estressada, não queria que me tocava, queria ficar nervosa”*. Outras estratégias elencadas por C7 para ficar bem no hospital foram: acreditar em M7, que dizia que ela não precisava ficar triste; conversar com seu pai e sua irmã por vídeo; tentar fazer alguma coisa; assistir televisão; tentar andar; ficar *“paradinha”* ao punccionar o acesso; escolher os lugares que menos doloridos para aplicação de medicamentos; segurar a mão de sua mãe sempre que a *“iam furar”*; tentar engolir ou mastigar os remédios prescritos pelos médicos; acreditar que era forte e que poderia sair logo quando os médicos falavam que ela era *“linda e forte”*; e conversar com sua pediatra de referência. A partir do que foi relatado, C7 e M7 apresentaram estratégias de Coping internas e externas.

7.2.8 Família 8

A entrevista foi realizada por chamada de vídeo com M8, mãe de C8, criança do sexo masculino que faleceu por linfoma em junho de 2022. C8, foi diagnosticado com linfoma em maio do mesmo ano após uma suspeita de dengue. A criança precisou ser hospitalizada no hospital filantrópico (H1) para realizar o tratamento, e durante a hospitalização foi infectada por COVID-19 e precisou atrasar. Segundo M8, C8 se recuperou, mas teve sequelas (continuou precisando de suporte de oxigênio) que contribuíram para seu falecimento momentos depois. M8 era a cuidadora primária de C8, sexo feminino, 45 anos, parda, casada, espírita praticante, possui o 3º grau completo e é formada em recursos humanos. Durante toda a entrevista M8 se emociona ao lembrar do seu filho e dos momentos da hospitalização. Perguntei sobre o interesse de M8 em acompanhamento psicológico e ela respondeu que não, pois *“isso vai ser para o resto de sua vida”*. C8 faz críticas aos profissionais de saúde frente às medidas de higiene e prevenção sobre a COVID-19. Outro estressor durante a hospitalização de C8 foi a necessidade de isolamento hospitalar e o sentimento de ser tratado como *“qualquer pessoa”*, uma vez que *“a pessoa coloca comida pra você em uma janela ali, você não tem contato com ninguém, num quarto que você olha pra um lado parede, o outro lado, parede, no outro lado você vê a funerária”*. Nesse momento, M8 diz que tinha apenas o apoio da copeira *“que não tinha preconceito”* e que oferecia comida e conversava com ela e a criança. Quando eram outras funcionárias, M8 diz que precisava levar comida para o hospital, ainda que fosse proibido, pois os profissionais *“não queriam saber se você tinha uma água, se você tinha coisas...”*. Durante a hospitalização, M8 também se atentava aos cuidados prestados ao seu filho, usava a religião como recurso para ter força, ajudava outras famílias e comparava o carinho que ela tinha com o seu filho - que foi a falecer com o de outras mães, que se recuperaram. A partir do que foi relatado, M8 apresentou estratégias de Coping internas e externas.

7.2.9 Família 9

A entrevista foi realizada por chamada de vídeo com M9, mãe e cuidadora primária de C9. C9 é uma criança do sexo masculino, 5 anos, se declara parda. C9 ficou hospitalizado em um hospital particular (H3) por 21 dias devido a COVID-19 confirmado. Durante a hospitalização, necessitou de CPAP e recebeu alta em uso

de oxigenoterapia. M9 é do sexo feminino, 48 anos, branca, solteira, católica não praticante, possui o 2º grau completo e é do lar. M9 conta que ficou muito ansiosa, que *“foi difícil”, “um susto”,* sentiu *“muita preocupação”* e *“medo”* quando ficou sabendo que C9 ficaria hospitalizado por COVID-19. Disse ainda, que sua irmã foi quem possivelmente passou o vírus à criança e se sentiu muito culpada por isso. M9 conta que inicialmente adotou uma perspectiva negativa a respeito do prognóstico do seu filho, devido às histórias de pessoas saudáveis que vieram a falecer. Para ela, a preocupação e o cansaço devido a hospitalização foram grandes desafios. A fim de lidar com os desafios que vieram da doença e da hospitalização, M9 disse que sua fé em Deus foi a responsável pela diminuição do medo, uma vez que para ela, Deus dá força, esperança e *“mantém de pé”*, permitindo-a ter, ao longo do tempo, uma perspectiva mais positiva; parou de assistir TV *“porque parece que a gente se sente pior, a gente fica deprimida, a gente fica mal, a preocupação só aumenta...”*; percebeu o apoio dado pelos profissionais e familiares e devido à esse apoio, disse que *“não teve nada mais difícil”*; além disso, conta ter feito uso do plano de saúde que a permitiu ter acesso a um hospital *“bem preparado”* e com bom atendimento, creditando que a família e os profissionais estavam fazendo o seu melhor dentro das circunstâncias. Assim, M9 apresentou estratégias de Coping internas e externas.

7.2.10 Família 10

A entrevista foi realizada por chamada de vídeo com M10, mãe de C10. C10 é uma criança do sexo masculino, 11 anos, pardo. C10 não quis participar da entrevista pois ficou com vergonha. Sobre a hospitalização, C10 ficou hospitalizado em um hospital público (H5), durante 14 dias totais. Possui histórico de três internações anteriores devido a bacteremia. Segundo M10, C10 tem *“baixa imunidade”*. M10 é mãe e cuidadora primária de C10, sexo feminino, 36 anos, casada, negra, católica não praticante, possui 3º grau completo e é chefe de cozinha. Mãe de M10 faleceu, aproximadamente 8 meses antes da entrevista, por COVID-19 e sua hospitalização aconteceu na mesma ocasião que a de C10. Segundo ela, isso fez com que os sentimentos ruins fossem exacerbados. M10 inicia a entrevista contando como foi difícil diagnosticarem seu filho com COVID-19, anteriormente à hospitalização, e que apesar de ela alertar os profissionais sobre os sintomas que passavam na televisão,

eles diziam que era dor de garganta e dor de ouvido. Segundo ela, o descaso e a “negligência” desses profissionais tornou a hospitalização mais difícil. Ao saber que C10 precisaria ficar hospitalizado por COVID-19, M10 conta que inicialmente desacreditou “*é brincadeira*” e sentiu que o mundo desabou. Seus sentimentos negativos não melhoraram com o passar dos dias, M10 entrou em depressão e a pediram para se afastar do hospital e P10 foi quem assumiu o cuidado da criança nesse momento. Para M10, o que a ajudou e a deu força durante a hospitalização de C10 foi dar mais valor às pessoas, ver C10 se recuperando, Deus, Nossa Senhora Aparecida, e ter outro filho fora do hospital. M10 apresentou estratégias de Coping internas e externas.

7.2.11 Família 11

A entrevista foi realizada por chamada de vídeo com M11, mãe de C11. C11 é uma criança do sexo feminino, tem 6 anos, se declara parda, diagnosticada com bronquite asmática. C11 precisou sair quando estava sendo realizada a entrevista com M11, e apesar das tentativas, não foi possível um novo contato. C11 ficou hospitalizada por COVID-19 confirmado, em um hospital particular (H3) por aproximadamente 6 dias. Os sintomas de C11 foram coriza, cansaço e falta de ar. M11 é a cuidadora primária de C11, sexo feminino, tem 49 anos, negra, casada, espírita praticante, possui o 3º grau completo e é assistente de departamento pessoal. M11 inicia a entrevista falando que recebeu o diagnóstico de COVID-19 de sua filha apenas no momento da alta e diz ter ficado frustrada, uma vez que não houve informações e preparo para esse momento. M11 conta que não imaginava que sua filha era um caso suspeito e que no momento do exame para diagnóstico da doença, a informaram que era apenas um “*exame de praxe*”. M11 conta que ao receber a notícia do diagnóstico e de que ia para casa, ficou “*pensando um monte e coisas*”, “*ficou sem chão*”, traumatizada e achando que perderia sua filha. Se questionou e questionou a equipe como seria em casa com a criança diagnosticada, pois mora com sua mãe que é idosa. Anteriormente à essa notícia, M11 conta que seus maiores desafios, durante a hospitalização, foi ficar “*sozinha*”, em isolamento hospitalar, e fazer sua filha “*aceitar a internação*” devido sua situação de saúde que requeria naquele momento de cuidados médicos e monitoração. O que a deu forças e a ajudou a passar pela hospitalização de C11 foi o amor e o querer bem de sua

filha. Durante a entrevista, M11 apresentou estratégias de Coping internas e externas.

7.2.12 Família 12

A entrevista foi realizada por chamada de vídeo com M12, mãe de C12. C12 é uma criança do sexo masculino, 5 anos, se declara branca. M12, não deixa claro se seu filho possui alguma condição de saúde de base, mas no momento da entrevista C12 possuía atraso substancial na fala e por isso, sua mãe relatou que não seria possível sua participação. C12 ficou hospitalizado por COVID-19 confirmado, em um hospital público (H5) por aproximadamente 7 dias. Foi hospitalizado inicialmente com rigidez muscular e suspeita de meningite. M12 é a cuidadora primária de C12, sexo feminino, tem 25 anos, parda, solteira, não possui religião, 3º grau completo e trabalha como vendedora de padaria. Segundo M12, o momento da hospitalização foi *"aterrorizante"*, e que ela entrou *"em estado de pânico"*, fazendo-a questionar a real gravidade da doença e a manter uma perspectiva negativa, pensando que iria perder a criança. Conta ainda que teve vontade de levar seu filho embora para protegê-lo *"o máximo que puder"*. Os sentimentos negativos descritos por ela, diminuíram ao ver C12 reagir e deram espaço para a sensação de alívio. M12 citou algumas questões que tornaram o processo de hospitalização de C12 mais difícil. A primeira, foi a briga entre M12 e sua mãe para ficar com C12 no hospital. Por morarem juntas e dividirem o cuidado domiciliar da criança, a avó de C12 também queria estar junto da criança durante a hospitalização. No entanto, M12 não queria sair de perto do filho e chegou a dizer que chamaria a polícia caso sua mãe tentasse entrar; já ter perdido um filho anteriormente, influenciou no seu sentimento de pânico durante a hospitalização *"quando a gente perde um filho a gente tenta proteger o outro o máximo que a gente pode"*. Outra questão elencada por M12 como dificultadora foi o isolamento hospitalar, porque *"o que acontece com o filho já afeta o psicológico de pessoas [...] a gente está acostumado tanto a viver com as pessoas, que a gente estranha, sabe? Um pouco. Por mais que assim, o isolamento é necessário? Sim! Mas... tipo assim, as vezes as pessoas deveriam ter um pouco mais de companhia"*. M12 conta que fez tudo o que poderia fazer por C12 e que o sentimento de esperança foi útil para ela para passar pelo desafio da

hospitalização. Além disso, conta que o próprio C12 foi responsável por te dar forças.

7.2.13 Família 13

A entrevista foi realizada por chamada de vídeo com C13 e sua mãe M13. C13 é uma criança do sexo masculino, 6 anos, se declara branco, sem condições crônicas. C13 ficou hospitalizado por COVID-19 confirmado em um hospital particular (H3) por 7 dias totais. Possui histórico de uma hospitalização devido a complicações ao nascimento – Apgar 1': 4 e 5': 7. M13 é a cuidadora primária de C13, sexo feminino, tem 30 anos, branca, casada, não segue nenhuma instituição religiosa, possui o 3º grau completo e designer. Durante a entrevista, M13 apresentou estratégias de Coping internas e externas e C13 apenas internas. Inicialmente C13 teve febre alta, dores abdominais e evoluiu com uma síndrome inflamatória com sintomas de Kawasaki. M13 conta que o momento em que ouviu que C13 precisaria ficar hospitalizado, *“foi muito difícil”* e disse que isso pode ter acontecido por não ter *“lidado”* ainda com a hospitalização de C13 ao nascimento. Sentiu muito medo e insegurança até o dia em que C13 começou a melhorar. Não apenas M13 sentiu medo, mas todos que os conheciam, principalmente porque tinham um vizinho que faleceu por Kawasaki quando tinha a idade de C13. Como maior desafio, M13 disse que foi o isolamento hospitalar, por se sentir *“sozinha”*, sem um suporte e não poder sair do hospital. Como outras estratégias e enfrentamento: vigiar seu filho; perceber que C13 precisava que ela ficasse forte a deu força; sair para beber água e conversar com outras pessoas dentro do hospital; evitar conversar com pessoas que a angustiavam; dar notícias sobre o estado de saúde de C13 apenas em grupos de WhatsApp e não em conversas particulares; utilizar do tablet e conversas com C13 para distraí-lo; fazer junto de C13 um *“potinho da gratidão”*. Tal potinho, segundo M13, foi feito para a criança entender *“o porquê que a gente era grato”* e nesse momento M13 contou para C13 que *“tudo o que acontece com a gente, a gente tem que ser grato, mesmo quando aparentemente é uma coisa que a gente não gostaria”*. Dentro do pote, os dois colocaram vários *“bilhetinhos coloridos”* com o nome de tudo e todos que os ajudaram durante a hospitalização. M13 colocou o nome de todos os profissionais que os ajudaram nesse momento *“deu mais de 50 pessoas!”* e C13 colocou que era grato por *“jogar futebol”* e ser *“forte como um urso”*.

Em entrevista que C13, ele conta que o coronavírus é *“um negócio muito pequenininho que dá muito mal. Vírus, Bactéria, é muito pequeno”* e que durante sua interação sentiu muito sono e precisava ficar com os olhos fechados porque estavam *“deformados”* (inchados), mesmo assim, quando ficou sabendo que estava com COVID-19, manteve uma perspectiva positiva ao não se preocupar por ser forte e pensar que iria melhorar rápido. Sentia falta dos seus brinquedos e do seu pai. Nesse momento, conseguiu ligar para P13 que levou seus brinquedos de casa. C13 não gostava que o furassem (sentia medo), não gostava de trocar de quarto e sentia estressado enquanto estava hospitalizado. Definiu sua hospitalização como *“horrível”*, mas que não continuou da mesma forma quando seu olho melhorou e ele se sentiu com mais energia. Conta ainda que ficava feliz quando brincava, via desenho e jogava joguinho. Ver desenho e jogar joguinho também foram elencadas como estratégias para se distrair e sentir menos medo de que o furassem.

7.2.14 Família 14

A entrevista foi realizada por chamada de vídeo com C14 e sua vó V14. C14 é uma criança do sexo feminino, 6 anos, se declara parda, sem condições crônicas. Apesar do teste para COVID-19 ter dado positivo e os médicos diagnosticarem C14 com Coronavírus, V14 acredita que sua neta teve doença do carrapato por só ter tido melhora quando tomou os remédios para essa doença. C14 ficou hospitalizada em um hospital público (H5) por aproximadamente 7 dias. Sem histórico de internações anteriores. M14 é usuária de drogas. Por isso, V14 é a cuidadora primária de C14, sexo feminino, tem 49 anos, parda, divorciada, evangélica não praticante, possui o 2º grau incompleto e é diarista. Durante a entrevista, V14 apresentou estratégias de Coping internas e externas e C14 apenas internas. Saber que C14 ficaria hospitalizada por COVID-19, foi a *“pior coisa”*, ela e toda a família, vizinhos e amigos ficaram *“desesperados”*, pensando que poderiam perder. Tal perspectiva negativa foi agravada pela má informação sobre a doença e pela mídia, que enfatizou as mortes pela COVID-19. V14 diz que entrou em pânico e *“peguei com Santo, peguei com os anjos, peguei com tudo que você pensar aí”*, mesmo sendo evangélica – religião que não crê em santos. Os sentimentos negativos de V14 foram diminuindo e pôde se sentir mais *“tranquila”* ao perceber melhoras no estado de saúde de C14. Como desafios, V14 citou: ter que parar de trabalhar para cuidar de C14, e a família

precisou assumir alguns de seus gastos e “coisas” para C14. O que a ajudou a enfrentar a hospitalização foi “*deus e os médicos*”. Deus por ser quem dá força, sem ele “*nada se vem*” e os médicos por confortar, conversar, dar atenção especial, brincar e conversar com C14. Em entrevista com C14, ela conta que não sabe nada sobre o Coronavírus, mas quando precisou ficar hospitalizada, lembra que “*não conseguia abrir a boca direito [...] estava com MUITA, MUITA dor de garganta*” e que seu potássio ficou baixo. Disse que não gostou muito de ficar hospitalizada porque a cama era desconfortável e ela queria brincar além disso, não se sentiu bem no hospital e manteve uma perspectiva negativa ao pensar que nunca mais ia voltar pra casa “*do jeito que estava ruim*”. Sentiu medo quando davam “*injeções grandes*” e se questionava onde iriam colocar tanto sangue dela. Para diminuir seu medo, fechava os olhos e pensava em sorvete – “*funcionava mais ou menos*”. Apesar de não gostar, aceitava que precisava tomar remédio. Sentia falta de seu pai e seu cachorro e quando isso acontecia, conversava com ele por vídeo. Gostava de brincar com seus bonequinhos na banheira e ficava vendo a vista.

7.2.15 Família 15

A entrevista foi realizada por chamada de vídeo com C15 e sua mãe M15. C15 é uma criança do sexo masculino, 6 anos, se declara parda, sem condições crônicas. C15 ficou hospitalizado por COVID-19 confirmado em um hospital filantrópico (H1) por aproximadamente 30 dias, sendo três desses em UTI. Apresenta histórico de uma hospitalização anterior ao nascimento. M15 é a cuidadora primária de C15, sexo feminino, tem 32 anos, parda, solteira, católica não praticante, possui o 3º grau completo e é cabelereira. C15 apresentou síndrome inflamatória com sintomas de Kawasaki. Após 10 minutos de entrevista com C15, a criança começou a chorar ao lembrar de sua experiência de hospitalização e a entrevista foi finalizada nesse momento. No dia seguinte, foi realizada uma ligação para mãe perguntando como C15 tinha ficado após a entrevista e se a criança precisava de algum apoio psicológico para ajudá-lo a lidar com a experiência de hospitalização. M15 conta que o choro foi apenas naquele momento, que C15 já estava brincando, indo para a escola e que é uma criança alegre e feliz. Agradeceu a ajuda, mas relatou que não era preciso. Apesar de nem todas as perguntas terem sido feitas, as respostas dadas anteriormente foram suficientes para conhecer estratégias de Coping usadas

por ele neste momento. Durante a entrevista, M15 relatou estratégias de Coping internas e externas e C15 apenas internas. Ao iniciar a entrevista, M15 conta que o momento em que ficou sabendo que seu filho precisaria ficar hospitalizado por COVID-19 *“foi muito difícil”* e chorou. Sentiu muito medo de não conseguir *“salvar a vida”*, e inicialmente manteve uma perspectiva negativa ao mesmo tempo que teve fé e acreditou que ele iria melhorar. Conta que o medo esteve presente, mas foi diminuído com o passar do tempo, quando C15 começou a melhorar. Não se importava de ficar no hospital o tempo que fosse preciso até que seu filho se recuperasse. Para M15 houve alguns grandes desafios durante a hospitalização. O primeiro foi ter se sentido sozinha, mesmo não tendo visitas de P15 todos os dias. O outro desafio foi a necessidade de um medicamento específico que precisava *“pedir na secretaria de saúde, o hospital também tinha que liberar e tinha um tempo para chegar esse remédio. Se não chegasse a tempo... ele não estaria aqui”*. Para enfrentar o momento da hospitalização, entre as ações citadas acima, C15 também teve fé, acreditou que *“Deus dá força e guiou todo mundo para poder dar tudo certo”*. Percebeu o cuidado e o carinho dado pelos profissionais e a tranquilizou. Além disso, o uso de seu telefone foi útil para comunicar com pessoas que estavam fora do hospital, ouvir orações e usá-lo para distrair C15. Em um momento da entrevista, M15 conta que a hospitalização foi tão difícil para ela, que mesmo após a alta, sempre que C15 tem algum mal-estar, ela fica tão preocupada que chega a *“dar diarreia”*. Em entrevista com C15, a criança diz que o coronavírus é chato por precisar de usar máscara o tempo todo. Conta que as pessoas que pegam COVID-19 passam mal, e que ele ficou doente e mais ou menos preocupado ao saber que estava com a doença. Ao chegar, ficou deitado e estava mal. Com o passar do tempo, ficou mais ou menos mal, pois o médico *“foi melhorando ele”*. C15 conta ainda que passou muito tempo no hospital e que foi chato, pois lá só tinha uma coisa para comer *“dois pães”*. O que deixava C15 feliz no hospital, era o celular.

7.3 Apreciação das crianças e das cuidadoras primárias sobre a hospitalização

Aproximar do que foi a experiência de hospitalização das crianças e dos cuidadores primários, contribuiu para compreender as estratégias de Coping utilizadas. Isto porque, ao falarem sobre o que foi vivido, os participantes explicitaram suas apreciações sobre esse momento e as estratégias de Coping

utilizadas.

Para a construção desta categoria foram utilizadas as informações produzidas pelas crianças e pelas cuidadoras primárias sobre os sentimentos e eventos ocorridos durante hospitalização, o processo de adoecimento, os sintomas e os cuidados que foram necessários neste período. Na tentativa de identificar alguns padrões entre as experiências dos participantes, o movimento de análise foi direcionado para a identificação de aspectos que qualificavam a experiência de cada participante. Neste movimento, buscou-se dar visibilidade ao que foi comum a conjuntos de participantes sem perder as singularidades apresentadas.

A construção de uma matriz analítica (APÊNDICE G) permitiu dar visibilidade às experiências individuais, categorizá-las e, posteriormente identificar seus padrões. Neste movimento de constante comparação foram identificados padrões de experiências denominadas “predominantemente positivas” e “predominantemente negativas”. As apreciações sobre a hospitalização denominadas “predominantemente positivas” foram aquelas em que foram referidos mais intensamente sentimentos positivos (como alegria, confiança e maior tranquilidade frente a necessidade de hospitalização), e satisfação com o apoio e atendimentos recebidos de profissionais ou outras pessoas; nas experiências consideradas “predominantemente negativas”, verificou-se com maior destaque as insatisfações e sentimentos negativos (como tristeza, raiva, preocupação, pensamentos de morte, pavor, entre outros) , além de outros eventos estressores que dificultaram a vivência familiar durante a hospitalização. Apreciações neutras foram aquelas em que as famílias não fizeram comentários sobre a hospitalização em si ou que houve um equilíbrio entre as questões positivas e negativas vividas.

Embora tenhamos buscado identificar elementos que permitissem caracterizar a experiência de hospitalização como predominantemente positiva, predominantemente negativa e neutra, temos ciência de que as experiências podem não ser de única natureza e por vezes apresentar um imbricamento, comum à experiência humana

A partir da individualidade das apreciações apresentadas neste estudo, foi observado que independentemente de serem apreciações predominantemente

positivas, negativas ou neutras, a maior parte das cuidadoras primárias (exceto M2) e quatro crianças (C2, C3, C7, C14) referiram em algum momento de sua entrevista, medo ou pensamentos de morte ao saber da hospitalização por confirmação ou suspeita de COVID-19. Importante destacar que as cuidadoras primárias usam de outras palavras e expressões para referir-se à morte de forma a atenuá-la. Essas palavras, foram provenientes do verbo “perder” e “ir embora”, além das frases “*não conseguir salvar a vida*”; “*não ter jeito*”; “*pensar coisas que a gente não gostaria de pensar*”, “*pode ser para o mal*”. As famílias também usaram da morte de outras pessoas por COVID-19 para falarem de seus medos, como M6: “*difícil*”, pois “*muitas famílias perderam um ente querido*” e M4 “*Olha, a gente fica assim sem chão, né? Porque uma doença que está matando demais...*”.

Uma colega minha **tinha perdido** duas pessoas da família, uma ou duas e... as reportagens, todos os dias falava ‘morreu um, morreu outro...’” nossa senhora, aquilo ali pra mim... (M10)

[...] A gente ficou com **medo de perder ela**, né? O impacto é esse. O sentimento que vem de perda. Você vê tanta gente morrendo, mostrando caixão e não sei o que, **a emissora enfatizando, o povo enfatizando aquilo... e aquele tanto de gente morrendo e a menina ainda pega**. Você fala: ‘a, vai morrer’. (V14)

Foi MUITO difícil, porque a gente passou e está passando por um momento onde muitas pessoas, muitas **famílias perderam um ente querido**. (M6)

Eu pensei que ela **ia embora** porque estava todo mundo indo, né? (M7)

Infelizmente a gente pensa coisas que a gente não gostaria de pensar, né? Porque a gente vê pessoas saudáveis/ a gente VIU muitas histórias de pessoas saudáveis que teve a COVID, né? Então quando eu fiquei sabendo que ele teve COVID eu fiquei com muito medo **de perder ele**, sabe? (M9)

Medo! Muito medo... medo de não/ de **não conseguir... é... salvar a vida/de não ter jeito**, né? (M15)

Além disso, observa-se a partir dessas falas, que o pensamento de morte foi referido devido ao acesso a informações sobre a alta taxa de mortalidade de pessoas contaminadas pelo vírus. Essas informações foram provenientes de pessoas conhecidas que tiveram familiares que foram a óbito e/ou principalmente a

partir de veículos de informação que evidenciava o número de mortes e histórias todos os dias sobre a doença. Assim, os relatos das cuidadoras primárias evidenciam o potencial que essas notícias têm de interferir nas apreciações das pessoas e das famílias sobre os eventos e contextos vividos na sociedade.

Para M2, ao contrário das demais, saber que seu filho era um caso suspeito de COVID-19, apesar da preocupação inicial, não foi um susto, pois já esperava que isso poderia acontecer. Além disso, teve uma experiência positiva de cuidados e recuperação com sua mãe, que também precisou ficar no mesmo hospital que C2:

Eu não fiquei assustada, porque estava bem na época da epidemia e tudo, né? Eu já imaginava que ele pudesse ter tido mesmo, por conta da minha mãe. Nós tivemos contato com a minha mãe, [...] era uma coisa que poderia sim estar acontecendo. (M2)

Para as crianças, a alta letalidade da COVID-19 foi evidenciada em seus discursos a partir do medo que referiram sentir ao saberem que estavam infectadas pelo vírus, à semelhança da população adulta deste estudo, e/ou em informações que tinham sobre a doença e que ressaltavam a sua gravidade. *“A gente pega ela e morre”* foi a resposta dada por C2 sobre o que acontece com as pessoas que são contaminadas. Em seu discurso, percebe-se o uso do pronome “a gente”, que se refere a inclusão do “eu”, ou seja, da própria criança que pensou que ia morrer. Essa percepção é afirmada quando C2 diz *“eu pensei que eu ia morrer!”*. C3, justifica o seu medo da doença devido a informações que teve acesso

Eu peguei no início da pandemia, né? No início da pandemia os casos já estavam bem altos e você via as pessoas falavam “a... parente meu tal morreu por causa do COVID”, então você ficava com medo, né? E quando eu descobri que eu estava com COVID, eu falei assim “meu Deus...!” (C3)

“Eu falei ‘meu Deus, eu acho que eu nunca mais vou voltar pra casa por causa do jeito que eu tô ruim!’”, foi o que C14 também pensou durante sua hospitalização.

C7 foi outra criança que deu informações sobre o que pode acontecer com as

peças que adoecem por COVID-19. *“Elas [peças que adoecem por COVID-19] ficam internadas e algumas podem sobreviver e algumas podem ir até a morte”*. Observa uma mudança no discurso de C7, quando comparado com C3 e C14, que apesar de ter ficado *“um pouquinho preocupada de eu não sair [do hospital]”*, sugere uma maior possibilidade de cura ao usar as palavras “sobreviver” e “pouquinho”. Importante enfatizar que C3 e C14 estiveram hospitalizadas em junho de 2020, menos de quatro meses após o primeiro caso confirmado na cidade. Neste momento, Belo Horizonte já apresentava 1.882 casos confirmados e 49 óbitos pela doença. Enquanto C7 foi contaminada um ano após C3 e C14. Nesse momento, Belo Horizonte havia 212.178 notificações de COVID-19 confirmadas e 5.182 óbitos. Apesar da grande diferença do número de casos, quando C7 foi hospitalizada, 875.525 pessoas já haviam tomado a primeira dose da vacina e 398.694, a segunda dose, na cidade. Devido a vacinação, a letalidade da doença pode ser diminuída e apreciações mais positivas, como a de C7 podem ser justificadas.

Além dessas questões, observa-se que as crianças, assim como os adultos usam de expressões para sugerir a morte de forma a atenuá-la. Destaca-se C4 que conta do seu medo de *“nunca mais vou voltar pra casa”* e C7 que ficou *“um pouquinho preocupada de eu não sair”*.

Sobre a qualificação das apreciações, depreende-se que somente C2 apresentou informações que permitiu caracterizar a sua apreciação sobre a hospitalização como predominantemente positiva. Todas as demais crianças tiveram uma apreciação predominantemente negativa. Sobre as 15 cuidadoras primárias, 10 tiveram apreciações predominantemente negativas (V1, M3, M4, M5, M6, M7, M8, M10, M11, M12 e M13, V14), três, predominantemente positivas (M2, M9 e M15) e não foi identificada nenhuma apreciação neutra. Destaca-se que três díade crianças-cuidadoras primários, não tiveram concordância em suas apreciações (C5/M5, C6/M6 e C15/M15).

Todas as cuidadoras primárias, cujas informações partilhadas quanto a apreciação sobre a hospitalização, que foram qualificadas como predominantemente positivas tiveram seus filhos hospitalizados por ocasião do nascimento. Concomitantemente, C2, a única criança que referiu uma apreciação predominantemente positiva, tem um histórico de três hospitalizações anteriores

devido à prematuridade e à asma.

Apesar das hospitalizações anteriores terem sido um fator comum entre as apreciações predominantemente positivas, M9 e M15 contam que esse histórico, foi um fator que as preocupou quando souberam que seus filhos precisariam ficar hospitalizados por COVID-19. Para M9, houve preocupação não apenas devido à hospitalização anterior, mas também a condição crônica de saúde de seu filho.

No início a gente preocupa mais, né? Porque... é... ele já internou com pneumonia, então assim, é uma coisa muito preocupante, né? É uma criança que tem problema pulmonar grave, né? Que interna... já internou já grave, né? Com um quadro já, né? (M9)

Igual eu te falei, ele já tinha ficado internado, então, nossa... foi MUITO difícil pra mim. Eu fiquei, NÓ... Fiquei, chorei, aquele horror (risos). Fiquei LÁ. A gente/ quando a criança fica internada, a gente fica internado junto também, né? (M15)

Mesmo com sentimentos negativos iniciais de preocupação, medo e cansaço, M9 conta que o hospital era bem-preparado, organizado, rigoroso no uso dos equipamentos de proteção individual (EPI's) e prestava uma assistência de qualidade. Da mesma forma M15, citou a limpeza do ambiente, a assistência, o carinho e as orações realizadas pela médica responsável pelos cuidados de C15, que a fazia sentir tranquilizada e grata, sabendo que seu filho estava sendo bem tratado. Tais descrições foram observadas como o motivo das apreciações predominantemente positivas dessas mães.

Os hospitais estão bem-preparados igual, graças a Deus ele tem plano de saúde, que é muito bem atendido, muito bem assistido... é... muito bem cuidado e é uma coisa que faz muita diferença, a gente... está vendo que está sendo feito tudo que tem para fazer, então a gente sabe. [...] A internação [não foi] mais difícil não. Eu tive todo o apoio no hospital, tanto os profissionais, do hospital, da família... é difícil quando a pessoa não tem apoio né? Assim, ou não tem o apoio que ESPERA ter. Graças a Deus eu tive todo o apoio que eu precisei. (M9)

Eu só... tenho a agradecer e a elogiar porque ele foi muito bem assistido lá, entendeu? Tanto as enfermeiras, os médicos... todo mundo. Nossa, o tempo todo. [...] Eles trataram o meu filho como se fosse filho deles, sabe?

MED1 fazia oração antes de ir em cada paciente... sabe? Eu achei muito bonito e muito amoroso. Eu só espero que todos tratem os filhos da gente assim como ela/ como os outros tratou, porque se todos os profissionais for assim... a gente fica até mais tranquila, né? Porque... nessa hora a gente fica com tanto medo, com tanto receio de acontecer alguma coisa. Então isso passa um pouco de tranquilidade saber que estão tratando os filhos da gente bem, né? A gente fica mais seguro. (M15)

Ao contrário de M9 e M15, M2 não cita as hospitalizações anteriores de seu filho durante a entrevista. Mesmo assim, os motivos de sua apreciação predominantemente positiva vão ao encontro das outras duas mães, uma vez que M2 conta que recebeu um atendimento “*magico, rápido e eficaz dos enfermeiros e médicos que eram atenciosos e carinhosos*”. Eles a faziam sentir confiante de que C2 ficaria bom. Além disso, a organização do ambiente e a melhora rápida de seu filho também foram fatores para M2 se sentir tranquila e ter uma boa experiência.

As coisas na vida de C2 acontece muito rápido e ele não ficou muito tempo... a saturação melhorou, né? Ele ficou bem quietinho no hospital... lá foi tudo bem dividido, no meio daquele monte de gente, tinha outras crianças com COVID e foi tudo muito tranquilo. (M2)

Para C2, os motivos de sua apreciação predominantemente positiva foram diferentes de sua mãe e das demais que tiveram o mesmo estilo de apreciação. A criança não cita a organização do ambiente e o cuidado prestado pelos profissionais, mas conta que para ele sua hospitalização foi “*legal*” e sentia “*alegria*” na maior parte do tempo, mas refere a preocupação inicial ao pensar que morreria e de se sentir triste quando batia saudade de seu pai e de seus irmãos. Ao perguntar o que tinha de legal no hospital, C2 conta que lá ele “*comia, bebia... é... ficava jogando... ficava... deitado... aí minha mãe ficava pegando água pra mim...*”.

Sobre as apreciações predominantemente negativas, é necessário destacar o grande número de participantes que a referiram: oito crianças e 12 cuidadores primários. Neste grupo observa-se a grande diversidade das características dos participantes, como idade, sexo das crianças, possuir histórico de hospitalizações anteriores ou não, entre outras. Mesmo com tal diversidade, foi observado que todos os cuidadores primários que tiveram amigos ou familiares que faleceram por COVID-19 (M6, M7, M8, M10, M11), anteriormente à hospitalização de sua criança, tiveram

uma apreciação predominantemente negativa.

Apesar de terem informado, durante a aplicação do questionário que conheciam amigos ou familiares que faleceram por COVID-19 anteriormente à hospitalização de suas crianças, na entrevista essa informação não foi mencionada. Para M6, M7, M10 e M11 outras questões foram identificadas como fatores que ocorreram durante a hospitalização e suscitaram sentimentos e apreciações mais negativas. Tais acontecimentos podem ter se sobreposto aos casos de óbitos, de forma a ser entendido por essas mães como fatores mais impactantes no momento da hospitalização e que interferiram de forma mais negativa sobre a apreciação de hospitalização de seus filhos.

M10, por exemplo, apesar de já ter vivenciado a morte de um amigo ou parente por COVID-19, durante a hospitalização de C10, dois tios e sua mãe, que veio a falecer em seguida pela doença, também estavam hospitalizados por COVID-19. Todo esse contexto vivido por M10 a fez apreciar tal momento como *“meu mundo estava desabando. Desabou”*. O “mundo desabar” é uma expressão usada para momentos de grandes dificuldades e desespero, em que seus apoios e suportes podem não estar sendo mais reconhecidos pela pessoa. M10 nesse momento iniciou com um quadro de depressão e foi proibida de ficar como acompanhante de C10.

Eu comecei a ter depressão e eu estava PIORANDO a situação dele [C10] ... aí meu marido trocou comigo e eu fui proibida de ficar no hospital, porque... ele sofria e eu sofria junto. Aí minha mãe também, tudo junto... os médicos pediram pra me afastar do hospital porque isso que me doeu mais ainda, entendeu? (M10)

Para M7, outras questões a chamou mais atenção para uma experiência negativa. A primeira foi o estado de saúde grave de sua filha, que precisou de cuidados no CTI. A segunda, foi o medo de que C7 precisasse ser intubada, uma vez que M7 é técnica de enfermagem *“e a gente que trabalha na área da saúde, a gente sabe como que é, pode ser para o bem também e pode ser... né? Que complique. Pode ser para o mal”*. Outra questão que interferiu nesse estilo de apreciação foi a mudança de comportamento de sua filha, que ficou agressiva e não reconhecia os cuidados prestados por sua mãe.

Ela sempre foi muito carinhosa comigo, né? Quer dizer, com qualquer pessoa, e no momento da internação dela, ela começou assim, eu ficava lá o tempo todo com ela e ela começava a me agredir. Com palavras... [...] eu ia fazer alguma coisa e ela... ela literalmente... era grossa, né? Então eu tinha que lidar com o sentimento de ela estar em cima de uma cama com o sentimento dela estar de grosseria comigo que era a pessoa que estava ali cuidando dela o tempo e... não tinha aquele retorno... (M7)

Junto à M7, destaca-se V1 que, apesar de relatar não conhecer amigos ou parentes próximos que faleceram por COVID-19, apontou seu trabalho de enfermeira em um hospital de campanha como um dos fatores predisponentes para uma apreciação predominantemente negativa da doença e da hospitalização *“[você] já sabe aquela conduta, né? O que vai acontecer... é muito ruim [...]. A sensação de que a pessoa não vai voltar. [...] A gente fica muito, muito abalado. Porque você está ali, você está vedado o dia a dia, a conduta, né? Não tem como escapar...”*.

C7 foi hospitalizada quase um ano após C1. Mesmo depois desse tempo de pandemia e da vacinação de parte da população, a apreciação sobre a doença dos profissionais de enfermagem deste estudo, não se modificou. Ambas as cuidadoras primárias relataram insegurança pela possibilidade de piora da saúde de suas crianças, fator que interferiu para que a apreciação sobre a hospitalização fossem as mesmas.

Ainda sobre as questões apontadas pelas famílias que referiram óbito de amigos ou familiares durante o questionário, a principal questão identificada por M6 que suscitou uma apreciação mais negativa foi a *“imposição”* do protocolo institucional do H4 para a alocação de seu filho junto aos casos de COVID-19 confirmado, sem possibilidade de acompanhante. M6 ainda destaca a falta de empatia do profissional que estava nesse momento e que disse *“ô mãezinha, o seu filho não é o único a passar por isso”*. Para M6 tal afirmativa a fez pensar em quantas crianças poderiam estar passando por tal situação sem saber como *“lutar”* pelos seus direitos. C6 foi transferido da UPA para o H4 com a diagnóstico de bronquite asmática. A necessidade de acionar a polícia como um recurso para M6 ser ouvida dentro da instituição, garantir os direitos de sua criança e tentar proteger seu filho da infecção por COVID-19, foram motivos que ressaltaram uma apreciação predominantemente negativa e evidenciaram uma lacuna nos atendimentos aos

direitos e às individualidades das crianças que procuram tal serviço de saúde.

A necessidade de chamar a polícia para que a cuidadora primária fosse escutada dentro do serviço, não foi referida apenas por M6. *“Essa experiência foi muito ruim!”*, foi uma fala de M4 sobre a percepção do momento de hospitalização de sua filha. M4 também conta que a falta de informações sobre o quadro de C4, da notícia de que ela poderia ser um caso suspeito de COVID-19 e da falta de paciência do profissional que estava na recepção do H4, a fez perceber a necessidade de chamar a polícia como um outro serviço para ajudá-la a manejar tal situação.

[Eu] peguei e liguei para polícia, aí eles foram até lá... aí é... eu expliquei a situação para eles, aí que a médica desceu para conversar comigo sobre a situação da C4. Que o caso dela estava assim, partindo para o grave e que não sabia se ela ia aguentar ser transferida do hospital por causa da respiração dela, porque o pulmão dela estava muito comprometido. Aí até os policiais falaram "mas a mãe dela e vocês não falaram nada... assim, sabe?" Então assim, foi uma péssima experiência que eu tive lá devido a isso, deles não terem me explicado e quando eu cheguei no quarto, uma menina com uma criança com COVID... (M4)

Percebe-se nesses casos que as questões relacionadas ao momento de hospitalização que teriam potencial de aumentar o risco à saúde e à proteção de sua criança (lacuna na garantia dos direitos das crianças, falta de um olhar às necessidades individuais das crianças, de comunicação e informação), aos olhos das cuidadoras primárias, foram fatores que predisuseram uma apreciação predominantemente negativa sobre a hospitalização.

A falta de informação sobre a saúde e a condição da criança esteve presente em outros discursos além do de M4 (M11, M13 e V14), e mesmo não acionando outros recursos sociais, foram percebidas como motivo de uma apreciação predominantemente negativa.

M11, por exemplo, relatou que só ficou sabendo que C11 era um caso de COVID-19 confirmado no sexto e último dia de hospitalização. *“Então nós vamos colher o material porque é de praxe”*, foi o que o profissional informou ao colher o material para descarte ou confirmação de infecção por SARS-CoV-2 de C11.

Como ela sempre teve crise de bronquite, SEMPRE [...] então eu pensei que era só mais uma crise de bronquite? Na hora não me veio à cabeça de que era COVID. Eles nem me falaram assim "olha, é... todo cuidado porque você está aqui com ela, aqui na... na... ala, nos quartos ao lado tem casos [de COVID-19] ... ninguém me falou nada. (M11)

A falta de informação e orientação dada pelos profissionais que estavam prestando cuidado à família 11, feriu o direito da família em saber sobre a situação de saúde de seu filho e expôs M11 a maiores riscos de contrair a doença e/ou transmiti-la a outros que estavam ao seu redor *“Eu fiquei lá... com contato com ela direto, as vezes sem máscara... ninguém me falou nada que poderia ser. E fiquei na... no setor lá onde tinha COVID. Tinha SÓ caso de COVID”*.

Faltou informação. Entendeu? Faltou orientação 'olha, toma muito cuidado, não faça isso... toma aqui as máscaras, vocês trocam as máscaras, se você estava com ela você troca de máscara...' é isso, isso que faltou. (M11)

Pela fala de M11, observa-se a necessidade de orientação sobre as demandas de cuidado de seu filho naquela condição, sobre necessidade da lavagem das mãos, uso de máscaras, mesmo dentro do quarto isolado com C11 e da necessidade de isolamento hospitalar para proteção também de outras crianças, cuidadoras e profissionais.

O incômodo com a falta de informação também esteve presente nos momentos em que os profissionais ainda estavam buscando um diagnóstico. Nas falas de M13, ela se percebe como potente cuidadora de seu filho durante a hospitalização, ainda que o diagnóstico médico não estivesse fechado. Mesmo percebendo sua importância nesse momento, não se sentia incluída pela equipe.

A sensação que eu tinha era que ninguém estava fazendo nada. Mas eu sei que estavam procurando ainda o que estava acontecendo [...] ele ficava só fazendo exame, fazendo exame, fazendo exame e nada efetivo para que ele melhorasse. Ele estava só piorando [...] eu precisava saber em que pé que estava. [...] Mesmo 'assim, não sei ainda, esse exame é para ver se é tal coisa', mas participar do processo, entender por que que ele estava fazendo tanto exame, compreender em que ponto que a gente estava da situação, o que que eu tinha que me preocupar, o que que eu tinha que estar dentro, porque por mais que ele estivesse internado, quem estava

vigiando ali era eu. (M13)

V14 também se incomoda com a falta e com a confusão das informações veiculadas sobre a COVID-19, e relata que isso a deixava mais preocupada. Mesmo com essa percepção, V14 não culpa os profissionais, mas a entende como uma questão inata à novidade da doença *“a pandemia estava muito nova”*. Importante frisar que C14 foi a primeira criança a ser hospitalizada pela COVID-19 desse estudo e em sua fala, V14 traz que as informações sobre a doença e suas formas de testagem eram até o momento da entrevista, confusas.

Eu acho que está tudo muito mal-informado, sabe? [...] falta muita coisa ainda. Acho que nem a área da medicina também está muito ciente do que é isso. Agora/ antigamente também todo mundo gripava, hoje em dia também se gripa... já é outro vírus, já está mudada a forma do vírus, entendeu? (V14)

Destaca-se ainda a informação como um importante recurso para a tomada de decisão das famílias durante a hospitalização de suas crianças. M5, ao iniciar com sintomas gripais, tomou a decisão de não fazer teste por *“medo do COVID”* e de não poder acompanhar seu filho em casa *“se eu internar e o menino vai embora pra casa? Não... eu vou e em casa eu cuido!”*. Tal decisão pode ter influência nos cuidados prestados à sua própria saúde.

O isolamento da criança durante a hospitalização foi outra questão muito difundida entre as cuidadoras primárias desse estudo (V1, M3, M4, M5, M6, M11, M12 e M13) como um fator para suscitar o sentimento de solidão e apreciações mais negativas sobre a hospitalização por COVID-19. Para M3, por exemplo, o isolamento foi um fator responsável pelo sentimento de medo de não dar conta de cuidar da sua filha. Para M4, M11 e M13 estar *“sozinha”* foi percebida como uma falta de apoio e suporte para o cuidado de seus filhos. Diferente das outras mães, M12 percebe o isolamento como uma falta de companhia, de alguém para conversar e de apoiá-la emocionalmente no momento da hospitalização.

Eu sozinha e você tem aquele medo, nossa Deus... e se eu não der conta? Como que vai ser? (M3)

Não tinha nenhum apoio, porque estava sozinha, só eu e ela lá, né? (M4)

O mais difícil foi que eu tinha que ficar muito sozinha, o pai dela não podia subir pra ficar comigo... não podia ter um acompanhante e eu precisava de uma AJUDA, né? (M11)

Como estava na pandemia e só podia entrar um acompanhante, e eu ficava sozinha com ele, né? [...] o primeiro [desafio] eu acho que foi esse, de, de ficar... de não pode:r ter um suporte. Era só eu ali com ele. (M13)

Às vezes as pessoas precisam um pouco de companhia, sabe? Às vezes cria força de Deus, que Deus é maior que tudo, mas a gente precisa um pouco de companhia para conversar. Porque a pessoa ali, ela não tem aquela força para estar ali [...] porque assim, o que acontece com o filho já afeta o psicológico de pessoas que não tem aquele estímulo e pode agir de uma forma melhor. (M12)

O isolamento durante a hospitalização da criança não afetou apenas as cuidadoras primárias que estavam dentro do hospital com seus filhos. Alguns pais e familiares se sentiam perdidos, “*desesperados*”, sem saber como agir com a notícia de que não poderiam compartilhar do cuidado de suas crianças durante esse momento. P4 e P5, por exemplo ficaram sem saber se deveria ficar na porta do hospital ou em casa.

Não podia subir ninguém, meu marido lá embaixo... dormindo lá embaixo... (M4)

A, o pai dele ficou assim desesperado, não sabia se ficava lá, se ficava aqui, que tinha mais menino pra cuidar... (M5)

Meu marido não ia poder entrar porque é ruim pra quem estava lá dentro porque eu estava sozinha e é ruim para quem está fora porque não estava acompanhando e... (M13)

A mãe de M12 por compartilhar o cuidado domiciliar de C12 com M12, também queria estar junto da criança durante a hospitalização. A impossibilidade de ter dois acompanhantes, gerou desentendimento entre as duas e M12 ameaçou chamar a polícia para sua mãe caso ela fosse ao hospital, pois “*eu não queria sair de lá porque eu nunca tinha internado o meu filho pra nada e eu queria ficar lá e chegamos a esse ponto que uma ia chamar a polícia pra outra*”.

O isolamento durante a hospitalização, não foi imposto de forma igual para todas as cuidadoras primárias. Algumas participantes foram permitidas fazer trocas com seus maridos ou parentes próximos. Apesar dessa possibilidade, a troca não foi vista como algo positivo por elas. V1, por exemplo, ao tentar trocar com a mãe de C1 suscitou novos estressores familiares, pois M1 tinha comportamentos que não eram adequados para prestar o cuidado à C1 durante a hospitalização e chegou a abandonar a criança em alguns momentos. V1, apesar das trocas com sua filha e de entender a necessidade do isolamento, conta que foi “*difícil*”, “*muito triste*”, “*chato*”, “*muito deprimente*”. Além disso, V1 conta que estar em isolamento dá “*a impressão de que você está infectado mesmo*”. Percebe-se que além da impossibilidade de contato com outras pessoas, o isolamento teve significado de concretização da infecção por SARS-CoV-2, tornando-a mais real.

Para M6, os momentos em que não esteve com seu filho, foram angustiantes:

C6 sempre foi muito apegado comigo e as vezes nem o banho direito eu conseguia tomar porque ele não queria que eu saísse e NEM EU queria sair de perto dele, por mais que o pai dele estava próximo, estava com ele, a gente não consegue nem descansar, NADA sem saber como que ele está, o que que está acontecendo, como que ele está sendo tratado... (M6)

Mesmo com sentimentos de angústia nos momentos de trocas de acompanhantes, a presença de P6, no momento em que C6 chegou no H4, foi vista como um grande apoio para M6 na “*luta*” pelo direito ao acompanhante de seu filho e para que C6 não ficasse hospitalizado com outras crianças diagnosticadas com COVID-19 “*eu e o pai dele e a gente BRIGOU [...] quando o pai dele foi, ele falou ‘não... se a mãe dele falou que ele não vai é porque ele não vai...’*”.

Para M7, o isolamento não foi visto como uma dificuldade ou um desafio pois, sentia muito apoio de seu marido, familiares e profissionais da saúde, que a “*pediam que eu saísse, conversavam comigo*”. Nesse sentido, M7 se viu apoiada e como o principal apoio de sua filha. “*Eu lá dentro, eu apoiava a Ana, mas eu tinha também meu apoio que ficava aqui do lado de fora*”.

Importante destacar a experiência de M8 durante a hospitalização de seu filho que foi posta como motivo para uma apreciação predominantemente negativa, foi a

não preocupação dos profissionais e do hospital com a contaminação de pessoas que já estavam hospitalizadas por outros motivos que não a COVID-19, e com as “defesas baixas”. Nesse sentido, destacou a falta de higienização dos quartos, *“tinha profissional que as vezes limpava o quarto, tinha profissional que não limpava, né? Igual mesmo, eu ficava 20 dias, se eu não falava com a enfermeira lá... tinha dia que nem limpar o quarto limpava”* e a falta de controle sobre o contato de seu filho com o vírus SARS-CoV-2 *“eram muitos médicos fazendo exame nele, enfermeiro tirando sangue... então... entendeu? Por mais que você tinha o cuidado, não tinha como você...”*.

Ao comparar as apreciações feitas entre as cuidadoras primários e as crianças, verifica-se que apenas a díade M15 e C15 discordaram em suas apreciações, uma vez que M15 foi classificada como predominantemente positiva e C15 como predominantemente negativa.

Assim como as cuidadoras primárias, um dos motivos relatados pelas crianças para uma apreciação predominantemente negativa sobre sua hospitalização foi *“não poder fazer nada”* e usam de suas palavras para falar do isolamento que enfrentaram durante sua hospitalização (C3, C4, C7, C13). C4, por exemplo, conta que *“tinha que ficar toda hora olhando para a mesma vista”* e C7 disse que *“a vida lá [no hospital] era péssima”*, ela ficava querendo sair logo porque ficar *“quietinha, era a única coisa que eu tinha pra fazer”* e ficou *“UM DIA deitada na cama tentando fazer alguma coisa!”*. *“Olhar para a mesma vista”* e *“ficar quietinha era a única coisa que tinha para fazer”*, suscita a ideia de falta de interação e impossibilidade de troca de ambiente.

Outras crianças também falaram sobre suas apreciações derivadas da monotonia do ambiente. C3, conta que desde o início a sua hospitalização foi *“ruim, porque eu era a única criança naquele hospital [...] eu cheguei bem cedo no hospital e eu fiquei o dia inteiro em uma maca sem fazer nada... e aí eu fiquei BASTANTE nervosa”*. Com o passar do tempo, mesmo tendo *“TV”* no hospital, ela *“tinha vontade de levantar, correr, brincar, mas não podia, né? Tinha que ficar só no quarto”*. C1 conta que *“só ficava dormindo. Só”*. C15, ficou *“deitado na cama”* e *“ficou mal”*. C13 também conta que queria sair do hospital, *“ir embora para os meus brinquedos, jogar bo:la”* e por isso sua hospitalização foi *“horrível”*. Nesse sentido, as

falas das crianças trazem significado de monotonia, falta de interação e de mudança de ambiente.

Outro motivo para apreciações e sentimentos negativos para algumas crianças (C3, C4, C7), foi *“não estar na sua [própria] casa”* e/ou estar no hospital. Para C3, o sentimento negativo suscitado foi de *“saudade de voltar para a minha casa e de ir para a casa da minha vó”*. Para C3, o sentimento foi de tristeza, porque *“se você está no hospital, você sabe que você não está bem”* e não gostava que falassem que ela *“só ia sair se melhorasse”*. C4 conta que o não gostava que falassem que ela tinha que *“ficar internada”*. C7, também conta que ficou *“MUITO, MUITO, MUITO triste”* pois sentia *“muita saudade da minha família”* e por isso, *“não gostou nada”* da sua hospitalização e que queria, durante este momento, ficar com a MED2 *“uma pediatra, minha pediatra”*, demonstrando o vínculo e a confiança que ela já tinha sobre os cuidados prestados por sua pediatra de referência.

C11 não quis participar da entrevista, mesmo assim sua mãe conta que um dos maiores desafios *“foi fazer ela aceitar [ficar hospitalizada], porque ela não estava aceitando, ela queria vir pra casa o tempo todo, ela chorava pra vir embora, ela queria as coisinhas dela”*.

As crianças também usaram outras expressões, que referiram ao tempo de hospitalização para expressarem desagrado e uma sensação de que esse momento foi muito longo.

O cheiro do hospital era até bom, mas só que ficar internada mil anos depois, não. (C4)

[Sua hospitalização] demorou dez dias! (C13)

Eu fiquei internado 4 mil dias lá! [...] quase cem dias! (C6)

Sobre as questões de hospitalização, observa-se ainda uma quebra de expectativa de C3 sobre o momento em que fica sabendo que precisará ficar hospitalizada: C3 conta que ao chegar no pronto-atendimento, já sabia que *“tinha COVID, porque minha mãe já tinha pegado”* e pensou *“a, eles vão me deixar ir embora, eu só vou tomar esse remédio e tal, mas aí quando você descobre que*

você vai ficar internada... você [fica]... é meio tensa”.

Outras questões elencadas pelas crianças para uma apreciação predominantemente negativa, de sua hospitalização, estão ligadas à estrutura física do hospital, aos serviços prestados, ao tratamento e dispositivos de suporte de saúde. Sobre a estrutura física, C14 disse que *“não gostei muito não”* de ter ficado hospitalizada, *“por causa que a cama de lá não é muito confortável”*. Sobre o serviço ofertado pelo hospital, uma questão bastante difundida que desagradou as crianças foi a comida das intuições, que eram *“diferente”* da comida de suas casas ou da comida feita por outros familiares e com poucas opções, como relatado por C15, que disse que *“só tive uma coisa de comer, dois pão”*. C7 conta que a comida durante sua hospitalização, *“não estava com uma cara boa”* e por isso, só comia frutas e gelatina. Apesar de ter tido a oportunidade de pedir algo que gostava, não comeu, pois o macarrão que veio não era como o de sua casa *“eu estava esperando um macarrão grande, com carniinha”*. C7 ainda conta que depois que saiu do CTI sua *“vovó dava sanduichinhos e eu comi e fiquei melhor”*. *“Eu tinha que comer a comida do hospital, né? Que aí pelo menos eu estava comendo, mas eu sentia muita falta da comida da minha vó”*, foi o que C3 disse com tom de desagrado. Observa principalmente nas falas de C7 e C3 a comida como um importante recurso para se sentirem melhor.

Outro motivo para uma apreciação predominantemente negativa foi o desconforto produzido pelo teste de COVID-19 por *swab* nasal. Ao perguntar para C3, C4 e C14 o que não gostavam que fizessem com elas no hospital, todas responderam *“colocasse cotonete em seu nariz para fazer o teste”* (C3); *“Pôr o cotonete LÁ dentro do nariz”* (C14); *“NÃO! Não! [gostou] sabe aqueles algodão de orelha? parece que enfiou dentro do meu nariz, [...] e pior que eles enfiam lá no osso do nariz!”* (C4). C3 ainda dá mais informações sobre seus sentimentos nesse momento e diz que se sentia bem *“triste e chateada”* quando fez o teste por poder ser a confirmação da infecção por SARS-CoV-2 *“eu falei ‘nossa, eu estou fazendo teste, então eu realmente posso estar com o Vírus”*.

Sobre os dispositivos de saúde, foram citados como motivos de apreciações predominantemente negativas o cateter nasal e os acessos periféricos. Sobre o *“negócio no nariz”* ou *“tubinho envolta da cabeça pra respirar”* (cateter nasal), C7

conta que *“isso eu queria tirar porque coçava o nariz! Estava me incomodando a RESPIRAR! [...] o vento vai LÁ DENTRO, lá no fundo! E dói um pouquinho, fica coçando...”*. Destaca a entrevista de C6 em que o cateter nasal foi citado em três ocasiões. A primeira, sem muito contexto, a criança relata que *“[alguém] pôs um negócio no meu nariz”*, que o ajudou a respirar melhor, *“mas estava só incomodando o meu nariz”*; a segunda, quando perguntado o que C6 não gostou que fizeram com ele no hospital e conta que *“o negócio que punham no meu nariz era chato demais!”* e que quando falaram *“que ia pôr o negócio no meu nariz e eu fiquei muito triste!”*. Ao final da entrevista, C3 ainda aconselha os médicos e enfermeiros que ele *“queria que tirassem aquele negócio do meu nariz”*. As falas das crianças sugerem grande desconforto pelo próprio uso do dispositivo e pelo ressecamento das vias aéreas superiores devido ao fluxo de ar.

Os acessos periféricos foram outro dispositivo que incomodaram e foram motivos de dor e medo. C13 conta que durante sua hospitalização, ele *“só não gostava que me furava”* e antes de furá-lo sentia *“medo”* pois pensava que *“ia doer e doeu!”*. Aliás, conta que *“até hoje está doendo!”*. Sobre o dispositivo, C13 reclama que foi puncionado em seu braço direito, o seu *“braço mais forte!”* e que durante o tempo em que ficou com o dispositivo, precisou desenhar *“com a mão esquerda, que eu não desenho bem”*. C4 sentiu o mesmo desconforto que C13 e conta que ao puncionarem seu acesso periférico, *“ficou mais difícil porque eu gosto de colorir com essa mão aqui (mão direita)”*. As falas de C13 e C4 mostram que ao puncionar a mão dominante, as crianças sentem maior dificuldade de fazer atividades que poderiam ser uma forma saudável de ajudá-las a lidar com fatores estressantes da hospitalização.

Além dos acessos, outros procedimentos foram relatados pelas crianças como desconfortáveis, dolorosos e intrigantes. C7 conta que não gostou do tempo que esteve no hospital, pois, entre outras coisas *“eles [profissionais da saúde] me furavam para qualquer coisinha! [...] Chegava à noite eu tinha que tomar uma INJEÇÃO! E eu já estava querendo pegar no sono. E então o líquido que sai fica parecendo que tem pimentinha! Eu já estava cochilando, já vem a moça me furar de novo....”*. Além disso, C7 também conta que os profissionais do hospital *“estavam querendo que eu tomasse um remédio, DOIS remédios GRANDÕES que eu não*

estava conseguindo porque era grande!". As falas de C7 demonstram que durante sua hospitalização, o cuidado prestado poderia ter sido mais focado em sua capacidade física e respeitando seus momentos de descanso. Pelo tom de sua fala, que se torna mais alta e rápida em alguns momentos, e pela expressão facial utilizada pela criança, percebeu-se que tais aspectos suscitou sentimento de indignação.

Os procedimentos que precisavam ser puncionados e os remédios administrados via oral também foram citados por C14, que também com tom de indignação conta que *"deu [os profissionais de saúde] uma injeção aqui! [...] tirava sangue... e o pior é que eu vi o sangue e era isso tudo aqui!* (criança mostra com os dedos a quantidade grande de sangue)". C14 diz ainda que sentia medo porque *"a negócio [agulha] era muito grande!"*. Sobre a coleta de sangue, percebe-se ainda a falta de informação de C14 que nesses momentos se perguntava *"onde que vai por esse sangue meu, ehn?"*. A criança também conta que *"não gostava que [os profissionais de saúde] falassem que 'o remédio precisava de tomar'.*

A condição grave de saúde vivida por C7 também foi citada pela criança como um motivo de apreciação predominantemente negativa, que a deixou estressada e nervosa. C7 evoluiu com um quadro de paralisia motora e inchaço da face e língua, não conseguia falar e se movimentar

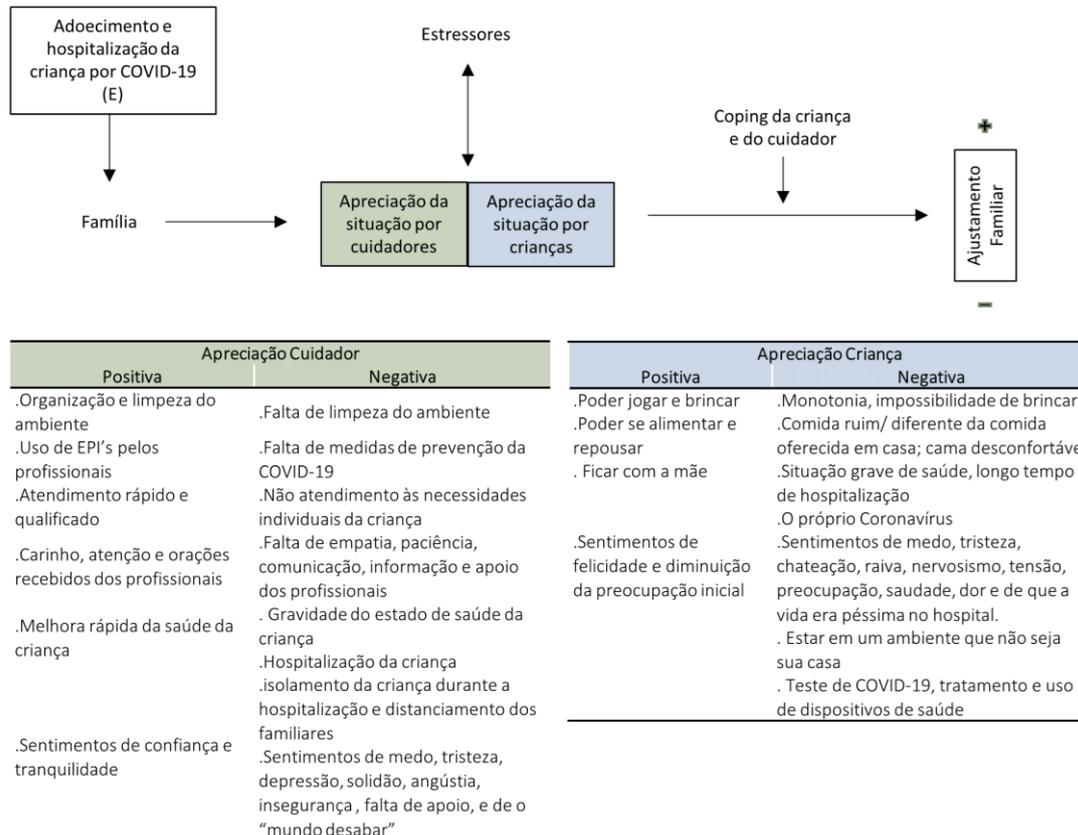
"Toda hora eu queria falar para minha mãe me entender, mas quando eu ia falar alguma palavra saia um 'iiii' NA HORA. Então eu ficava estressada, não queria que me tocava, queria ficar nervosa, eu estava muito nervosa porque eu não estava conseguindo e eu queria me comunicar direitinho com a minha mamãe" (C7).

C1e C5 referiram ainda o próprio vírus como motivo para não terem gostado de ficarem hospitalizados. C5 disse não ter gostado *"por causa do corona"* e C1 por medo *"do corona"*. Destaca C5, que conta que não teve nenhum sentimento negativo e não aconteceu nada que tenham feito ou falado com ele que não tenha gostado. Ao contrário, C1 refere além do medo, tristeza e raiva em sua entrevista. Mas não soube dizer o porquê as vezes se sentia triste e com raiva.

As informações produzidas a partir do discurso dos participantes e que foram

utilizadas para conformar esta categoria, estão sintetizadas de forma esquemática na figura 3.

Figura 3 – Aspectos que conformaram as apreciações das crianças e das cuidadoras primárias sobre a hospitalização das crianças por COVID-19.



Fonte: Adaptado de McCubbin e McCubbin (1993).

A partir da figura 3 observa-se que na ausência das condições que determinaram a sua apreciação predominantemente positiva, ela tornou-se predominantemente negativa para as cuidadoras primárias. Em sua maioria, tratavam-se de aspectos que referente à prática dos profissionais e ao ambiente hospitalar. Por exemplo, para uma apreciação positiva as cuidadoras apontaram a organização, a limpeza do ambiente e o uso de EPI'S; enquanto para apreciações predominantemente negativas, elas citaram a falta de higiene do ambiente e de medidas de prevenção contra a COVID-19. Portanto, dizem respeito a aspectos modificáveis pela equipe de saúde e com potencial para modificar também as experiências das crianças e suas cuidadoras.

Assim como no caso das cuidadoras primárias, as crianças apresentam

alguns motivos antagônicos para apreciações predominantemente positivas ou negativas. Por exemplo, algumas crianças percebem sua hospitalização como algo negativo à medida que não se sentem permitidas a brincar ou relatam grande monotonia durante o momento de hospitalização, enquanto a criança que percebeu sua hospitalização como algo legal, pôde, entre outras coisas, brincar e jogar.

Observa-se também na figura que algumas questões foram comuns às crianças e às cuidadoras primárias como fatores que predisuseram apreciações predominantemente negativas. Foram elas, o isolamento hospitalar, observado nas falas das crianças como monotonia, impossibilidade de mudança de ambiente e de brincadeiras; entendimento da situação de saúde como grave; e sentimentos negativos frequentes.

7.4 Estratégias de Coping apresentadas pelas crianças e pelas cuidadoras primários

Define-se as estratégias de Coping como um esforço específico de um membro da família ou da família como um todo para reduzir ou manejar uma demanda familiar e trazer recursos para suportar tal situação (McCUBBIN; McCUBBIN, 1993)

A função do Coping é de equilibrar as demandas e os recursos disponíveis ao mesmo tempo em que remove ou diminui a intensidade das dificuldades. Nesse sentido, as estratégias de Coping podem envolver as ações diretas para eliminar ou reduzir o número e a intensidade das demandas criadas pela doença; ações para adquirir recursos ainda não disponíveis para a família; ações para manejar as tensões associadas, como conversar, aproveitar a companhia uns dos outros e usar o humor; e usar da apreciação para criar, moldar e avaliar os significados da situação, como manter uma perspectiva otimista ou negativista e aceitar a situação (McCUBBIN; McCUBBIN, 1993).

Sendo assim, as estratégias de Coping podem envolver o indivíduo ou o núcleo familiar^{*****} como um todo (Coping interno) ou podem depender de suportes e dos recursos que vêm de fora da família (Coping externo) (McCUBBIN; OLSON; LARSEN, 1991). Para a apresentação mais clara dos resultados, as estratégias de

***** Pessoas que moram na mesma casa que a criança (FISHER ET AL., 1998).

Coping serão apresentadas em duas subcategorias: Estratégias de Coping Interno e Estratégias de Coping Externo. Dentro dessas subcategorias, será possível também comparar as estratégias referidas pelas crianças e pelas cuidadoras primárias.

7.4.1 Estratégias de Coping internas

Apresenta-se nesta subcategoria as iniciativas, as decisões, as ações, a comunicação e os comportamentos que envolveram os membros da família. Ou seja, são as respostas que as crianças e as cuidadoras primárias tiveram para reduzir ou manejar as demandas durante a hospitalização, sejam elas demandas do próprio participante ou da família como um todo. Foram incluídas uso do diálogo com pessoas do núcleo familiar, comportamentos para regulação cognitiva e das emoções, comportamentos que abrangem a busca pela espiritualidade e religiosidade, o uso da apreciação para criar significados, uso de tecnologias e outras formas de distração, comportamentos de resignação e comparação de semelhanças e diferenças entre o estado de saúde de sua criança com outras hospitalizadas.

Sobre as estratégias de Coping internas, foi possível analisar que todas as crianças participantes do estudo referiram ações para o manejo das tensões associadas a estar hospitalizada. Foram elencadas o uso de dispositivos eletrônicos (C1, C2, C3, C15, C6, C7 e C15), brincar (C2, C6 e C14) e passar o tempo com seus acompanhantes (C3, C4, C5 e C6).

Nesse sentido, verificou-se que as crianças usavam a televisão, os celulares, os tablets e o brincar como formas de distração sobre a saudade (C1), o medo (C2, C6), a tristeza (C6), o tédio (C7) e até mesmo para “passar o tempo” (C3). C1, conta que ao sentir saudade de suas irmãs, “só ficava deitado e vendo televisão”. E ao ser perguntado se chegou a fazer alguma ligação para elas, ele conta que sim, mas não muitas vezes. Além da saudade, para se sentir-se feliz, C1 “ficava vendo o canal 20”, um canal que passa desenhos animados. Essas falas demonstram que apesar de, em algum momento, ter falado com suas irmãs por telefone, C1 usou a televisão como principal recurso que o alegrava e o distraía. Da mesma forma, C15 conta que o “celular” é o que o deixava feliz, e C6, que “assistia telefone” ao sentir falta de seu amigo.

Para C3, a televisão foi um recurso utilizado para “*passar o tempo*”, uma vez que, segundo ela, não podia se “*levantar, correr, brincar [...] tinha que ficar só no quarto*”. Além disso, C3 “*pedia o celular [de sua mãe] para ficar mexendo*” quando se sentia triste, chateada ou com medo.

Lá tinha uma TV, né? Então... aí passava o tempo, né? Mas... eu também tinha vontade de levantar, correr, brincar, mas não podia, né? Tinha que ficar só no quarto. (C3)

Para C7, mesmo ficando “*UM DIA deitada na cama tentando fazer alguma coisa!*”, teve que ficar “*deitada e assistindo televisão*” pois “*era a única coisa que*” tinha de diversão.

Destaca-se a importância que o uso de dispositivos eletrônicos teve para as crianças deste estudo quando estiveram hospitalizadas. Segundo as falas apresentadas, esses dispositivos foram capazes de distrair os sentimentos negativos, suscitar sentimentos positivos, permitir que o tempo passe mais rápido e diminuir a distância entre a criança e seus familiares, apesar de muitas vezes não acabar com a saudade.

Se “*distrair um pouco*” com seus joguinhos e brincando com os “animais e bonequinhos” era o que fazia C13, para sentir menos medo de que o furassem.

C2 conta que “*jogar*” era uma coisa que ele gostava e fazia no hospital, mas brincava para diminuir seus medos e seu sentimento de tristeza. Assim como C2, C6 também brincava para ficar feliz quando estava triste. Destaca-se nas falas de C2 e C6 que o brincar, mais que uma forma de distração, foi uma ação direta para reduzir o número ou a intensidade dos sentimentos negativos que estiveram presentes no momento de sua hospitalização. Ressalta-se ainda, que o brinquedo que C6 tinha disponível durante esse momento foi o lego comprado por sua mãe.

A mãe de C14 também levou brinquedos “*um tanto de bonequinho*” e por isso, C14 gostava da “*banheira do hospital*”, onde as duas brincavam com os bonequinhos.

Assim, além das brincadeiras, passar o tempo com seus acompanhantes também foi visto como estratégia para manejar as tensões relacionadas a hospitalização (C3, C4, C5, C6). C6, por exemplo, para lidar com a tristeza de estar com um cateter nasal “*ficava junto da minha mãe, pertinho da minha mãe*” e isso o deixava feliz. Para C3, “*o que me ajudou [durante a hospitalização] foi a minha mãe [...] porque ela sempre estava lá, falava que eu ia melhorar, então eu me sentia até mais confortável*”. Da mesma forma, C4 reconhece que o que a ajudou durante a hospitalização foi sua mãe e seu pai porque eles eram “*as únicas pessoas que estão lá dentro*”, mesmo não sabendo dizer o que eles faziam para deixá-la feliz: “*sei lá...*”. Ao contrário, para C5, “*só minha mãe*” o ajudou durante a hospitalização, que foi quem pôde estar presente fisicamente com ele nesse momento.

Estar com seus acompanhantes é uma estratégia de Coping das crianças que também pode ser entendido como uma aceitação do apoio oferecido por seus acompanhantes a fim de reduzir intensidade das demandas criadas pela hospitalização e pela doença. Nesse sentido, C1, C3 e C7 contam quais ações suas cuidadoras primárias tiveram e que foram aceitas por elas:

Minha mãe ficava/ pegando água pra mim. (C1)

Falava que eu ia melhorar. (C3)

[quando] eu queria levantar, minha mamãe me ajudava, ela abaixava a grande, pegava a escadinha e eu descia com ela. Então eu ficava encostada perto dela. (C7)

Minha mamãe [ajuda a ficar feliz] por falar que não precisa ficar triste (C7)

Os relatos acima demonstram a importância de estar com seus acompanhantes, percebida pelas crianças deste estudo. Para elas, estar perto de suas cuidadoras primárias, escutar suas falas positivas e aceitar suas ações que as apoiavam em suas necessidades, foram estratégias de Coping das crianças que as ajudaram a passar pela hospitalização e trouxeram conforto durante este momento.

Outras ações diretas para eliminar ou reduzir as demandas, também foram utilizadas pelas crianças, como ligar para seus familiares (C2, C7), comer (C3),

beber água (C1, C2), ir ao banheiro (C2), tomar remédio e injeções (C7), tentar se comunicar com sua mãe (C7).

“Eu ligava para eles [irmãos e pai]” foi o que C2 fez durante sua hospitalização nos momentos em que sentia saudade de seus irmãos e de seu pai. *“Ver minha família [por conversa de vídeo]!”* foi o que deixou C7 feliz após muitos dias no CTI, sem conversar com sua família. Apesar do sentimento positivo percebido da ligação, essa estratégia a deixou *“mais ou menos [melhor]”*, porque ela ainda ficou *“sentindo MUITA saudade. Eu queria dar um abraço BEM FORTE no meu papai!”*

Sair da cama para realizar seus cuidados com o corpo e de higiene também foi visto como uma estratégia que ajudavam as crianças a se sentirem melhor dentro do hospital, e por vezes diminuir os sentimentos negativos advindos desse momento. *“Bebia água e ia no banheiro”* foram as estratégias usadas por C1 quando sentia tristeza e raiva. Para ele, tais ações *“passa::va”* esses sentimentos negativos. C2, da mesma forma conta que o que tinha de legal no hospital, dentre outras coisas, é que ele *“comia, bebia”*. Concomitante, C3 não via o ‘comer’ a comida do hospital como algo ‘legal’. Para ela, comer a comida do hospital foi uma mudança de hábito que teve que fazer para *“ficar um pouco melhor”*, pois *“a comida do hospital era MUITO diferente”*. Outra mudança de hábito realizada por C3, durante sua hospitalização, foi começar a se *“proteger melhor do COVID”*.

De encontro a C2 e C3, destaca-se C7: que segundo ela, no início de sua hospitalização teve que *“não comer”*. Destaca-se a dificuldade de deglutição da criança durante os dias em que teve paralisia motora, inchaço da face e língua. O quadro de saúde apresentado por C7 também foi responsável por sua dificuldade de comunicação com sua mãe. A fim de tentar diminuir tal dificuldade, C7 emitia sons, mesmo assim, M7 continuava com *“dificuldade um pouco pra me entender”*.

Aderir ao tratamento proposto, também foi uma estratégia de Coping relatada pelas crianças. Para C2, *“remédio, injeção... coisas”* foram importantes para que ele ficasse bem no hospital. Além disso, C7 percebeu que *“as outras crianças que pegam COVID-19 e precisam tomar soro, elas puxam o braço pra mã:o colocar o*

soro [...] eu fiquei paradinha!”, demonstrando o reconhecimento das crianças sobre a necessidade dos procedimentos realizados.

Outra estratégia utilizada pelas crianças durante sua hospitalização, foi a resignação, ou seja, elas por vezes, optavam por não fazerem nada em relação ao seu processo de adoecimento ou hospitalização. C4, conta que não fazia “*nada... só ficava pensando!*” quando sentia vontade de voltar para “*casa e de ir para a casa da minha vó*”. E C7 “*ficava quietinha e pensava*” quando sentia falta da sua família.

Duas crianças ainda, citam o seu olhar positivo diante da vida e da situação de adoecimento como uma estratégia de Coping que as permitiram visualizar desfechos positivos de sua hospitalização. C13 foi um dos exemplos de tal estratégia de enfrentamento, que ao saber que estava com COVID-19, pensou que “*ia melhorar rápido*” e não ficou preocupado, uma vez que se percebia “*muito forte!*”. Além desse momento, ao perceber que seu olho estava melhor, ficou “*com mais energia*”. “*Ser forte*” também esteve presente nas falas de C7 e tal percepções foi vista como um recurso para “*se sentirem melhor*”. Nesse sentido, sentir-se forte e com energia possibilitou que essas crianças avaliassem a situação de hospitalização por COVID-19 de forma a torná-la mais aceitável e manejável.

Sobre as cuidadoras primárias, assim como as crianças, as estratégias de Coping internas mais presentes foram ações para o manejo das tensões associadas a ter uma criança hospitalizada.

Entre essas ações, está a busca pela espiritualidade e pela religiosidade. “*Pedir a Deus*” foi a estratégia de Coping utilizada por M2, M4 e M5. A primeira, pedia para que a saturação de seu filho aumentasse e com o passar do tempo, sentiu-se “*confiante, confiando em Deus*” pois “*sabia que ele [seu filho] ia sair dali*”. A segunda, pedia para “*tentar superar aquilo [doença/ hospitalização] assim, sozinha [...] porque ali só estava eu e ela*”. A terceira, conta que “*quando eles ligaram o oxigênio nele [C5], eu só fiquei pedindo a Deus pra livrar ele desse trem [oxigenoterapia]*”. Além do uso da oxigenoterapia, M5 tinha medo de seu filho precisar ser entubado e pedia a Deus para que isso não acontecesse:

Ele entrou no oxigênio já e a médica falou comigo assim que se ele conseguir respirar sem o oxigênio, é o melhor pra ele/ se não conseguir, ia entubar ele... eu fiquei pedindo à Deus! é... (M5)

Além de pedir a Deus, a espiritualidade, a religiosidade e as orações feitas pelos familiares foram recursos que permitiram que M5, M8, M10, V14 e M15 se sentisse apoiadas e fortes para enfrentar tal situação.

[E: o que te ajudou e deu força?] Deus. (risos) primeiramente é Deus. (M5)

[E: o que te ajudou e deu força?] Eu acho que a minha religião. Me ajudou muito. (M8)

[E: o que te ajudou e deu força?] Primeiro Deus e Nossa Senhora Aparecida que me deu muita força pra ficar firme por conta dele e porque eu também tenho um rapaz, né? (M10)

[E: o que te ajudou e deu força?] Primeiro Deus, né? Depois a família e os amigos que foi muita oração de todo mundo, sabe? No:ssa, é Deus o tempo todo. Eu falo que Deus que curou ele, eu não tenho outra explicação porque foi tudo assim, MUITO de Deus, sabe?" (M15)

A única pessoa que dá força pra gente é Deus. Se não for Deus, minha filha, de nada se vem. (V14)

Durante a entrevista de V14, ela relata que a espiritualidade esteve presente quando recebeu a notícia de que sua neta precisaria ficar hospitalizada por COVID-19: *“peguei com Deus, peguei com Santo, peguei com os anjos, peguei com tudo que você pensar aí”*. Destaca-se que V14 se identificou como evangélica durante a aplicação do questionário. Tal religião não crê em santos, demonstrando que para ela, a busca pela cura da sua neta estendia a todas as crenças.

Crer em Deus foi uma estratégia de Coping usada por M6, não apenas para manejar a situação de hospitalização de C6, mas também se apresentou como um recurso que a permitiu perceber novas estratégias de enfrentamento ao criar, moldar e avaliar os significados relacionados à situação de ter uma criança hospitalizada por COVID-19, a fim de torná-la mais manejável e aceitável.

[Ter uma criança hospitalizada por COVID-19] Foi aquele momento em que todo mundo fica preocupado, onde todo mundo... ora porque quem pode salvar nesse momento independente do que que seja, é Deus! Tem que se apegar com Deus" e a crer, e é o momento de você crer e de você acreditar que nada acontece por acaso, que... quando você acha que você está fraco, que você está sozinho, é onde que Deus nos carrega, é onde que Deus nos dá força. E o impacto que você pensa apenas no que DEUS pode fazer por você. (M6)

Do mesmo modo, C9 conta que a *"fé que a gente tem em Deus faz a gente não perder a esperança"*. Isso significa que para C9, ter fé a permitiu avaliar a situação e a manter uma perspectiva otimista sobre o prognóstico de seu filho.

Voltando as estratégias de Coping utilizadas para o manejo das tensões associadas a doença e a hospitalização, está o *"amor"* (M6, M11) e o *"querer bem"* (M11), as conversas (M7), desentendimentos (M12) com seu núcleo familiar, e a comparação da situação de saúde de seu filho com a de outras crianças no momento da hospitalização (M6).

Para M6 e para M11, *"o amor que eu sinto pelo meu filho"* e *"o amor que eu sinto por ela [C11]"* as ajudou e deu força para passar pela hospitalização de seus filhos. Além do amor, M11 conta que *"eu queria muito que ela [C11] melhorasse, que ela saísse de lá bem... e... que ela recuperasse logo"* e isso também foi responsável por sua força.

Evidencia-se nesse estudo os altos escores encontrados sobre a percepção de apoio social referida (Afeto/Interação social positiva: 91,22; apoio material: 88,21; e emocional/ suporte informacional: 81,79). Isso significa que as cuidadoras percebem grande apoio nas questões afetivas e interação social, emocional e informacional e no apoio material. Essa percepção evidenciada pela escala é confirmada quando as estratégias de Coping relatadas por elas estão ao compartilhar experiências, buscar afeto, orações em seus familiares e amigos por chamadas e redes sociais e ao ficar próximo de sua criança, aceitar ajuda financeira, por serem impedidas de trabalhar, e dividir o cuidado de outros filhos com familiares.

Para M7, conversar com sua família, teve um papel importante de apoio para o enfretamento da hospitalização de sua filha:

Eles foram MU:ITO importantes pra mim, tanto o P7 que me ligava todas as noites, conversava comigo, a minha tia que ficava cuidando da minha outra filha, também me ligava todos os dias.../ lá dentro [do hospital] eu não podia atender o telefone, mas aí a C7 dormia, eu saía, conversava... pra eu também não PIRAR. (M7)

As conversas também foram citadas por M13 como estratégias de Coping. No entanto, essas conversas foram apresentadas como formas de apoio à C13 a fim de que ele se distraísse. Assim, eles *“ficava assistindo filme... para ele tirar da cabeça e distrair um pouco do que estava acontecendo. E conversar muito com ele, conversar muito com ele. A gente conversou bastante”*.

Ao contrário das conversas citadas por M7 e M13, que buscavam o apoio entre os integrantes das famílias, as conversas relatadas por M12 com sua mãe foram de desentendimentos e discussões. Isso aconteceu, pois, sua mãe queria ir para o hospital ficar com C12 e M12 não *“queria sair de lá [...] tivemos bastante discussão, nós até brigamos pra te falar a verdade [...] e chegamos ao ponto que uma ia chamar a polícia pra outra”*. M12 perdeu um filho por anoxia perinatal antes do nascimento de C12 e conta que *“quando a gente perde um filho a gente tenta proteger o outro o máximo que a gente pode”*. Esse relato demonstra a influência que a perda de um filho teve sobre os sentimentos e sobre as estratégias de Coping utilizadas durante a hospitalização de C12, como a percepção sobre a necessidade da sua presença e proteção de C12.

[Ao saber que C12 ficaria hospitalizado] você não sabe se você pega ele e tira ele dali e leva embora pra proteger ou se você fica para descobrir o que TEM. Sabe? Você fica sem saber o que fazer [...] enrolar ele, colocar em um potinho e levar embora! (M12)

A comparação entre a situação de saúde de C6 e das outras crianças hospitalizadas também foi uma estratégia de Coping utilizada por M6:

Nesse momento [da hospitalização], a gente não pensa só no da gente... você olha em volta aquele tanto de anjinho, de carinha ali, passando pela mesma situação e você olha ‘meu Deus, o meu filho está aqui desse mesmo jeito e com quantos que já não aconteceu o pior?’ A gente tem que lembrar que se a gente está ruim pode ser que tenha alguém que esteja pior. (C6)

Ao contrário das apreciações citadas pelas crianças que foram responsáveis por criar significados de força e energia, as cuidadoras primárias evidenciaram uma maior facilidade em manter uma perspectiva negativa sobre o prognóstico de saúde de suas crianças.

M1 por exemplo, justifica que por ser profissional de saúde “*é mais preocupante, né? Você já sabe tudo lá na frente. [...] Então assim, você já sabe aquela conduta, né? O que vai acontecer [...]. A sensação de que a pessoa não vai voltar*”.

Ao encontro da fala de C1, C5 diz que “*eu pensei que ele ia morrer, porque ele ia morrer, porque ele é prematuro... [...] que o COVID já veio pra matar mesmo igual muitos já morreram... é isso aí*”. Nesse sentido, C5 justifica sua perspectiva negativa pela condição de nascimento prematuro da criança e pela alta letalidade da doença difundida nos veículos de comunicação.

A alta letalidade da COVID-19 também foi motivo para M7, M9 e M14 manterem uma perspectiva negativa do prognóstico de seus filhos:

Eu pensei que ela ia embora porque estava todo mundo indo, né? (M7)

Infelizmente a gente pensa coisas que a gente não gostaria de pensar, né? Porque a gente vê pessoas saudáveis/ a gente viu muitas histórias de pessoas saudáveis que teve a COVID, né? Então quando eu fiquei sabendo que ele teve COVID eu fiquei com muito medo de perder ele, sabe? (M9)

Você vê um tanto de gente morrendo, o que que você acha? Você vai achar que sua filha vai morrer também [...] eu achei que ela ia morrer. (M14)

Eu fiquei... muito traumatizada, fiquei pensando coisas "ai meu Deus, será que eu vou perder a minha menina e tal..." a gente pensa essas coisas, entendeu? (M11)

A gente pensa o pior "a, será que eu vou perder o meu filho? Será que é algo muito grave? Será que meu filho vai se recuperar?" O que a gente pensa só Deus sabe, né? Porque você entra em estado de pânico. (M12)

Medo! Muito medo... medo de não/ de não conseguir... é... salvar a vida/ de não ter... de não ter jeito, né? (M15)

Com o passar do tempo, algumas mães reavaliaram a situação de saúde de seus filhos, perceberam melhoras e respostas positivas ao tratamento e foram capazes de construir uma perspectiva otimista (M4, M12, M13) e se sentirem fortes para continuar a enfrentar a hospitalização (M10).

Eu vendo o desenvolver dela, assim, né? O jeito que ela estava respondendo aos medicamentos, que ela estava conversando tudo bonitinho assim, sabe? Então isso foi uma das coisas que me fez... ficar mais... confiante. (M4)

Com o passar mais ou menos de dois dias ele começou a sentar, sabe? Assim, gostar de tomar banho, coisa que ele não estava fazendo, estava tendo que segurar ele/ até quando o ele estava fechando o olho, né? Então quando ele começou a agir mais naturalmente, aí sim. Foi dando aquela... sensação, sabe? De alívio, de não ter acontecido o pior. (M12)

Foi quarta para quinta que ele começou a melhorar, que eu acho que eu... não tive mais medo assim, que pra mim estava tudo bem. (M13)

[E: o que te ajudou e deu força?] Foi ver ele se recuperando para sair de lá. (M10)

Destaca-se M6 que manteve durante toda a hospitalização de C6 uma perspectiva negativa sobre o significado da hospitalização e conta que para ela, “*a partir do momento que está no hospital é porque não está bem. Então o medo prevalece, o medo continua*”. Ou seja, estar hospitalizado significou, para M6, risco contínuo à vida de C6.

Para M13, “*ver que ele [C13] precisava que eu ficasse forte*” foi o que a deu força para enfrentar a situação.

Ao contrário das outras mães, M2 relata ter mantido durante toda a hospitalização de C2 uma perspectiva positiva, apesar de ter ficado “*assustada*”, se sentiu “*confiante porquê... é... eu sabia que ele ia sair daquela, né?*”.

Algumas ações de Coping também foram elencadas pelas cuidadoras primárias de forma mais direta, a fim de eliminar ou reduzir o número e a intensidade das demandas durante a hospitalização, como realizar chamadas de áudio e vídeo

com seus familiares (M2) e estar junto de seu filho (M2), não deixar que suas crianças as vissem abaladas (M3).

M2, por exemplo, diz que C2 e seus irmãos são “*MUITO agarrados*” e para amenizar a distância, estavam “*sempre em contato através de chamada de vídeo*”. Da mesma forma, M4 conta que “*fez chamada de vídeo*” com o pai de C4 e que a maior dificuldade que tiveram durante a hospitalização foi a distância:

Ela ficou sem ver ele, então assim... a gente ficou pensando o que ia acontecer, porque as vezes ele viaja, ela dá febre e tudo... e do quadro dela PIORAR. [...] Mas aí a gente, né? Igual eu falei com você da tecnologia, a gente fez chamada de vídeo e tudo. (M4)

Estar junto de seu filho significou para M2 “*alívio*”,

Essa questão de os pais também estarem juntos, deixa a gente um pouco mais aliviado. (M2)

Ao mesmo tempo em que estar com seus filhos trazia sentimentos positivos, uma das mães sentia, durante esse momento, a necessidade de não deixar que suas filhas a vissem “*chorando, me verem triste...*”. Tal estratégia de Coping surgiu pela avaliação de M3 de que “*minhas filhas dependem de mim, então eu tinha que estar forte para estar, né?*” Nesse sentido, observa-se que para M3, o choro e a tristeza demonstram sinais de fraqueza.

7.4.2 Estratégias de Coping externas

Esta subcategoria diz respeito às respostas das crianças e de suas cuidadoras primárias que dependem do apoio e de recursos recebidos e que são externos ao núcleo familiar. Nesta subcategoria foram incluídas a busca por rede de apoio emocional e para questões presentes no dia a dia da hospitalização, busca por recursos como diagnósticos corretos e recursos judiciais para o cuidado da criança e busca por diálogos com pessoas que não participam do núcleo familiar.

Em se tratando das crianças, apenas três delas relataram estratégias de Coping externas (C3, C6 e C7) e todas apontaram os profissionais de saúde em suas entrevistas como um recurso importante para alcançar uma estratégia de

Coping positiva com potencial de “*se sentir feliz*” (C3), “*se sentir mais confortável*” (C3), ou acreditar que “*eu poderia sair logo*” (C7).

Destaca-se que o sentimento de felicidade foi referido por C3 durante as conversas com os profissionais, quando “*as médicas falavam que eu estava bem, que meu caso não tinha piorado*”. Além disso, C3 sugere “*para eles [profissionais de saúde] serem carinhosos*” com as crianças, uma vez que no momento da notícia da hospitalização por COVID-19 “*you não se sente muito bem*”. Relata também que o carinho demonstrado pelos profissionais durante sua hospitalização permitiu que ela se sentisse mais confortável e tivesse a sensação de que as notícias ruins não vinham o tempo todo.

[Ao ser questionada sobre algum conselho para os profissionais de saúde que cuidam nas crianças que estão internadas por COVID] pra eles serem carinhosos, porque quando você recebe a notícia que você estava com COVID e que você vai ficar internada, você não se sente muito bem, né? [...] eu me senti mais confortável, né? porque não era toda hora notícia ruim/ que eu estava mal... então era bem legal. (C3)

Assim como C3, C7 refere que ficava feliz ao conversar com os profissionais quando “*falavam que eu era uma menina linda e forte!*”. Nesses momentos, sentia ter ainda mais força e a fazia acreditar que “*eu poderia sair logo!*”, mesmo tendo demorado um tempo maior do que ela esperava.

Além dos profissionais de saúde de dentro do hospital, C7 conta que conversar com sua pediatra de referência a deixou “*feliz*”, uma vez que “*não queria ir pra lá [hospital] mesmo/ eu queria ficar com a MED2*”.

Além da conversa com os profissionais de saúde, outra estratégia de Coping, referida por C7, foi pedir para comer “*MACARRÃO!*” no hospital, pois C7 não gostava da comida que lhe era oferecida. No entanto, tal estratégia não foi satisfatória para a criança por não ser igual ao que M7 costumava fazer em casa “*Eu queria o que a mamãe fazia... molhadinho, com carinha... não aqueles sequinhos parecendo que não cozinhou*”.

Assim como as crianças, os responsáveis primários (V1, M2, M3, M5, M6, M7, M9, M10, M11, M13, M14) também citaram os profissionais de saúde como um

recurso importante para desenvolver suas estratégias de enfrentamento no momento da hospitalização. Citou a rapidez do atendimento (M2, M3) e as conversas com os profissionais (V1, M2, M3, M5, M7, M9, M14) como atitudes que “conforta” e as deixaram “*BEM confiante*”, “*mais tranquila*”, “*agradecida*”, com “*autoestima*” e se sentindo apoiada.

Tem profissionais muito dedicados, realmente, sabe? E que assim, aumenta autoestima da pessoa, entendeu? Então assim, não tem preço, entendeu? (V1)

O atendimento do hospital foi bem primordial... foi bem rápido, tudo MUITO rápido. Eu não demorei lá fora [...]. A equipe médica que atendeu ele, excepcional... toda hora os médicos passavam, olhavam a saturação dele e falavam "olha mãezinha, a saturação dele não está boa, então... é necessário a gente estar aguardando.../ [...] mediante a equipe que estava cuidando dele, eu estava BEM confiante. (M2)

Eles [profissionais de saúde] me ajudaram em tudo, conversavam com a gente, cuidavam muito bem dela, dava uma atenção especial, brincava com ela, conversava com ela... [...] conforta a gente também. (M14)

[...] Eu ficava lá 24h e elas [médicas] vinham, me tiravam lá de dentro/ que a gente ficou em isolamento, né? Elas pediam que eu saísse, conversavam comigo, tentavam o TEMPO TODO me deixar mais tranquila em relação a situação que a C7 estava passando. (M7)

Eu tive todo o apoio no hospital, graças a Deus. Tanto dos profissionais, do hospital, da família... é difícil quando a pessoa não tem apoio né? Assim, ou não tem o apoio que ESPERA ter. Graças a Deus eu tive todo o apoio que eu precisei. (M9)

Além das conversas recorrentes com profissionais de saúde, M7 frisa a conversa que teve com a médica responsável pelo cuidado de sua filha, sobre a mudança de atitude de C7 durante a hospitalização. Para M7 a hospitalização se tornava ainda mais difícil pois “*tinha que lidar com o sentimento de ela estar em cima de uma cama e com o sentimento dela estar de grosseria comigo, que era a pessoa que estava ali cuidando dela*”.

Eu conversei com a médica e ela falou que isso era normal, que a criança ela querendo ou não ela fica DEPRIMIDA, né? (M7)

Apesar de terem sido percebidas conversas que desencadeavam conforto e sentimentos positivos, algumas mães questionaram as condutas médicas impostas para os seus filhos e descreveram tal momento como *“muito difícil”*. Destaca-se a situação vivida por M10, em que no início do tratamento, o médico que os atendeu *“tacou o que? Um antibiótico nele porque diz que era garganta. E eu falei pro médico no dia ‘não é garganta, eu tenho certeza’ e ele falou comigo que não ‘que sabia que eu queria, dar um diagnóstico sendo que eu não era médica”*. Além de M10, M6 conta que *“brigou pra levar ele [C6] pra uma ala onde não tinha pessoas infectadas”*, uma vez que seu filho já era diagnosticado com bronquite asmática e temia que a criança, suspeita de COVID-19, se infectasse, de fato, com o vírus SARS-CoV-2 no momento da hospitalização.

Juntou eu e o pai dele e a gente BRIGOU ‘não, se for pra levar ele pra uma ala onde tenha pessoas infectadas, eu levo ele pra minha casa. eu assumo o risco, eu assumo a responsabilidade, mas ele não vai’. [...] Eu questionei no dia em que a gente foi internado ‘qual que seria a chance de ele sobreviver se ele pegasse o COVID’ porque ele já estava com a respiração fraca. E eles falaram comigo ‘a, mas é norma’ e eu falei ‘eu compreendo que é uma norma, mas se ele não tem uma comprovação de que ele está com COVID, como que vocês vão colocar ele no meio de pessoas que estão infectadas? Qual é a chance de ele sobreviver se ele pegar uma doença que JÁ ATACA AINDA MAIS O PULMÃO?’ (M6)

M11 descreve uma conversa que a deixou *“sem chão”*, ao procurar apoio em um profissional de saúde no momento da alta:

Eu pensei um monte de coisa e quando eles me falaram assim ‘você vai embora pra casa’ e eu falei ‘como assim eu vou embora pra casa? E se a menina piora lá, agora vocês vão me dar alta...’. E ela falou assim ‘não, é porque ela já está respirando melhor, você vai embora pra casa, vai ficar em isolamento...’ mas aí eu falei ‘gente, e agora? Como que eu vou fazer?’ [...] eu fiquei meio sem chão na hora. (M11)

Além dos profissionais, as cuidadoras primárias também citaram como estratégias de Coping a partilha do cuidado de seu filho hospitalizado (V1) e de outros filhos (M13), além das preocupações e experiências com a família expandida (que não faz parte do núcleo familiar) (M2, M4, M7, M9, M13), amigos (M13) e grupos de WhatsApp (M2, M7).

[...] a mãe dele podia estar me cobrindo lá e realmente eu não queria que ela ficasse, eu queria ficar todos os dias, mas como eu estava trabalhando, aí eu precisei dela estar ajudando. (V1)

Meu marido e minha mãe [ficaram com I13]. Aí em um momento também, minha sogra veio para cá pra ficar com ela. Aí ficou, ela ficou com a vó e com o pai. (M13)

Fora os profissionais [que ajudou e deu força para enfrentar a internação], só família mesmo, né? Esses dois foram essenciais nesse momento [hospitalização de C2] pra gente... a gente tem um grupo da família, todo mundo em oração, né? Todo mundo... porque realmente, o C2 nunca tinha passado por isso, dessa forma... então assim, família é o primordial, o essencial." (M2)

Todo mundo [família e amigos] teve muito medo. [...] todo mundo mandando muita mensagem ao mesmo tempo querendo saber notícia, que eu também não tinha, né? [...] assim, eu... fiquei/ me senti sozinha por estar lá sozinha, mas eu recebi muito apoio e muita mensagem de oração, de carinho, de suporte em relação ao C13 e a nossa família como um todo, porque todo mundo sabe que a criança está lá, mas a família inteira fica [internada], né? (M13)

A minha família, a minha mãe, o dia inteiro ligava, se preocupava, ligava pra ela... sabe? Colocava para conversar com ela... mesmo ela não conseguindo muito conversar por causa da respiração, ela estava ouvindo. Eu acho que a família tira a gente de qualquer buraco. (M4)

Além de eu ter uma [filha] internada, eu tinha um BEBÊ do lado de fora, né? Se eu não tivesse a minha tia, o meu marido, as minhas primas que ficaram com ela pra mim o tempo todo, eu acho que eu não teria PAZ pra cuidar da C7 dentro do hospital. O P7 me ligava todas as noites, conversava comigo, a minha tia que ficava cuidando da minha outra filha, também me ligava todos os dias [...] pra eu também não PIRAR (M7)

Nas falas anteriores ressalta-se V1, que foi quem tentou compartilhar o cuidado da criança hospitalizada e conta que *“foi difícil”* por ter iniciado novos estressores familiares uma vez que *“teve um dia que ela abandonou a criança. [...] A assistente social falou assim ‘eu vou ligar para o conselho vir buscar, se ela não chegar aqui, eu vou ter que ligar para o conselho tutelar vir buscar a criança’”*.

M7 compartilhou com, com seus familiares, a notícia de que C7 estava hospitalizado por COVID-19, tal estratégia foi percebida como “*BEM difícil*” e “*complicado*”, uma vez que:

A maioria [dos familiares] não queria acreditar não. porque falava que não dava em criança, que os médicos estavam mentindo porque tudo agora era COVID. Foi assim, ATÉ eu começar a me pronunciar, bater de frente com as pessoas que falavam que ela não estava com COVID. (M7)

Ao ser questionada sobre as coisas que foram uteis para a família enfrentar a hospitalização de sua criança, M3 e M9 citaram o plano e o convênio de saúde. Segundo essas mães, o uso desse recurso foi uma estratégia responsável pelo atendimento rápido (M3), de qualidade (M3, M9) e em um hospital referência (M9).

Um excelente convênio, né? Eu não dependi do SUS, foi tudo muito rápido, o médico foi muito preciso quando eu liguei.../ cheguei no hospital foi muito rápido, então assim, eu acho que o meu trabalho me proporcionou esse convênio bom, né? (M3)

Graças a Deus ele tem plano de saúde, ele foi pro hospital pelo plano de saúde dele, né? Que é muito bem atendido, muito bem assistido, muito bem cuidado e é uma coisa que faz muita diferença, a gente... está vendo que está sendo feito tudo que tem para fazer. Então assim, tudo isso é super útil, né? Pra gente ficar firme na rocha, né? (M9)

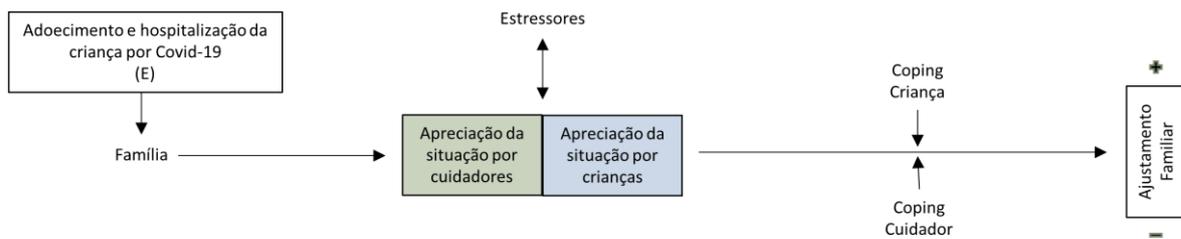
Destaca-se que duas mães (M4 e M6) buscaram ajuda da polícia para apoiá-las em conflitos com os profissionais de saúde no momento da hospitalização. Segundo M4, ligar para a polícia foi uma alternativa para tentar tirar sua filha do hospital devido à falta de informação sobre a situação de saúde de sua filha, percebida ao se deparar com uma criança com COVID-19 no mesmo quarto que sua criança.

[...] Liguei para polícia, aí eles foram até lá. Eu expliquei a situação para eles, aí que a médica desceu para conversar comigo sobre a situação da C4: que o caso dela estava partindo para o grave e que não sabia se ela ia aguentar ser transferida do hospital. Aí até os policiais falaram "mas a mãe dela e vocês não falaram nada. Foi uma péssima experiência eles não terem me explicado [que C4 estava com suspeita de COVID] e quando eu cheguei no quarto, uma criança com COVID... (M4)

Para M6, chamar a polícia foi uma estratégia utilizada para impedir que seu filho, que busca atendimento profissional recorrente por crises de asma, tenha o direito a acompanhante e não fique hospitalizado junto às crianças com COVID-19 confirmado. Destaca-se que ao acionar a polícia, sentiu “*um apoio, eu senti um carinho de uma pessoa [policia] que estava ali pra ajudar, pra defender, por mais que fosse uma situação complicada, eu senti uma força*”.

As informações produzidas a partir do discurso dos participantes e que foram utilizadas para conformar esta categoria, estão sintetizadas de forma esquemática na figura 4.

Figura 4 – Aspectos que conformam as estratégias de Coping internas e externas das crianças e das cuidadoras primárias durante a hospitalização das crianças por COVID-19



Coping Interno
Crer e pedir a Deus pela recuperação da criança
Acreditar que nada acontece por acaso
Amar e querer bem seu filho
Passar o tempo com a criança
Conversar com os profissionais de saúde
Conversar com a família por ligações de áudio e vídeo
Conversar com a criança
Discutir com a família
Reavaliar a situação de saúde da criança com o passar do tempo
Manter uma perspectiva otimista
Manter uma perspectiva negativa
Coping externo
Conversar com os profissionais da saúde
Defender os direitos da criança
Chamar a polícia
Compartilhar o cuidado da criança hospitalizada
Compartilhar experiências
Uso do convênio de saúde

Coping Interno
Usar dispositivos eletrônicos
Assistir televisão
Brincar
Uso dos cuidados de higiene, alimentação e hidratação para distrair-se
Ter a companhia de sua cuidadora
Receber palavras de conforto e apoio de suas cuidadoras
Aceitar apoio do acompanhante
Falar ao telefone com seus familiares
Aderir ao tratamento proposto
Resignar-se
Sentir-se forte e manter uma perspectiva otimista
Coping externo
Conversar com profissionais e receber seu apoio
Solicitar ao hospital tipos de comida que gosta
Receber alimentos levados por familiares

Fonte: elaborado pela autora (2022).

7.5 Interface entre apreciação da situação de hospitalização de crianças e suas cuidadoras e as estratégias de Coping

Esta categoria propõe identificar os aspectos individuais e familiares sobre a apreciação de hospitalização, que interferiram na utilização de estratégias de Coping das crianças e das cuidadoras primárias.

As apreciações das cuidadoras primárias estiveram relacionadas a três questões principais: i) adesão ou não dos profissionais às medidas de prevenção ao Coronavírus e à higiene do ambiente, ii) modo como os profissionais se comportavam frente à família e às suas demandas e iii) avaliação da situação de saúde de suas crianças. Destaca-se que os sentimentos descritos pelas cuidadoras estão relacionados a tais apreciações e podem influenciá-las.

As cuidadoras que tiveram apreciações mais positivas sobre os profissionais e sobre o ambiente referiram sentimentos negativos menos frequentes/ intensos e relataram buscarem mais estratégias de Coping que incluíam os profissionais de saúde do hospital. O cuidado prestado por esses profissionais a partir das conversas, do acolhimento, do tratamento da saúde e do reconhecimento do contexto de pandemia vivido durante a hospitalização da criança, permitiram que essas mães se sentissem apoiadas, seguras quanto ao cuidado prestado aos seus filhos e conseguiram modular suas emoções e manter perspectivas otimistas quanto ao quadro de saúde de seus filhos.

Em contrapartida, as cuidadoras que tiveram apreciações predominantemente negativas tenderam a buscar menos apoio nos profissionais de saúde. Essas cuidadoras primárias, relataram terem se apoiado na família e amigos (4), na copeira do hospital (1) e em serviços policiais chamados para manejar as situações estressoras vividas com os profissionais de saúde (2). Quando não encontrado apoio de profissionais e pessoas próximas, essas cuidadoras buscaram apoio apenas em Deus (1) e na recuperação de seu filho (2). Destaca-se M5 que apesar de ter percebido o “*carinho*” dos profissionais, não foi suficiente para diminuir sua preocupação quanto ao estado de saúde de seu filho. Reconhece neste estudo a importância que os profissionais de saúde desempenharam sobre as apreciações das famílias de crianças hospitalizadas e sobre as estratégias de enfrentamento elencadas por elas. Assim, pode-se dizer que o cuidado prestado pelos profissionais de saúde, foi um fator que esteve ligado a forma como a família se ajustou (positiva ou negativamente) ao momento da hospitalização.

Em meio a busca por apoio durante a hospitalização, as cuidadoras referiram sentimento de solidão devido ao isolamento hospitalar. Por esse motivo percebem esse momento como “*chato*”, “*triste*”, com necessidade de “*um pouco de companhia*” e com grande preocupação se “*dariam conta sozinha*” dos cuidados necessários à criança. Para algumas cuidadoras primárias, a impossibilidade de troca de acompanhante foi prejudicial nesse momento, uma vez que as impossibilitava de trabalhar, de receber roupas limpas de casa, rever seus familiares e fazer outras atividades. Percebe também os membros dos núcleos familiares, como pais e avós das crianças, que diante da impossibilidade de visita se sentiam perdidos e aguardando notícias na porta do hospital.

A fim de diminuir a solidão, algumas estratégias de Coping foram elencadas pelas cuidadoras primárias, entre elas, as conversas por áudio, vídeo e redes sociais, WhatsApp, conversas com as crianças e profissionais do hospital, além do compartilhamento do cuidado da criança hospitalizada (quando permitido). Destaca M12 que apesar da possibilidade de troca de acompanhante durante a hospitalização de C12 e de apreciar como algo negativo a solidão durante o isolamento hospitalar, teve como estratégia de enfrentamento discutir com sua mãe para ficar a todo momento com seu filho hospitalizado.

A percepção sobre a gravidade da saúde das crianças também interferiu nas apreciações e nas estratégias de Coping elencadas pelas cuidadoras primárias. Nos momentos em que percebiam a situação de saúde e o vírus SARS-CoV-2 como algo grave, as cuidadoras primárias buscaram estratégias de enfrentamento não intervencionistas, ligadas à espiritualidade e a religiosidade. Tal estratégia esteve tão fortemente presente nas entrevistas que 13 das 15 cuidadoras a relatou. Independente da religião referida, Deus significou força, um ser divino capaz de ouvir, atender pedidos de cura, guiar os profissionais para atender as necessidades de saúde da criança e que proporciona sentido aos acontecimentos difíceis da vida, uma vez que “*nada acontece por acaso*”. Das cuidadoras que não referiram a religiosidade e a espiritualidade como estratégias de enfrentamento, uma referiu o amor a seu filho e a outra a esperança como estratégias de enfrentamento que as permitiram manter uma perspectiva otimista sobre a situação de saúde da criança.

Apenas uma das mães que não referiu a espiritualidade e a religiosidade disse não ter religião.

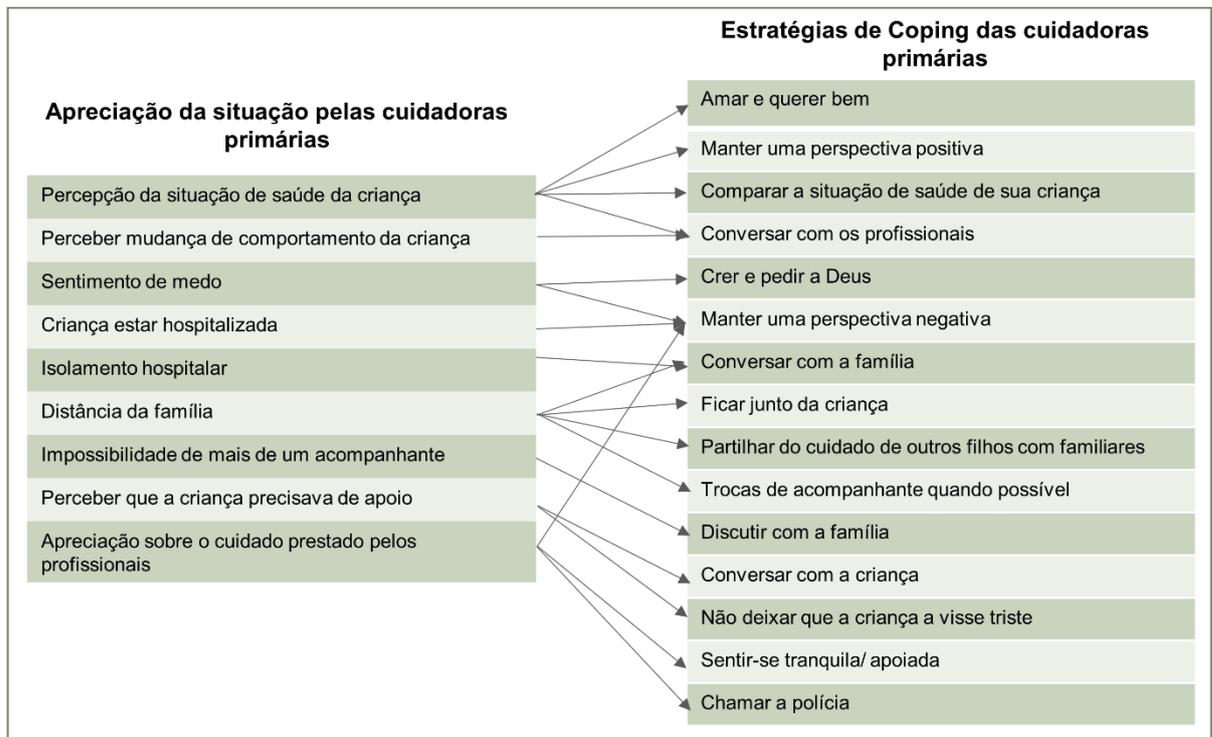
Além disso, reavaliar a situação de saúde da criança e perceber melhora, foi uma apreciação importante para que as cuidadoras primárias conseguissem reelaborar suas estratégias de Coping e sentirem-se fortes para enfrentar a hospitalização e manter perspectivas mais positivas. Em contrapartida, M8 não teve a oportunidade de perceber melhora na saúde global de seu filho e suas estratégias de enfrentamento foram diferentes “*não dormia enquanto C8 não tomava a última medicação*”, levar comida “*um suco, um biscoito... as coisas que ele gostava de comer*” e comparar o carinho e o cuidado que tinha com seu filho, que veio a falecer, com o de outras mães.

Eu tinha tanto carinho com o meu filho e tinha uma lá que não estava nem aí pro filho dela, né? Não é que eu quero que o filho dela morre, porque o menino está lá sendo maltratado, sendo coisa, mas o menino está lá sofrendo... (M8)

As estratégias de Coping evidenciadas por M8 demonstram um cuidado com os recursos que, para além da cura, poderiam trazer conforto à C8 no momento da hospitalização, ao mesmo tempo em que buscou compreender os motivos pelos quais apenas ela e seu filho estavam passando por uma doença grave que o levou a óbito.

Observa-se que nem todas as apreciações relatadas pelas cuidadoras primárias foram motivos de estratégias de Coping. Exemplo disso foi a percepção sobre a higiene do ambiente, que apesar de algumas cuidadoras entenderem a importância da limpeza e organização do ambiente, elas não citam estratégias de Coping voltadas para tal apreciação, mesmo quando percebiam como ruim a limpeza do ambiente. Nesse sentido, a figura 5 demonstra as apreciações que se relacionaram com as estratégias de Coping referidas pelas cuidadoras primárias.

Figura 5 - Relação entre as apreciações e as estratégias de Coping das cuidadoras primárias



Fonte: elaborado pela autora (2022).

Analisando a figura 3 é possível perceber a diferença que houve nesse estudo sobre os motivos das cuidadoras primárias e das crianças que as fizeram perceber tal momento como positivo e/ou negativo. Observa-se que mesmo a família 2, em que a díade apreciou este momento como positivo, seus motivos foram distintos, com exceção do sentimento de preocupação inicial. Para as cuidadoras, os motivos que moldaram suas apreciações estiveram mais relacionados ao ambiente, ao cuidado oferecido e a sua avaliação sobre a condição de saúde de sua criança. Para as crianças os motivos estiveram mais relacionados a oportunidade de recreação e de privação ou não de suas atividades cotidianas.

Para C2, por exemplo, os motivos de sua apreciação predominantemente positiva foi o sentimento de felicidade presente durante a hospitalização, a possibilidade de brincar, jogar, comer, beber, ficar deitado e estar com sua mãe. Em contrapartida, sentimentos predominantemente negativos, a impossibilidade de brincar e não gostar da comida oferecida no hospital foram motivos que fizeram as crianças perceberem tal momento como negativo.

Observou-se que o brincar foi uma estratégia utilizada para diminuir sentimentos de medo, tristeza, chateação e atenuar a monotonia do isolamento hospitalar. Assim como brincar, assistir televisão e realizar os cuidados com seu corpo e de higiene - como tomar banho, beber água e escovar os dentes – e ficar próximo de suas cuidadoras primárias foram estratégias de Coping que diminuíram os sentimentos negativos presentes durante a hospitalização. C6, por exemplo, conta que ficar “*junto da minha mãe, pertinho da minha mãe*” o fazia ficar feliz. Em outros momentos, as crianças relatam a importância de aceitar o apoio de suas cuidadoras em momentos em que sua condição de saúde estava debilitada, ou para suscitar sentimentos de esperança a partir de falas positivas.

Sobre o sentimento de saudade, especificamente, as crianças contam que usavam o celular, realizavam ligações para seus familiares e por vezes resignavam-se sobre o que estavam sentindo como formas de estratégias de para lidar com tal sentimento.

Comer, foi uma estratégia usada como forma de aderir ao tratamento proposto ou para distrair-se. As crianças que relataram estranhamento com a comida do hospital, pediram pratos de que gostavam e aceitaram comidas enviadas por outros familiares. A forma com que as crianças abordaram a necessidade do comer mostra a importância que essa ação tem como uma estratégia de Coping capaz de gerar prazer, bem-estar e que pode funcionar como um tratamento capaz de dar energia para o combate à doença. Observa-se ainda na fala de C7 que o não comer também foi uma estratégia de Coping utilizada por ela, à medida que estava relacionado aos sintomas e tratamentos.

Apesar de os profissionais de saúde não terem tido influência direta na qualidade das apreciações das crianças, como aconteceu com as cuidadoras, observa-se que os procedimentos dolorosos realizados por eles tiveram influência nessas apreciações. A dor referida devido as agulhas e a realização desses procedimentos em horários de sono dessas crianças suscitaram sentimentos de medo e de indignação dessas crianças.

Em contrapartida os profissionais também tinham sua importância ao suscitar sentimentos mais positivos e nas estratégias de Coping elencadas por elas.

Conversar com esses profissionais fizeram com que as crianças se sentissem feliz, fortes e confortáveis. Tal força e conforto proporcionado por esses profissionais foram citadas pelas crianças também como recursos que as possibilitaram manter perspectivas mais positivas como estratégias de Coping.

Para melhor compreender a relação entre as apreciações das crianças e suas estratégias de Coping, foi elaborada a figura 6.

Figura 6 - Relação entre as apreciações e as estratégias de Coping das crianças



Fonte: elaborado pela autora (2022).

8. DISCUSSÃO

Para analisar as estratégias de Coping das crianças e das cuidadoras primárias no ajustamento familiar à situação de hospitalização por COVID-19, utilizou-se o modelo de resiliência, estresse, ajustamento e adaptação familiar de McCUBBIN; McCUBBIN (1993). Sob o prisma desse referencial foi possível identificar e compreender as estratégias de Coping utilizadas pelas crianças e pelas cuidadoras primárias na situação de hospitalização por COVID-19, a partir de suas vivências e apreciações dos participantes.

Sob a perspectiva do modelo de resiliência familiar, eventos inesperados ou não planejados são geralmente vistos como estressantes e têm o potencial de serem perturbadores para as famílias (McCubbin; McCubbin, 1993). Considera-se ainda que: i) os membros da família podem avaliar a situação de forma diferente - dependendo da sua idade, sexo, papel na família, e experiência; ii) os eventos têm potencial de se tornarem ainda mais estressantes à medida que a família tem dificuldade de o decifrar e/ou são aparentemente ambíguos (McCubbin; McCubbin, 1993). Utilizar desta perspectiva para a investigação deste fenômeno, trouxe possibilidades para uma compreensão que considerou as perspectivas dos indivíduos (crianças e cuidadoras) e família, a partir dos seus contextos de vida. A explicitação desta diversidade a partir das informações produzidas permitiu apreender como a situação de hospitalização da criança por uma condição de saúde menos conhecida foi reconhecida como necessária, ao mesmo tempo que os colocavam em situação de vulnerabilidade, ao sentirem a vida de suas crianças ameaçadas.

Uma pesquisa que buscou estudar as reações emocionais das cuidadoras e das crianças e adolescentes ao diagnóstico de COVID-19, evidenciou que as cuidadoras perceberam esse momento como uma ameaça, que foi traduzida em níveis de ansiedade, depressão e sofrimento (ALMEIDA et al., 2020). Esses sinais estiveram presentes ao longo da primeira semana após o diagnóstico da criança mesmo com acompanhamento médico e psicológico (ALMEIDA et al., 2020). Apesar dessas reações terem sido diminuídas na população pediátrica, foi percebido que o aumento das reações de ansiedade, sofrimento e depressão dos pais aumentava a reação de seus filhos e vice-versa (ALMEIDA et al., 2020).

Salienta-se que a COVID-19 é uma doença relativamente nova, no entanto o volume de informações circulantes é alto. Essas informações, predominantemente negativas, de ameaça à vida, tornam a doença estigmatizada, com potencial de aumentar o estresse (JENKINS et al., 2021; ZHENG et al., 2021), a depressão e a ansiedade (STEPHENSON et al., 2022) ao diagnóstico nas famílias das crianças infectadas pela doença. Especialmente aquelas que precisam de hospitalização (ALMEIDA et al., 2020). Essas questões têm potencial para modificar a apreciação e as estratégias de Coping das crianças e das cuidadoras primárias durante a hospitalização por COVID-19.

Para as crianças, além de lidar com o diagnóstico de COVID-19, a sua hospitalização pode significar privação de sua rotina (COSTA; MORAIS, 2017; ALVAREZ; PIKE; GODWIN, 2020) e vivência de procedimentos que desencadeiam dor e sentimentos negativos como medo, tristeza, ansiedade e raiva (COSTA; MORAIS, 2017). Todos eles com potencial para gerar traumas e influenciar negativamente na sua qualidade de vida (COSTA; MORAIS, 2017).

Estudos de hospitais pediátricos revelam que a dor em pacientes pediátricos é pouco reconhecida e subtratada (FRIEDRICHSDORF et al, 2015; SHOMAKER et al, 2015). Destaca-se que, a dor pode ser vista como um sofrimento que engloba as partes físicas, psicológicas, sociais espirituais e práticas da criança (RICHMOND, 2005). Nesse sentido, a fim de diminuir a sensação de dor, ocorrência de traumas e aumentar a qualidade da hospitalização das crianças, na faixa etária desse estudo, algumas modalidades integrativas podem ser realizadas pelos profissionais como a distração, respiração profunda, relaxamentos, acupuntura, terapia cognitivo-comportamental, e analgesia (FRIEDRICHSDORF; GOUBERT, 2019). Essas estratégias também podem auxiliar as crianças a recorrerem a estratégias de Coping mais positivas durante a hospitalização e em outros momentos que se depararem com procedimentos dolorosos ou incômodos.

Além da dor sentida, um estudo com crianças hospitalizadas evidenciou que elas também relatavam, nesse momento, diversos sentimentos negativos como medo, tristeza, ansiedade e raiva (COSTA; MORAIS, 2017). Concomitante, no presente estudo, além dos sentimentos descritos acima, as crianças referiram preocupação e pensamentos de morte.

Destaca-se, a forma com que as crianças são capazes de referir a possibilidade de suas mortes ao serem infectadas por SARS-CoV-2. Destaca-se que alguns fatores têm potencial de afetar e contribuir para a compreensão do conceito de morte durante a infância: o desenvolvimento cognitivo da criança; sua personalidade e características individuais; suas experiências pessoais em relação a mortes, separações ou doenças; e a comunicação, o apoio, as informações recebidas sobre o fenômeno da morte de sua família e ambiente social em geral (KREPIA et al., 2017), a cultura e a religião (SERRALHA et al., 2021).

Sobre o desenvolvimento cognitivo das crianças desse estudo, é possível que elas estejam em dois estágios diferentes: o pré-operacional e operatório concreto. As crianças de cinco a sete anos, têm maior probabilidade de estarem no pré-operacional, em que há um predomínio do egocentrismo e, por isso, são capazes de interpretar os eventos de acordo com suas próprias relações (SERRALHA et al., 2021). As crianças nessa fase podem não compreender todos os sentidos da morte, como a não possibilidade de voltar ao estado anterior de vida, ou a universalidade do conceito, que significa que tudo o que é vivo morre, até a própria criança (SERRALHA et al., 2021). As crianças de sete aos 11 anos, têm maior potencial de estarem no chamado período operatório concreto, em que o pensamento se torna cada vez mais lógico, coerente e já há uma capacidade crescente de interiorização, coordenação e descentralização (PIAGET, 2015; KREPIA et al., 2017). Nesse sentido, a partir desse período, a criança tem maior potencial de apreender todos os conceitos que se ligam ao significado de morte, como a irreversibilidade, a não funcionalidade do corpo após a morte e universalidade (KREPIA et al., 2017).

As crianças que identificaram a possibilidade da morte neste estudo, tinham seis, oito e 11 anos. Assim, não se pode dizer, com certeza, sobre a capacidade de compreensão que todas elas têm sobre a morte. No entanto, a única criança que usou palavras que amenizassem a possibilidade de morte pela COVID-19 foi C14, de seis anos, que ficou com *“medo de nunca mais voltar para casa”*. Tal expressão pode ter um significado de lacuna existente em sua compreensão sobre a vida e a possibilidade da morte. C3, a criança mais velha desse estudo, também foi uma das que referiram a morte. Destaca sua compreensão do conceito de universalidade em

sua fala, quando a criança percebe que os relatos das pessoas de morte, têm potencial para que também aconteça com ela.

A facilidade ao acesso pelas crianças às imagens de caos e morte devido a infecção por SARS-CoV-2 é um dos fatores que tem potencial de ter interferido em sua compreensão sobre a doença e a morte, no medo relatado e outros sentimentos negativos, na qualidade das apreciações sobre sua hospitalização e nas estratégias de Coping elencadas por elas.

Durante o momento de hospitalização de todas as crianças do estudo, a vacinação para a população pediátrica ainda não existia. Além disso, 14 entrevistas foram realizadas (entre outubro de 2021 e dezembro de 2021), antes do início da vacinação de crianças e os esforços neste momento estavam sendo para aprovação da vacina pela ANVISA nesta população, e posteriormente para iniciar a aplicação nas crianças (BUTANTAN, 2021), que ocorreu apenas em 17 de janeiro de 2022 (SENADO NOTÍCIAS, 2022). Destaca a família 15 que foi entrevistada, aproximadamente, quinze dias após a data de início da vacinação infantil.

As emoções das cuidadoras primárias também foram afetadas pelo contexto de pandemia vivido durante a hospitalização de suas crianças. Ao analisar suas falas, o medo da morte e os sentimentos ruins foram mais frequentes e de maior intensidade ao comparar com as crianças entrevistadas. As frases *“meu mundo realmente caiu”*, *“meu mundo estava desabando. Desabou”*; *“pânico”* e *“pavor”*, por exemplo, demonstram a dificuldade das cuidadoras primárias em modular seus sentimentos e lidar com a situação inicial de ter uma criança hospitalizada por COVID-19. Concomitante, as mães ainda relatam que, no ímpeto de proteger seus filhos, se questionam se a hospitalização é o melhor lugar para sua criança ficar naquele momento. Nesse sentido, observa-se que uma das estratégias de Coping utilizadas pelas cuidadoras primárias nesse momento foi o seu próprio questionamento sobre a necessidade de hospitalização.

Resultados semelhantes apareceram em um estudo realizado com famílias de crianças que precisaram ser hospitalizadas por diversos motivos, em que ao reconhecer a notícia da necessidade de hospitalização de seus filhos, sentiram medo do diagnóstico, desespero, preocupação, tristeza, ansiedade, desconforto e se

sentiam impotentes com a permanência da criança no hospital (COSTA et al, 2019). Outro estudo, com pais de crianças hospitalizadas pela COVID-19, relatou ainda frases mais intensas como “a vida virou de cabeça para baixo, fiquei terrivelmente assustada”, “como se um algo terrível pudesse acontecer” e sensações de desmaio foram relatadas pelas cuidadoras (SHTEINBUK, 2022).

Uma série sobre os impactos sociais da COVID-19 no Brasil consegue dar pistas sobre motivos de sentimentos tão ruins e intensos no momento em que as notícias sobre a pandemia de COVID-19, em um mundo hiperconectado, acompanhou em intensidade e magnitude sua propagação, chegando a ser chamado pela OMS como uma infodemia (MATTA et al., 2021). A COVID-19, nesse sentido, significou velocidade de contágio, letalidade do vírus, impacto nas economias mundiais, isolamento, solidão, cidades desertas e equipamentos de proteção (MATTA et al., 2021). Tais informações e imagens são capazes de estruturar emoções e sentidos que podem ter efeitos variados na vida dos indivíduos e suas famílias (MATTA et al., 2021), especialmente quando se veem com uma criança hospitalizada pela doença que é motivo de tal urgência sanitária. Apesar do contexto, deve-se levar em consideração que o entendimento e os sentimentos produzidos não são imutáveis e homogêneos entre todos os indivíduos.

Nesse sentido, percebe-se que no presente estudo, apesar das sensações negativas intensas, algumas cuidadoras primárias foram capazes de reavaliar a situação e conseguir obter uma perspectiva otimista e se sentirem fortes para continuar a enfrentar a hospitalização de sua criança. No artigo produzido por Shteinbuk (2022), as famílias referiram ainda sentimentos de aceitação após o entendimento da necessidade da hospitalização em benefício da recuperação da criança e da sua proteção contra a infecção (SHTEINBUK, 2022).

Nesse estudo como motivos para apreciações predominantemente positivas, as cuidadoras primárias citaram principalmente o preparo adequado da instituição em momento de pandemia por COVID-19 com a limpeza do ambiente e rigoroso uso dos EPI's; e o atendimento de qualidade prestado pelos profissionais que além capacitados, eram carinhosos, atenciosos com seus filhos e oravam com eles. Em contrapartida, a falta de limpeza, da presença e de informação passadas pelos profissionais foram vistos como fatores que desencadearam apreciações

predominantemente negativas. Portanto, a qualidade da satisfação das cuidadoras diz respeito a aspectos modificáveis pela equipe de saúde e com potencial para interferir também as experiências das crianças e suas cuidadoras. Nesse sentido, verifica-se as práticas de cuidado realizadas pelos profissionais como capazes de interferir diretamente nas apreciações das cuidadoras, uma vez que têm influência na velocidade e na qualidade do atendimento, são responsáveis pela informação dada sobre a doença e sobre a situação de saúde da criança, além de serem pessoas importantes para apoiar as famílias nessas situações, principalmente em momentos em que o isolamento da criança é requerido, e diminuir suas vulnerabilidades.

Um estudo sobre a satisfação, com o atendimento de enfermagem, dos pais de crianças hospitalizadas por COVID-19, evidenciou que apesar de os pais estarem satisfeitos com os cuidados prestados pelos enfermeiros e percebê-los profissionais importantes para sentirem que seu filho e sua família estavam sendo bem cuidados, relatam que esses profissionais não os têm incluído nos cuidados prestados aos seus filhos (BAYDIN et al., 2022). Outro estudo, explicitou ainda que esses profissionais não conversavam sobre a situação de saúde de suas crianças em um nível considerado por eles, adequado (GARLI; CINAR, 2020). Nesse sentido, a ausência do diálogo, a imposição do poder do profissional de saúde, tem afastado as famílias das decisões do cuidado e das decisões a serem tomadas sobre suas crianças.

A política nacional de humanização estimula a participação das pessoas em seus processos de cuidado, ou seja, estimula não só a participação da criança sobre suas questões de saúde, mas também o cuidado centrado na família. Ou seja, o cuidado que durante a hospitalização da criança é centrado nos aspectos e contexto que toda família se encontra e não apenas em sua doença. foi um fator que fez com que aumentasse a satisfação dos pais e diminuísse sua carga de responsabilidade sobre os cuidados de seus filhos (BAYDIN et al., 2022). Esses achados mostram os enfermeiros como profissionais da saúde capazes de orientar e apoiar a criança e a família em estratégias de Coping positivas para um bom ajustamento durante este momento.

Apesar da importância da enfermagem para o cuidado da criança e da família durante a hospitalização, especialmente em momentos quando há necessidade de isolamento da criança, no presente estudo, a enfermagem não foi citada em 11 das 15 entrevistas realizadas com as cuidadoras primárias. Três das entrevistadas que citaram a enfermagem, fizeram elogios como pessoas excelentes, carinhosas, atenciosas e corajosas. Uma das entrevistadas reclamou de não ter tido o suporte do profissional quando ela precisava. A falta desses profissionais pode ser vista como motivo para apreciações mais negativas das cuidadoras primárias deste estudo.

Além disso, a falta de outros profissionais também foi sentida pelas participantes desta pesquisa e elencada como motivo negativo da hospitalização de sua criança, como, a falta de informação prestada pelos profissionais, e de medidas preventivas contra o Coronavírus ou protocolos rigorosos que ignoravam especificidades das suas crianças.

Importante destacar o contexto vivido pelos enfermeiros durante a pandemia de COVID-19: uma revisão de literatura evidenciou que esses profissionais estavam vivenciando sobrecarga de trabalho, escassez ou ausência de equipamento de proteção individual, medo de se infectar, infectar outras pessoas e estar na linha de frente junto a pacientes com diagnóstico ou suspeita de COVID-19 (MIRANDA et al., 2021). Todas essas questões que permeavam esse ambiente de trabalho estiveram relacionadas a sinais e sintomas de sofrimento psíquico, como ansiedade, depressão, insônia, estresse, estresse pós-traumático e medo (LIU et al., 2020; MIRANDA et al., 2021). Todas as questões evidenciadas têm potencial de ter interferido na presença do enfermeiro e no cuidado prestado à criança e à família.

Concomitante aos estudos anteriores, sobre as cuidadoras que eram profissionais de enfermagem, é possível perceber o sofrimento psíquico gerado por terem cuidado de pessoas doentes pela COVID-19, uma vez que interferiram em suas apreciações e por isso tenderam a manter uma perspectiva predominantemente negativa sobre a situação de saúde das suas crianças.

Um estudo com famílias de crianças hospitalizadas por COVID-19, evidenciou que durante o tempo de hospitalização da criança, a forma com que as famílias

percebiam esses profissionais foram modificadas, uma vez que a solidão deu espaço para uma ligação emocional e o sentimento de falta de controle deu espaço para uma sensação de controle, mesmo percebendo que nem sempre esses profissionais são vistos no posto de enfermagem, uma vez que seu trabalho é “árduo” (SHTEINBUK, 2022). Relacionam à essa mudança o acolhimento dos profissionais, o reconhecimento do uso de EPI’S por eles, e do potencial de cuidar de seu filho, o tornando parte da equipe (SHTEINBUK, 2022).

O estudo de Shteinbuk (2022) nos mostra que ao perceber os profissionais de saúde como atores que estão para apoiar a família, cuidar e dar orientações claras e precisas, as estratégias de Coping dos cuidadores se modificam. Percebem seu potencial de cuidar e se responsabilizam junto da equipe por esses cuidados, permitem-se confiar nos profissionais e na melhora de seu filho, lidam melhor com o fato de estarem isolados, por não se sentirem “sozinhos” e mantém uma perspectiva positiva. Nesse sentido, ressalta-se que a comunicação é um aspecto capaz de definir as estratégias de Coping da família e também as relações de seus membros. Uma comunicação efetiva contribui para que a família possa fazer mudanças em sua estrutura, rotinas e papéis (JORDAAN, 2011) e se ajustar mais positivamente a hospitalização de sua criança.

No presente estudo, algumas cuidadoras primárias que tiveram apreciações predominantemente negativa, relatou o apoio dos médicos e a qualidade do serviço prestado. No entanto, não foram suficientes para apoiar as famílias no sentido de confortá-las e orientá-las. Por isso, estratégias de Coping internas e externas à instituição foram utilizadas com uma maior frequência - como a busca pela espiritualidade e pela religiosidade.

A espiritualidade, se relaciona profundamente com o sentido da vida e da existência, promove o crescimento pessoal, facilita a reflexão sobre experiências de vida, e ajuda na adaptação a novas condições de vida. A religiosidade representa conexões com o Divino ou o Sagrado; são valores pessoais que as pessoas creem e valorizam mais em suas vidas; impulsionam sua fé (DUARTE et al., 2022). Em tempos de pandemia, a espiritualidade e a religiosidade representam uma estratégia de Coping que promovem a redução do estresse, da ansiedade, da depressão e aumenta a resiliência e a esperança nos indivíduos (DIEGO-CORDEIRO, 2022).

Um estudo com famílias de crianças hospitalizadas em UTI, evidenciou a espiritualidade como uma estratégia de Coping importante para as famílias, que envolve confiança nos sinais de esperança, melhora e cura de seus filhos (BAZZAN et al., 2019). Traz paz, tranquilidade e força para superar e se adaptar as necessidades da hospitalização (NABORS et al, 2018; BAZZAN et al., 2019).

Concomitante, no presente estudo a religiosidade e a espiritualidade estiveram presentes como estratégias de enfrentamento que permitiram que as cuidadoras primárias não perdessem a esperança na melhora de sua criança e a permitissem ter uma perspectiva otimista. Observa-se em suas falas grande menção a Deus como um ser Divino capaz de ouvir e atender seus pedidos de cura e prover força para cuidar da criança durante a hospitalização.

Destaca-se a enfermagem como profissional capazes de apoiar as famílias nesses momentos estressores, e que o apoio espiritual não depende de religião e sua oferta impacta positivamente no bem-estar e na expressão de sentimentos positivos pela criança e sua família (GÓES; CROSSETTI 2020). Além disso, o respeito à crença de pacientes e familiares, bem como o acolhimento devem fazer parte deste cuidado.

Além da espiritualidade e da religiosidade, o amor pelo filho foi uma estratégia de Coping presente nas falas das cuidadoras primárias, que era fonte de força e de vontade que sua criança melhorasse. Para Narayanasamy (2010), as cuidadoras primárias deste estudo que referiram o amor como estratégia de Coping, podem ser identificadas como pessoas que são fonte de amor incondicional e que têm a oportunidades para experimentá-lo como uma relação harmoniosa e duradoura, independentemente de falhas, ganhos ou ações da criança. Por isso, estar com suas crianças durante a hospitalização foi elencada como um fator positivo da hospitalização e como uma estratégia de enfrentamento que amenizava os sentimentos de preocupação e angústia sobre o estado de saúde da criança, uma vez que se constitui o fortalecimento do campo energético entre a díade criança-cuidadora primária.

Essas estratégias de enfrentamento elencadas pelas cuidadoras evidenciam a necessidade que elas têm de um cuidado interacionista, unitário, sustentado em

escutar, falar, tocar, olhar, silenciar, presenciar, sorrir e estar ao lado. A Teoria do Cuidado Unitário considera o cuidado como uma ação interacionista, com valor moral e ético, atribuído à Enfermagem a partir dos Caritas-Veritas, que são: o amor-a gentileza, a fé-esperança, o cultivo do ser, as conexões vibratórias entre os seres, atenção sem julgamento, ambiente saudável, presença genuína, corpo, espírito e alma como elementos que formam apenas uma dimensão unitária (WATSON, 2007).

É nesse sentido que a sistematização da assistência em enfermagem possui um papel fundamental para guiar e apoiar os profissionais de enfermagem no atendimento às necessidades psicossociais das famílias, uma vez que ela dá subsídios para que a equipe de enfermagem possa se preparar, reconhecer, e oferecer um cuidado integral (RODRIGUES et al, 2022).

Ao mesmo tempo, as crianças deste estudo também percebem que estar com suas cuidadoras primárias foi uma estratégia de enfrentamento importante para sentirem-se felizes, conseguirem lidar com os dispositivos e procedimentos invasivos, terem ajuda com suas limitações físicas impostas pela doença e apoio emocional. Concomitante, no estudo de Salgado (2018), a presença do acompanhante para a criança é benéfica por significarem referências de segurança, carinho, afeto e apoio para enfrentamento da hospitalização, favorecendo o reequilíbrio do processo saúde-doença. Para Barros (2021), a presença do acompanhante pode significar ainda ajuda no processo de familiarização e adaptação no ambiente hospitalar, local em que sua rotina é modificada, a criança se percebe obrigada a interagir com pessoas desconhecidas e precisam lidar com procedimentos desconfortáveis e dolorosos. Uma criança que se percebe entre pessoas desconhecidas pode sentir-se abandonada, aflita e ter suas relações futuras comprometidas (SALGADO, 2018; BARROS, 2021).

Mesmo com seus acompanhantes, dentro de tal processo de adaptação, a criança se torna vulnerável e tende a desencadear manifestações emocionais e podem ocorrer mudanças de comportamento (BARROS, 2021). A forma mais comum que as crianças manifestam medo, dor e outras sensações de desconforto é o choro. No entanto, outros comportamentos podem ser desencadeados, como agitação, nervosismo, dificuldades de dormir e até mesmo a quietude e a falta de reação (BARROS, 2021).

No presente estudo, tanto a cuidadora primária quanto a criança descrevem alterações em seu comportamento como estratégia de enfrentamento da criança. Para a mãe, a criança que passou a agredi-la com palavras e empurrões fez com que a hospitalização de sua filha se tornasse mais difícil. Para a criança, o nervosismo, o estresse e a indignação foram necessários para expressar sua insatisfação de não conseguir se comunicar com sua mãe - devido sua condição de saúde, e de ser submetida a procedimentos dolorosos em vários momentos de seu dia, inclusive enquanto estava dormindo.

O distanciamento da família e a realização de procedimentos médicos, principalmente em horários mais incômodos para a criança, evidenciam a mudança de ambiente, a perda de privacidade e das necessidades básicas (SALGADO, 2018; BARROS, 2021).

Neste estudo, o respeito às necessidades básicas das crianças esteve em suas falas como fatores capazes de modular as apreciações durante a hospitalização e as estratégias de Coping utilizadas por elas. C2, por exemplo fundamentou sua apreciação predominantemente positiva à medida em que tinha a possibilidade de se alimentar e repousar. Enquanto que outras crianças referiram apreciações predominantemente negativas por não comerem o que gostavam durante sua hospitalização e/ou terem seu sono afetado pelos horários das medicações. Além disso, tomar banho, beber água e ir ao banheiro foram estratégias de Coping que os ajudaram a distrair e a manejar as tensões associadas à hospitalização.

Outra estratégia referida que ajudavam as crianças em momentos de distração e eram vistas como momento de prazer foi a brincadeira. A brincadeira é uma forma de representação da vida e do mundo real para as crianças. Por isso, ajudam as crianças a se expressarem, transmitirem sentimentos, elaborarem informações e ajudá-las na resolução e no controle de problemas e experiências estressantes (BURNS-NADER; HERNANDEZ-REIF, 2016). Nesse sentido, a brincadeira representa uma oportunidade de integração de competências cognitivas, afetivas e interpessoais (BURNS-NADER; HERNANDEZ-REIF, 2016) que podem auxiliar a criança no ajustamento durante sua hospitalização. Em um estudo com crianças hospitalizadas por COVID-19, as brincadeiras também foram usadas pela

criança e pela família como uma estratégia de lazer para desviar a atenção da doença ou do tratamento (SILVA, 2021).

Um estudo com crianças hospitalizadas, evidenciou que ao brincar as crianças encontravam-se mais tranquilas, relaxadas e tinham momentos de felicidade em que riam e divertiam-se (DEPIANTI et al., 2018). Além disso, nesses momentos as crianças conseguiam evoluir nas suas interações com as pessoas do hospital, expressava seus sentimentos, suas vontades, se colocava em situação de protagonistas de suas vidas, se valorizava e se posicionava (DEPIANTI et al., 2018).

Apesar dos vários benefícios da brincadeira durante a hospitalização infantil, algumas crianças deste estudo relataram que não brincaram, mesmo sentindo vontade. Referiram como motivos *“terem que ficar só no quarto”*, devido ao isolamento hospitalar, e *“não poder”*. Tal questão compôs e motivou muitas apreciações predominantemente negativas das crianças e estratégias de resignação. Um estudo com crianças que necessitaram de isolamento hospitalar por diversas doenças, também apontou que o isolamento foi responsável por limitar o brincar das crianças e diminuir suas possibilidades de estratégias de Coping, uma vez que restringe a saída do quarto, as impossibilita de ir a brinquedoteca e reduz o convívio com outras pessoas que não sejam o acompanhante (SILVA et al., 2019).

Outro estudo com crianças hospitalizadas evidenciou que os profissionais compreendem a importância do brincar na reprodução e compreensão do que as crianças estão vivenciando (MAIA et al, 2022). No entanto, o colocam em “segundo plano”, o que evidencia a necessidade da sistematização de enfermagem no cuidado dessas crianças (MAIA et al, 2022). Observa-se ainda que apesar de o “brincar” precisar fazer parte da sistematização do cuidado da enfermagem, pedagogos, psicopedagogos ou outros profissionais também devem conduzir tais brincadeiras.

Uma revisão de literatura evidenciou a utilização do brinquedo como essencial ao atendimento das necessidades emocionais das crianças e salienta que o desenho, a pintura, os livros de histórias, os jogos e a construção com sucatas são estratégias de Coping positivas para transformar os significados da hospitalização

(DEPIANTI et al., 2018; SOSSELA; SAGER, 2017). Observa-se ainda que tais estratégias por não precisarem de grandes espaços são viáveis em quartos de isolamento quando as crianças possuem sua mobilidade preservada para essas atividades.

O isolamento durante sua hospitalização é requerido quando a criança apresenta suspeita ou confirmação por COVID-19, a fim de prevenir a transmissão de microrganismos a partir de pacientes infectados ou colonizados por estes patógenos para outros pacientes, visitantes e profissionais da saúde (WHO, 2016; BRASIL, 2000).

Durante o isolamento, as necessidades emocionais da criança são aumentadas (MIRANDA, 2019), a criança não está separada apenas das pessoas que ama, dos ambientes que convivia e dos estímulos externos, mas se vê isolada dos seus próprios movimentos que se tornam limitados pelo ambiente físico e, por vezes, por sua condição de saúde (MELO et al., 2020; PIMENTA et al., 2021). Nesse sentido, se a hospitalização da criança normalmente já induz sentimentos de tristeza, medo, solidão e abandono, o isolamento hospitalar pode evidenciar ainda mais tais sensações (MIRANDA, 2019; BERGER et al., 2021) e os impactos da doença em seu corpo (MELO et al., 2020).

A doença infectocontagiosa, especialmente uma doença pandêmica como a COVID-19, evidencia a percepção sobre estar contaminado e a possibilidade de contaminar ou o medo de contrair tal doença (BERGER et al., 2021). Uma revisão de literatura que objetivou investigar as implicações psicológicas em crianças e adolescentes expostos a um surto infeccioso, evidenciou que quando necessário, o isolamento da criança durante sua hospitalização foi mais assustador para elas do que a doença em si, além disso, essas crianças relataram sentirem terem sido castigadas, presas ou confinadas no isolamento (BERGER et al., 2021).

Um estudo com crianças e adolescentes (com idades entre 0 e 17 anos) com doenças crônicas que precisaram ser hospitalizadas citou os irmãos das crianças como grande fonte de apoio durante esse momento, pois protegiam a criança hospitalizada de preocupações relacionada a família que poderiam ser um fator estressor adicional, dispunham de tempo para estar fisicamente nos dias “ruins”,

ajudavam a distrair as crianças sobre a gravidade do que estava acontecendo e proporcionavam conforto físico com abraços e estando próximo (NABORS, 2018).

No presente estudo, devido ao isolamento essa interação presencial não foi possibilitada e por isso sentimentos de saudade de seus irmãos, pais e outros familiares foram constantemente relatados. Por isso, estratégias de Coping de realizar ligações por áudio ou vídeo foram muito difundidas entre as famílias e suscitavam sentimento de felicidade, diminuía sentimentos negativos, permitiam que o tempo passasse mais rápido. Outro estudo com crianças com condições crônicas hospitalizadas evidenciou que apesar da visita ser permitida, contactar amigos e familiares via *Skype* e *Face Time* e receber cartões melhoravam o humor e faziam com que a criança se sentisse forte para enfrentar sua hospitalização (NABORS, 2018).

Apesar dos benefícios apresentados pelo uso dos dispositivos eletrônicos, destaca-se que as ligações por áudio ou vídeo não foram referidas como estratégias institucionalizadas, mas realizadas a partir de aparelhos eletrônicos das próprias famílias. Em um país como o Brasil de grande desigualdade social, em que nem todas as pessoas possuem acesso aos aparelhos eletrônicos, identifica-se uma limitação de recursos considerados importantes para o bem-estar da criança e da família durante a hospitalização, especialmente em situações de isolamento.

Pimenta et al (2021) evidencia outros recursos e estratégias que podem ser adotadas durante a hospitalização da criança, a fim de apoiar-las e suas famílias e permitir que esse momento seja menos negativo: Manutenção de um acompanhante - prática que deve ser atribuída a uma prerrogativa legal; escuta ativa para identificar as necessidades específicas de cada família; alterações nos detalhes dos EPIs, com características mais infantis e lúdicas; permitir que a criança leve um objeto ou brinquedo com o qual ela mantenha algum vínculo afetivo; e disponibilização de materiais e atividades lúdicas (PIMENTA et al., 2021). Nabors et al (2018) e Silva et al (2018) consideram ainda que devido as modificações da condição do ambiente, suas regras e normas, durante o isolamento da criança o brincar e as atividades lúdicas também podem sofrer modificações e os recursos eletrônicos podem ser utilizados como atividades de distração. Foi o caso do uso da televisão e do celular, elencado por várias crianças desse estudo.

O isolamento da criança durante sua hospitalização também foi um fator dificultador para as cuidadoras primárias desse estudo. Apesar da necessidade de isolamento para o controle da doença ser entendida por elas, assim como as crianças, as cuidadoras o elencaram como um fator gerador de ansiedade, desconforto, solidão e de sentimento de que teriam que lidar os cuidados da criança hospitalizada sozinha. Por isso, a busca por apoio de familiares e redes sociais e buscar manter uma perspectiva positiva foram estratégias elencadas por elas que as ajudaram a passar por esse momento.

O estudo de Nabors et al (2018) evidenciou que manter-se com uma perspectiva positiva era uma estratégia elencada pelas mães que as faziam acreditar na melhora de seu filho. Além disso, referiram que olhar de forma positiva para a situação de saúde de sua criança - “olhar para o copo meio cheio” - as permitiam manterem-se fortes e avançarem, além de evitar sentirem-se tristes e preocupadas (NABORS, 2018). No presente estudo, a estratégia de manter uma perspectiva positiva foi mais presente ao longo do tempo da hospitalização, quando as cuidadoras foram capazes de perceber melhora no quadro de saúde de sua criança.

Para as cuidadoras deste estudo, a família e amigos foram fontes de apoio social no momento da hospitalização. O significado de apoio social, segundo o referencial utilizado neste estudo (McCubbin; McCubbin, 1993), são todas as pessoas ou instituições que a família usa como fator de proteção frente à situação adversa. (McCUBBIN; McCUBBIN, 1993).

Nesse sentido, o apoio social percebido pelas mães, segundo a escala aplicada neste estudo (MOS-SSS), é alto e se confirma em suas falas. Segundo elas, o apoio veio de suas famílias a medida em que realizavam ligações e conversas em redes sociais que as ajudavam a distrair, trocar orações e informações sobre a condição de sua criança, cuidavam de outros filhos enquanto estavam no hospital e proviam recursos financeiros, quando precisavam.

A importância dessa rede de apoio também foi percebida em outras pesquisas que abordam o a hospitalização de crianças (NABORS, 2018; SILVA, 2021). Um estudo sobre as estratégias de Coping de famílias de crianças

hospitalizadas por diversos motivos se igualou aos resultados da presente pesquisa a medida em que utilizou de conversas por telefone e trocas de acompanhante como estratégias de enfrentamento; e divergiu por terem a possibilidade de pedir apoio de outras mães que estavam com crianças hospitalizadas no mesmo local (SILVA, 2021).

Os vínculos afetivos são essenciais para enfrentar situações estressoras (LICHTENFELS; LICHTENFELS, 2007). Um estudo com mães de crianças com paralisia cerebral demonstrou que nas relações familiares, o marido, a mãe da mulher e os padrinhos da criança como principais recursos utilizados para facilitar o desempenho do papel materno, enfrentar os desafios e minimizar o estresse (GOMES et al, 2019). Outro estudo que teve objetivo de analisar a percepção das cuidadoras sobre o apoio familiar citou o cônjuge e de sua mãe como apoios essenciais para a vivência da gestação, suas modificações e parto (AVANZI, 2019).

Esses estudos mostram que independente do contexto vivido, o apoio dos familiares e pessoas próximas são importantes para apreciações mais positivas sobre os momentos desafiadores.

No presente estudo os profissionais de saúde e outros que tinham acesso ao quarto de isolamento da criança também foram citados como importantes fontes de apoio social. Os profissionais são fontes de apoio emocional e físico, têm relevância positiva na melhoria da qualidade de vida das crianças e das famílias no bem-estar psicossocial (NABORS, 2018; GOMES, 2019; SILVA, 2021). Contribuem para diminuição do estresse e da sobrecarga de cuidado, fortalecem a rede de apoio social ao integrar a família no cuidado (GOMES, 2019). Ressalta-se ainda a importância da equipe de saúde no auxílio das cuidadoras primárias na identificação de suas redes de apoio disponíveis, podendo ser provenientes de pessoas ou instituições que têm potencial de ajuda-las no processo de ajustamento a hospitalização da criança.

A Partir de todos os achados deste estudo, observa-se que é imperativo que hospitais que atendem as crianças e suas famílias, em momentos de doenças infecciosas, como a COVID-19, tenham processos de sistematização de enfermagem mais estruturados, que contemplem um cuidado unitário,

interacionista e que leve em consideração os recursos que precisam ser ofertados para que essas famílias desenvolvam suas estratégias de Coping. Dentre esses recursos, sugere-se neste estudo a inclusão de aparelhos eletrônicos para as práticas de cuidado de modo a assegurar o brincar, a sociabilidade e o direito à educação. Além disso, observa-se ainda a necessidade de desenvolver um protocolo para aperfeiçoamento dos ambientes terapêuticos de isolamento.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o desenvolvimento deste estudo foi possível analisar as estratégias de Coping das crianças e das cuidadoras primárias no ajustamento familiar durante a hospitalização por COVID-19. Os resultados das análises permitiram concluir que as apreciações das crianças e das cuidadoras primárias tiveram influência nas estratégias de Coping utilizadas por elas e se igualavam e diferenciavam em alguns aspectos.

As cuidadoras primárias que perceberam maior cumplicidade com a equipe de saúde e maior cuidado com as estratégias de prevenção contra o Coronavírus, como a higiene do ambiente e o uso dos EPI's, tiveram apreciações mais positivas e tenderam a ter mais comportamentos de busca por apoio da equipe que estava prestando os cuidados. As cuidadoras que relatavam maior insatisfação com a equipe e com o cuidado prestado, tendiam a buscar estratégias de Coping internas, ou externas ao ambiente hospitalar. Nesse sentido, foram relatadas como estratégias de Coping a espiritualidade e a religiosidade, amar os seus filhos, se questionar e/ou negar a necessidade de hospitalização de suas crianças, a busca por apoio de familiares e amigos por meio de conversas por dispositivos eletrônicos e trocas de acompanhante, quando possível.

Apenas uma criança teve uma apreciação predominante positiva sobre sua hospitalização e relatou sentir alegria neste ambiente pois comia, bebia, podia ficar deitado e era cuidado por sua mãe. Como estratégias de enfrentamento elencou o brincar e o uso de dispositivos eletrônicos. As demais crianças relataram apreciações mais negativas devido a maior intensidade de sentimentos negativos, como medo, tristeza, tédio e saudade, não poderem brincar e saírem de seus quartos - devido ao isolamento hospitalar, não gostarem da comida oferecida pela instituição e por sua condição de saúde que no momento os limitavam às atividades

do cotidiano. As estratégias de Coping relatadas por essas crianças foram usar os dispositivos eletrônicos para jogos e conversas com suas famílias, passar o tempo com seus acompanhantes e brincar.

Acredita-se que esta pesquisa possa ajudar a orientar enfermeiros e demais profissionais de saúde a compreender as estratégias de Coping utilizadas pelas crianças e suas famílias. Entendendo-as como estratégias capazes de os apoiar em um ajustamento familiar mais positivo frente a necessidade de hospitalização das crianças, em especial em momentos de pandemias em que as vulnerabilidades sociais são acentuadas e há a necessidade do isolamento da criança e de sua cuidadora.

Este estudo evidencia que a atuação dos profissionais de saúde deve ser pautada principalmente em qualidade de atendimento, comunicação efetiva, formação de vínculo e identificação de redes de apoio – aspectos inerentes ao exercício profissional, que têm relevância positiva na melhoria do estado de saúde da criança, da qualidade de vida das famílias no bem-estar físico e psicossocial. Sugere-se ainda, a inclusão na formação do enfermeiro competências para apoiar essa população em estratégias de enfrentamento mais positivas.

Esta pesquisa se propôs a estudar as estratégias de Coping durante a hospitalização de crianças, em um momento específico de pandemia que ainda vivemos. O período da pesquisa foi limitado, e apesar do início da vacinação da população, há o surgimento de novas variantes que podem acarretar apreciações diferentes sobre a hospitalização e a doença, e por isso, estratégias de Coping apresentadas podem ser diferentes.

Além disso, o estudo se limita pela janela temporal existente entre a hospitalização e o momento da entrevista, uma vez que pode ter efeito sobre a memória dos participantes e dificultando o resgate das informações com detalhes.

REFERÊNCIAS

ABAD, C. et al. Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review. **J Hosp Infect**, v. 76, n. 2, p:97–102, 2010. Doi: 10.1016/j.jhin.2010.04.027

ALMEIDA, L. C. Avaliação das Propriedades Psicométricas da Escala Coping da Hospitalização, Adoecimento e Tratamento Versão para Pais (COPHAT-P). Dissertação de mestrado, 2021.

ALMEIDA, P.; VIANA, V.; TAVARES, M.; REIS-E-MELO, A.; FARI, C. Impacto emocional imediato do covid-19 em crianças e adolescentes e suas famílias. **Psicol saúde doenças**, v. 21, n. 3, p.: 633-646, 2020

ALVAREZ, E. N. et al. Children's and parents' views on hospital contact isolation: A qualitative study to highlight children's perspectives. **Clin Child Psychol Psychiatry**, v. 25, n. 2, p. 401-18, 2020. Doi: 10.1177/1359104519838016

BARROS, I. et al. Intervenções de Enfermagem Promotoras da Adaptação da Criança/Jovem/Família à Hospitalização: uma Scoping Review. **Enfermería Global**, v. 20, issue 1, p.: 577-95, 2021. Doi: 10.6018/eglobal.413211.

BAYDIN, N. U. et al. Determination of the healthcare satisfaction of the parents staying in the hospital with their children diagnosed COVID-19 towards family-centered care. **J Exp Clin Med**, v. 39, n. 2, p.: 443-448, 2022. Doi: 10.52142/omujecm.39.2.26

BAZZAN, J. S. et al. Sistemas de apoio na unidade de terapia intensiva pediátrica: perspectiva dos familiares. **Rev Bras Enferm**, v. 72, n. 3, p.:243-50, 2019. Doi: 10.1590/0034-7167-2018-0588 et al, 2019

BEARISON, D. They never want to tell you: Children talk about cancer. Cambridge: Harvard University Press, 2013. Doi: 10.4159/harvard.9780674188150

BERGER, E.; JAMSHIDI, N.; REUPERT, A.; JOBSON, L.; MIKO, A. Review: The mental health implications for children and adolescents impacted by infectious outbreaks – a systematic review. **J Child Psychol Psychiatry**, v. 26, n. 2, p. 157–166, 2021. Doi:10.1111/camh.12453

BOZTEPE, H. Percepção de crianças em idade escolar da experiência do hospital. **JCHC**, 2017. Doi: 10.1177 / 1367493517690454

BRAGA, P. P.; Silva, J. B.; Guimarães, B. R.; Van-Riper, M.; Duarte, E. D. Coping e resolução de problemas na adaptação familiar de crianças com Síndrome de Down. **Rev esc enferm USP**, v. 55, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Pediatria: Prevenção e controle de infecção hospitalar. [Versão eletrônica]. Brasília: ANVISA, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 31 Mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Estadual de Saúde. **Informe Epidemiológico SES de Minas Gerais**. Minas Gerais, 2020. Disponível em: <https://coronavirus.saude.mg.gov.br/boletim> . Acesso em: 10 de setembro de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Painel Covid**. Brasília, 2021. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br>. Acesso em: 19 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portal do Data-SUS**. 2022. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=01>>. Acesso em: 20 mar. 2021.

BRAUN, V., CLARKE, V.: Using thematic analysis in psychology. **Qual Res Psychol**, v. 3, n. 2, p.: 77–101, 2006. Doi: 10.1191/1478088706qp063oa

BRAUN, V., CLARKE, V.: Reflecting on reflexive thematic analysis. **Qual. Res. Sport Exerc. Health**, v. 11, n. 4, p. 589–597, 2019. Doi: 10.1080/2159676X.2019.1628806

BROWN, O.; FOUCHÉ, P.; COETZEE, M. Bouncing forward: families living with a type I diabetic child. **S Afri Fam Pract**. v. 52, n. 6, p. 536-41, 2010. Doi: 10.1080/20786204.2010.10874044

BURNS-NADER, S. HERNANDEZ-REIF, M. Facilitating play for hospitalized children through child life services. **Children's Health Care**, v. 45, p.: 1–21, 2016. doi: 10.1080/02739615.2014.94 8161

BUTANTAN. Retrospectiva 2021: segundo ano da pandemia é marcado pelo avanço da vacinação contra Covid-19 no Brasil, 2021. Disponível em: <https://butantan.gov.br/noticias/retrospectiva-2021-segundo-ano-da-pandemia-e-marcado-pelo-avanco-da-vacinacao-contracovid-19-no-brasil>. Acesso em: 01 julho 2022.

CAPLES, M. et al. Adaptation and resilience in families of individuals with Down Syndrome living in Ireland. **Br J Learn Disabil**. v. 46, p.146-54, 2018. Doi:10.1111/Bld.12231

COSTA, T. S.; MORAIS, A. C. Child Hospitalization: Child living from graphical representations. **J Nurs UFPE on line**, v. 11, p. 358–67, 2017. Doi: 10.5205/1981-8963-v11i1a11916p358-367-2017

COSTA, A. R.; NOBRE, C. M. G.; GOMES, G. C.; NORBERG, P. K. O.; ROSA, G. S. M. Sentimentos gerados na família pela internação hospitalar da criança. **J Nurs Health**, v. 9, n. 2:e199206, 2019.

CUCINOTTA, D.; VANELLI, M. WHO Declares COVID-19 a Pandemic. **Acta Bio Med**, v.91, n.1, p.157-160, 2020. Doi: [10.23750/abm.v91i1.9397](https://doi.org/10.23750/abm.v91i1.9397).

DAY, M. Covid-19: More young children are being infected in Israel and Italy, emerging data suggest. **BMJ**, v. 372, n. 383, 2021. doi: [10.1136/bmj.n383](https://doi.org/10.1136/bmj.n383).

DEBIASI, L. R. et al. Severe coronavirus disease-2019 in children and young adults in the Washington, DC, Metropolitan Region. **J Pediatr**, v. 223, p.199–203, 2020. Doi: [10.1016/j.jpeds.2020.05.007](https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.05.007).

DELVECCHIO, E. Hospitalized Children: Anxiety, Coping Strategies, and Pretend Play. **Frontiers in Public Health**, v. 7, p. 1-8, 2019. [10.3389/fpubh.2019.00250](https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00250)

DOCHERTY, S.; MARGARETE, S. Focus on qualitative methods: Interviewing children. **Res Nurs Health**, v. 22, n.2, p. 177-185, 1999. doi: [10.1002/\(SICI\)1098-240X\(199904\)22:2<177::AID-NUR9>3.0.CO;2-H](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-240X(199904)22:2<177::AID-NUR9>3.0.CO;2-H)

DORMAN-ILAN, S. et al. Anxiety and Depression Symptoms in COVID-19 Isolated Patients and in Their Relatives. **Frontiers in Psychiatry**, v. 11, 2020. Doi: [10.3389/fpsy.2020.581598](https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.581598)

FISHER, L. et al. The family and type 2 diabetes: A framework for intervention. **The Diabetes Educator**, v. 24, p. 599–607, 1998.

FRIEDMAN, M. M. et al. Family nursing: research, theory, & practice. New Jersey: **Pearson Education Inc.**, 2003.

FRIEDRICHSDORF, S. J. et al. Pain outcomes in a US children's hospital: a prospective cross-sectional survey. **Hosp Pediatr**, v. 5, p.:18–26, 2015.

FRIEDRICHSDORF, S. J.; Goubert, L. Pediatric pain treatment and prevention for hospitalized children. **Pain Rep**, v. 5, n. 1: e804, 2019. Doi: [10.1097/PR9.0000000000000804](https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000804)

FRYDENBERG, E. Coping research: Historical background, links with emotion, and new research directions on adaptive processes. **Aust J Psychol**, 2014; 66: 82–92. Doi: [10.1111/ajpy.12051](https://doi.org/10.1111/ajpy.12051)

GARLI, E.; ÇINAR, N. Identifying the experiences of the parents, whose children are inpatient about the family-centered nursing care. **J Nurs Educ**, v. 36, n. 1, p.: 35-44, 2020.

GÓES, M.G.O.; CROSSETTI, M. G. O. Developing a spiritual care model for patients and their relatives in illness. **Ver Gaúcha Enferm**, v. 41(spe):e20190150, 2020. doi: [10.1590/1983-1447.2020.20190150](https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190150)

GOMES, G. C. et al. Percepções da Família acerca das dificuldades de adaptação criança à Hospitalização: Subsídios para a Enfermagem. **Cogitare Enferm**, v. 18, n. 4, p.: 767-74, 2013

GOMES, G. C.; JUNG, B. C.; NOBRE, C. M. G.; NÖRBERG, P. K. O.; HIRXCH, C. D.; DRESCH, F. D. Rede de apoio social da família para o cuidado da criança com paralisia cerebral. **Rev enferm UERJ**, v. 27: e40274, 2019. Doi: 10.12957/reuerj.2019.40274

GRAÇA C. C. ; ZAGONEL, I. P. S. Estratégias de coping e estresse ocupacional em profissionais de enfermagem: revisão integrativa. **Rev Espaço para a Saúde**, v. 20, n. 2, p. 67-77. Doi 10.22421/15177130-2019v20n2p67

GRIEP, R. H.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E.; WERNECK, G. L.; LOPES, C. S. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. **Cad Saúde Pública**, v. 21, 703-714, 2005.

HALL, H. R. Parental stress in families of children with a genetic disorder/disability and the resiliency model of family stress, adjustment, and adaptation. **Issues Compr. Pediatr Nurs**. v. 35, n. 1, p. 24-44, 2012. Doi: 10.3109/01460862.2012.646479

HAVERS, FP et al. Hospitalization of Adolescents Aged 12 – 17 Years with Laboratory-Confirmed. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep**, v. 70, n. 23, p. 1–7, 2021.

JENKINS, E. K. et al. A portrait of the early and differential mental health impacts of the COVID-19 pandemic in Canada: findings from the first wave of a nationally representative cross-sectional survey. **Prev Med**, v. 145, 106333. 2021. Doi: 10.1016/j.ypmed.2020.106333 (Baltim).

JEPSEN, S. L. et al. Coping with the unfamiliar: How do children cope with hospitalization in relation to acute and/or critical illness? A qualitative metasynthesis, **JCHC**, v. 23, n. 4, p.: 534–550, 2019. Doi: 10.1177/1367493518804097

JIANG, L. et al. COVID-19 and multisystem inflammatory syndrome in children and adolescents. **Lancet Infect Dis**, v. 20, e276–88, 2020. Doi: 10.1016/S1473-3099(20)30651-4

JORDAAN, C. Affirming communication and its association with family functioning. Thesis [Doctorate in Psychology]. 99f. South Africa: University of Stellenbosch/ Faculty of Arts and Social Sciences Department of Psychology, 2011.

KAPP, L.; BROWN, O. Resilience in families adapting to autism spectrum disorder. **J Psychol Afr**, v. 21, n. 3, p: 459-63. Doi: 10.1080/14330237.2011.10820482

KELLERMANN, M.; ANDRADE, S. Dança lúdica: avaliação diagnóstica aplicada a crianças de 7 a 9 anos. **Em Aberto**. v. 31, n. 102, p. 147-164, 2018. Doi: 10.24109/2176-6673.emaberto.31i102.3588

KITANO, T. et al. The differential impact of pediatric COVID-19 between high-income countries and low- and middle-income countries: a systematic review of fatality and ICU admission in children worldwide. **PLoS One**, 16: e0246326, 2021.

KREPIA, M.; KREPIA, V.; TSILINGIRI, M. School children's perception of the concept of death. **Int J Caring Sci**, v. 10, n. 3, p.: 1717-22, 2017.

LAM, L.; MACKENZIE, A. E. Coping with a Child with Down syndrome: the experiences of mothers in Hong Kong. **Qual. Health Res**, v. 12, n. 2, feb. 2002.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal, & Coping**. New York: Springer, 1984.

LERWICK, J. L. Minimizing pediatric healthcare-induced anxiety and trauma. *World J Clin Pediatr*, v. 5, n. 2, p.: 143-150, 2016. Doi: 10.5409/wjcp.v5.i2.143

LIANG, Z. et al. "Ripple effect": psychological responses and coping strategies of Italian children in different COVID-19 severity áreas. **Rev psicol clín niños adolesc**, v. 7, n. 3, p: 49-58, 2020.

Liu, Q. et al. The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: a qualitative study. **Lancet Glob Health**, v.8, n.6: e790-8, 2020. DOI: 10.1016/S2214-109X(20)30204-7.

WU, Z.; MCGOOGAN, J. M. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. **JAMA**, v. 323, n. 13, p. 1239-1242, 2020. Doi:[10.1001/jama.2020.2648](https://doi.org/10.1001/jama.2020.2648).

MAIA, E. B. S. et al. A força brincar-cuidar na enfermagem pediátrica: perspectivas de enfermeiros em grupos focais. **Texto Contexto Enferm**, v. 31, e20210170, 2022. Doi: 10.1590/1980-265X-TCE-2021-0170

MARCUSCHI, L.A. **Análise da conversação**. São Paulo: Ática. 1986

MARQUES, F. R. B. et al. experiência de mães em ter um filho diagnosticado e hospitalizado pelo vírus Influenza a (H1N1). **Rev Bras Enferm**, v. 67, n. 2, p: 220-6, 2014

MATTA, G. C. et al. Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia. Rio de Janeiro: Observatório Covid 19; Editora FIOCRUZ, 2021, 221 p. Informação para ação na Covid-19 series. Doi.org/10.7476/9786557080320.

OLIVEIRA, E. A. et al. Clinical characteristics and risk factors for death among hospitalised children and ationwides with COVID-19 in Brazil: na analysis of a ationwide database. **Child Health Care**, 2021. Doi: doi.org/10.1016/ S2352-4642(21)00166-8

MERCADO, L. P. L. **Coleta de dados na pesquisa qualitativa online utilizando a etnografia virtual**. Memórias Virtual Educa, 2012.

McCUBBIN, M. A; McCUBBIN, H. I. Families Coping with illness: the resiliency model of family stress, adjustment, and adaptation. In: DANIELSON, C.; HAMEL-BISSELL, B.; WINSTEAD-FRY, P. **Families, health and illness: perspectives on coping and intervention**. Missouri: Mosby, 1993, p.21-63.

McCUBBIN, H. I.; OLSON, D. H.; LARSEN, A. S. F-COPES: family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales. In: McCUBBIN, Hamilton I.; THOMPSON, **Anne (eds.)**. **Family assessment inventory for research and practice**. Madison: University of Wisconsin Press, 1991.

McCUBBIN, H. I.; PATTERSON, J. M. The family stress process: a double ABCX model of adjustment and adaptation. In: McCUBBIN, Hamilton I.; SUSSMAN, M. B.; PATTERSON, J. M. (eds.). **Advances and developments in family stress theory and research**. New York: Haworth Press, 1983.

NABI, S. G. Psychological impact of COVID-19 pandemic: A cross-sectional study of hospitalized COVID-19 patients in an urban setting, Bangladesh. **Heliyon** v. 8, n. 3, e09110, 2022.

NABORS, L.; CUNNINGHAM, J. F.; LANG, M.; WOOD, K.; SOUTHWICK, S.; STOUGH, C. O. Family Coping During Hospitalization of Children with Chronic Illnesses. **J Child Fam Stud**, v. 27, p.:1482–91, 2018. Doi 10.1007/s10826-017-0986-z

NARAYANASAMY, A. Recognising spiritual needs. In *Spiritual Assessment in Healthcare Practice*; McSherry, W.; Ross, L. S.; Publisher: M&K Publishing, 2010.

OPAS. Desfechos de saúde e COVID-19 nas Américas: diferenças de sexo. Janeiro de 2020 a janeiro de 2021.

PIAGET, J. *Psicologia e pedagogia* (10a ed.). Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Originalmente publicado em 1969). 2015

PIMENTA, S. B. B.; FERREIRA, S. F. B.; SILVA, A. I. P. Isolamento hospitalar pediátrico: práticas e recursos na perspectiva da psicologia. *Rev. Psicol Saúde e Debate*, v. 7, n. 1, p.: 408-29, 2021.

PENA, L.; REMOALDO, P. *Saúde e Sofrimento no Trabalho Docente na Universidade Óscar Ribas (Angola)*. 2016.

PROVENZI, L.; SANTORO, E. The lived experience of fathers of preterm infants in the Neonatal Intensive Care Unit: a systematic review of qualitative studies. **J Clin Nurs**, n. 24, p. 1784–1794, 2015.

PINHEIRO, E. M. et al. O uso de filmagem em pesquisas qualitativas. **Rev Latino Am Enfermagem**, v. 13, n. 5, p. 717-722, 2005. Doi: 10.1590/S0104-11692005000500016.

MELO, B.D. et al. *Recomendações para o cuidado de crianças em situação de isolamento hospitalar*. Brasília: Fiocruz. 2020.

MIRANDA, E.M. F. Reflexões sobre a participação do psicólogo hospitalar no controle das infecções relacionadas à assistência à saúde. In Angerami, V. A. A Psicologia da Saúde na Prática. Belo Horizonte: Artesã. 2019.

MIRANDA, F. B. G. Sofrimento psíquico entre os profissionais de enfermagem durante a pandemia da COVID-19: Scoping Review. **Esc Anna Nery**, v. 25, 2021. Doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2020-0363

RICHMOND C. Dame cicely saunders. *BMJ*, 331:23, 2005.

RODRIGUES, J. A. P. et al. Construção de protocolo de cuidados de enfermagem à criança no pós-transplante de células-tronco hematopoiéticas. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 43, e20210028, 2022.

RODRIGUES, M. D. R.D. F.; VILELA, F. C. Resolução da situação-problema e desfecho em histórias de crianças de 7 e 9 Anos. **Psicol Cienc Prof**, v. 32, n. 2, p. 422-437, 2012. Doi: 10.1590/S1414-98932012000200011

SALGADO, M. A. et al. Percepção da enfermagem acerca do acompanhante no cuidado à criança hospitalizada. **Ciencia e Saude**, v. 11, n. 3, p.:143-150. Doi: 10.15448/1983-652X.2018.3.29733

SAWYER, J. L. et tal. Bridging the Gap: Exploring the Impact of Hospital Isolation on Peer Relationships Among Children and Adolescents with a Malignant Brain Tumor. **Child Adolesc. Soc**, 2021. Doi: 10.1007/s10560-021-00764-x

SENADO NOTÍCIAS. Início da vacinação de crianças contra covid-19 repercute entre os senadores, 2022. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2022/01/17/inicio-da-vacinacao-de-criancas-contracovid-19-repercute-entre-os-senadores-1#:~:text=A%20primeira%20remessa%20de%20vacinas,depende%20de%20autoriza%C3%A7%C3%A3o%20dos%20pais>. Acesso em: 26 junho 2022.

SERRALHA, C. A.; REIS, C. G. F.; MIAREL, A. A compreensão da morte para crianças que vivenciaram grave adoecimento. **Arq. bras. psicol**, v. 73, n. 1, p.: 70-86, 2021. Doi: 10.36482/1809-5267.ARBP2021v73i1p.70-86

SHANI-SHERMAN, T. et al. Internal and external resources and the adjustment of parents of premature infants. **J Clin Psychol Med**, v. 26, n. 3, p: 339-52. Doi: 10.1007 / s10880-018-9583-6

SHERBOURNE, C. D.; STEWART, A. L. The MOS Social Support Survey. **Soc Sci Med**, v. 32, p.:705-14, 1991.

SHTEINBUK, M. et al. When a child is hospitalized in a Covid-19 ward: An emotional roller coaster for parentes. **J Pediatr Nurs**, v. 63, p: 102-107, 2022. Doi: 10.1016/j.pedn.2021.11.025.

SHOMAKER, K.; Dutton, S.; Mark, M. Pain prevalence and treatment patterns in a US children's hospital. **Hosp Pediatr**, v. 5, p. 363–70, 2015.

SILVA, D. G. et al. Modos de enfrentamento de familiares de crianças em hospital geral. **Rev. SBPH**, v. 24, n.2, 2021.

SILVA, J. I.P.; KUDO, A.M.; GALHEIGO, S.M.; JACOB, L. R. Isolamento pediátrico hospitalar: o olhar da criança. **Rev Interinst Bras Ter Ocup**, v. 3, n. 4, p.: 508-525, 2019.

SILVA O. D. L.; Caldeira, S. N.; Sousa, A.; Mendes M. Estratégias de Coping e resiliência em estudantes do Ensino Superior. **Revista E-Psi**, v. 9, n. 1, p. 118-136.

SOUSA, B. et al. Non-communicable diseases, sociodemographic vulnerability and the risk of mortality in hospitalised children and adolescents with COVID-19 in Brazil: a cross-sectional observational study. **BMJ Open**, v. 11, n. 9, e050724, 2021.

SPINILLO, A. G.; SIMOES, P. U. O desenvolvimento da consciência metatextual em crianças: questões conceituais, metodológicas e resultados de pesquisas. **Psicol Reflex Crit**, v. 16, n. 3, p. 537-546, 2003. Doi: 10.1590/S0102-79722003000300012

STEPHENSON, E. et al. Effects of COVID-19 pandemic on anxiety and depression in primary care: A retrospective cohort study. **J Affect Disord**, v. 303, p: 216-222. Doi: 10.1016/j.jad.2022.02.004

TAK, Y. R.; MCCUBBIN, M. Family stress, perceived social support and coping following the diagnosis of a child's congenital heart disease. **J Adv Nurs**, v.39, n. 2, p.190-8, 2002. Doi:10.1046/j.1365-2648.2002.02259.x

TAKEMOTO, M. I. et al. Clinical characteristics and risk factors for mortality in obstetric patients with severe COVID-19 in Brazil: a surveillance database analysis. **BJOG**, v. 127, n. 13, p. 1618-1626, 2020.

TSIRONI, S; KOULIERAKIS, G. Fatores associados aos níveis de estresse dos pais em enfermarias pediátricas. **JCHC**, v. 22, n. 2, p. 175-85. Doi: 10.1177/1367493517749327

VAN RIPER, M. et al. Family management of childhood chronic conditions: does it make a difference if the child has an intellectual disability. **A J Med Genet A**, v. 176, n. 1, p.82-91, 2018. Doi: 10.1002/ajmg.a.38508

VIEIRA, G. Y. M.; SANT'ANA, Vi. A.; ANDRES, F. S. **Para Além da Graduação: A Produção de Conhecimento de Egressos de Relações Públicas**. 2018.

WHO. Health care without avoidable infections: The critical role of infection prevention and control. Pocket Book of Hospital Care for Children: Guidelines for the Management of Common Childhood Illnesses. 2nd edition. Geneva: World Health Organization. 2016

ZHENG, J. et al. 2021. Psychological distress in North America during COVID-19: the role of pandemic-related stressors. **Soc Sci Med**, 270, 113687, 2021. Doi: 10.1016/j.socscimed.2021.113687.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Responsável)

Pesquisa: Relação entre Determinantes Sociais de Saúde e o adoecimento por COVID-19 em crianças de 7 a 9 anos

Introdução: Você e sua criança estão sendo convidados a participar da pesquisa: “Relação entre Determinantes Sociais de Saúde e o adoecimento por COVID-19 em crianças de 7 a 9 anos”. Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e entenda a seguinte explicação sobre os procedimentos da pesquisa. Esta declaração descreve o objetivo, procedimentos e benefícios, e o seu direito e da criança, de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre o resultado do estudo. Estas informações estão sendo dadas para esclarecer quaisquer dúvidas sobre a pesquisa proposta, antes de obtermos o seu consentimento.

Objetivo: Analisar as repercussões do adoecimento por COVID-19 nas condições de vida de crianças de 07 a 09 anos de idade.

Resumo: Devido a pandemia de Coronavírus o estresse de cuidar e garantir o atendimento às necessidades das crianças está aumentado para todos e representam uma sobrecarga e comprometimento do bem-estar dos cuidadores. Esse estresse pode ser maior para aqueles cuidadores que já precisavam lidar com baixa condição socioeconômica, isolamento social, falta de acesso ao serviço de saúde, insegurança alimentar, violência familiar, dentre outras sobrecargas por adversidades. Portanto é importante entender como as crianças estão vivenciando a situação de adoecimento por COVID-19 e as repercussões que esta situação pode produzir em suas vidas e na vida de suas famílias e uma escala que deve ser respondida pela mãe ou pai que rastreia problemas de saúde mental infantil.

Procedimentos: Este estudo irá consistir de uma entrevista por vídeo chamada. Serão perguntadas questões acerca da sua vida, de seu filho, de sua família e de como vocês vivem, além de aspectos sobre como tem sido a vida de vocês durante a pandemia. Incorporada a entrevista está o preenchimento de uma escala que avalia o apoio social que você recebe de familiares e amigos. Para sua criança, além da entrevista sobre sua experiência de adoecimento pela COVID-19 também estão incorporadas uma escala de qualidade de vida e de saúde mental.

Benefícios: As informações obtidas nesta pesquisa contribuirão para a melhor compreensão das repercussões da infecção pelo Coronavírus e do distanciamento social na vida das crianças. Caso seja identificada alguma alteração clinicamente relevante, com o seu consentimento, o pesquisador pode encaminhar seu caso, ou de sua criança, para um profissional de referência.

Riscos: Esta pesquisa pode evocar memórias e sentimentos relacionados a experiências passadas desagradáveis tanto para você, quanto para sua criança. Reconhecendo a existência destes riscos as pesquisadoras ficarão atentas para

quaisquer sinais que indiquem desconforto durante a entrevista. Se ainda assim, alguma repercussão for identificada pelas pesquisadoras, os participantes serão orientados a buscar atendimento na rede de atenção à saúde e os apoiarão para isto. É também garantido a você e à sua criança o direito de interromper a qualquer momento e ainda se recusar a continuar participando da pesquisa, sem que isto implique em prejuízos a você ou sua criança. Se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, você terá direito à indenização, através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil e a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Confidencialidade: Os pesquisadores serão os únicos a terem acesso aos seus dados e de sua criança e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo e todas as informações estarão restritas à equipe responsável pelo projeto. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas. Isto será feito mostrando apenas os resultados obtidos, sem revelar seu nome ou qualquer informação relacionada a sua privacidade, conforme assegura a lei e as Res. 466/2012 e 510/2016.

Desligamento: A participação de vocês neste estudo é voluntária e a recusa em participar ou seu desligamento do estudo não envolverá penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito. Você poderá parar sua participação a qualquer momento.

Compensação: Você não receberá qualquer compensação financeira por sua participação no estudo.

Comitê de Ética e Dúvidas: Durante todo o estudo, o Comitê de Ética poderá ser contatado em caso de dúvidas em relação aos aspectos éticos da pesquisa. Para demais dúvidas você poderá contatar o pesquisador para esclarecimento.

Registro de voz e imagem: Ressalta-se que toda a entrevista deverá ser gravada por um dispositivo gravador de voz e de vídeo, no entanto somente o conteúdo da gravação de voz serão utilizados na pesquisa. Durante o contato telefônico faremos também a gravação do seu consentimento de participação na pesquisa.

Consentimento: Li e entendi as informações acima. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas. Este termo está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando que quero participar do estudo, e dou meu consentimento para que minha criança participe, até que eu decida o contrário. Estou ciente de que receberei uma versão do TCLE e do TALE que deverá ser enviada por meio eletrônico ou por Correio, conforme a minha escolha.

() Autorizo a gravação do vídeo da entrevista

() Não autorizo a gravação do vídeo da entrevista

Comitê de ética e pesquisa - Universidade Federal de Minas Gerais
AV. Presidente Antônio Carlos, 6627, Pampulha - Belo Horizonte - MG - CEP 31270-901

Unidade Administrativa II - 2º Andar - Sala: 2005
Telefone: (031) 3409-4592 - E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Dados da Pesquisadora:

Elysangela Dittz Duarte
Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais - Departamento
Materno Infantil e Saúde Pública
Endereço: Av. Prof. Alfredo Balena, 190 - Santa Efigênia, Belo Horizonte - MG,
30130-100
Telefone: (31) 3409-9829
e-mail: elysangeladittz@gmail.com

Belo Horizonte, _____ de _____ de _____.

Assinatura do responsável _____

Assinatura do pesquisador _____

APÊNDICE B - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (Criança)

Pesquisa: Relação entre Determinantes Sociais de Saúde e o adoecimento por COVID-19 em crianças de 7 a 9 anos

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Relação entre Determinantes Sociais de Saúde e o adoecimento por COVID-19 em crianças de 7 a 9 anos”, coordenada pela Professora Elysangela Dittz Duarte. Seus pais permitiram que você participe.

Queremos saber o que acontece na vida de crianças, como você, que adoeceram pelo Coronavírus.

Você só precisa participar da pesquisa se quiser, é um direito seu e não terá nenhum problema se desistir. As crianças que irão participar desta pesquisa têm de 7 a 9 anos de idade, assim como você.

A pesquisa será feita na sua casa, junto com sua família, ou a pessoa responsável por você. Para isso, faremos uma chamada de vídeo, e conversaremos sobre como você vivenciou o fato de ter sido infectado Coronavírus. Além disso, vamos fazer algumas perguntas sobre como está sua qualidade de vida e saúde mental. Essa chamada de vídeo será gravada, portanto iremos registrar sua voz e imagem, porém somente o que for falado por você será utilizado para desenvolvermos esta pesquisa. Sua participação permanecerá em segredo.

Com essa entrevista você pode lembrar de momentos ruins e difíceis que passou quando estava doente. Caso aconteça algo errado, você pode nos procurar pelos telefones que iremos disponibilizar. Mas há coisas boas que podem acontecer: as informações obtidas nesta pesquisa podem nos ajudar a entender melhor como as crianças estão vivendo na pandemia, e como podemos cuidar melhor delas e de suas famílias.

Você e seus pais não terão nenhum gasto em participar dessa pesquisa. Também não receberão nenhum ganho financeiro por isso.

Ninguém saberá que você está participando da pesquisa; não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa vão ser publicados, mas sem identificar as crianças que participaram. Portanto, tudo que você nos contar será mantido em segredo.

Caso você aceite participar desta pesquisa iremos gravar a sua resposta de confirmação, e mandaremos uma versão desse documento para você e sua família por meio eletrônico ou correio, como vocês acharem melhor.

=====

CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO

Eu _____ aceito participar da pesquisa “Relação entre Determinantes Sociais de Saúde e o adoecimento por COVID-19 em crianças de 7 a 9 anos”.

Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer.

Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir e que ninguém vai ficar com raiva de mim.

Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis.

Recebi uma cópia deste termo de assentimento e li e concordo em participar da pesquisa.

Dúvidas:

Comitê de ética e pesquisa - Universidade Federal de Minas Gerais
 AV. Presidente Antônio Carlos, 6627, Pampulha - Belo Horizonte - MG - CEP 31270-901

Unidade Administrativa II - 2º Andar - Sala: 2005

Telefone: (031) 3409-4592 - E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Dados da Pesquisadora:

Elysangela Dittz Duarte

Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais - Departamento Materno Infantil e Saúde Pública

Endereço: Av. Prof. Alfredo Balena, 190 - Santa Efigênia, Belo Horizonte - MG, 30130-100

Telefone: (31) 3409-9829

e-mail: elysangeladittz@gmail.com



SIM



NÃO

Belo Horizonte, _____ de _____ de _____.

Assinatura do menor _____

Assinatura do pesquisador _____

APÊNDICE C - Instrumento de coleta de dados sociodemográficos

Instrumento de coleta de dados sociodemográficos (variáveis de determinantes sociais de saúde) - Aplicado ao Cuidador principal

1. Aspectos individuais - Informações sobre os Cuidadores

1.1 Idade do entrevistado (anos): _____

1.2 Sexo: masculino feminino

1.3 Profissão: _____

1.4 Relação do cuidador com a criança: mãe pai Outros - Quem? _____

1.5 Escolaridade:

analfabeto/sem estudos 1º grau incompleto 1º grau completo

2º grau incompleto 2º grau completo 3º grau incompleto

3º grau completo

1.6 Possui alguma religião? Não (vá para 1.8) Sim. (Qual a religião: _____)

1.7 É praticante da religião? Sim Não

1.8 Situação conjugal: Solteira União estável Casada Viúva Não informou

1.9 Etnia Declarada: Branca Negra Parda outros

1.10 Tabagista: Sim Não

Elitista: Sim Não

1.11 Uso de drogas: Sim Não

1.12 Existe histórico familiar de alguma doença? Sim Não Qual? _____

1.13 Como você avalia sua situação de saúde? Excelente Muito Boa Boa Razoável

2. Aspectos individuais - Informações sobre a criança

2.1 Idade gestacional ao nascimento: _____ 2.2 Peso ao nascimento: _____

2.3 Idade Atual: _____ 2.4 Peso atual: _____ 2.5 Raça/cor: _____

2.6 Sua criança possui alguma doença crônica? (Asma, diabetes, Hipertensão...)

Sim Não Qual? _____

3. Aspectos Coletivos - Informações Familiares e da Habitação

Estas informações referem-se as pessoas que moram na mesma casa

3.1 Qual a renda mensal familiar? _____

3.2 Possui Benefício de Prestação Continuada (BPC) para criança:

Sim Não Não informou

3.3 Possui outro benefício para a criança:

Sim Qual: _____ Não Não informou

3.4 Recebeu o Benefício Emergencial do Governo durante a pandemia?

Sim Não Não informou

4. Aspectos sobre a hospitalização (Somente para os cuidadores)

4.1 Sobre a hospitalização por COVID, seu filho pôde ter acompanhante?

Sim Não

4.1.1(Caso sim,) Quem ficou com ele? _____

4.2 Seu filho precisou ficar na UTI?

Sim Não

4.2.1 Se sim, por quantos dias? _____

4.3 Quantos dias totais seu filho precisou ficar hospitalizado por COVID-19? _____

4.4 Qual hospital ele ficou hospitalizado? _____

4.5 Seu filho já precisou ser hospitalizado anteriormente?

Sim Não

4.5.1 Se sim, quantas vezes? _____

4.5.2 Por quais motivos? _____

5. Meio ambiente

5.1 Nos 12 meses que antecederam a hospitalização, houve o adoecimento de alguém muito próximo da família por COVID-19?

Sim Não

5.2 Nos 12 meses que antecederam a hospitalização, houve a morte de alguém muito próximo da família por COVID-19?

Sim Não

APÊNDICE D - Entrevista semiestruturada sobre a hospitalização – Aplicada ao responsável

Entrevista semiestruturada sobre a hospitalização – Aplicada ao responsável	
Questão principal	Questões de apoio
Me conta como foi para você receber a notícia de que o (Nome) precisaria ficar hospitalizado por COVID?	<p>. O que você pensou e sentiu?</p> <p>. Durante os outros dias da hospitalização, esse sentimento mudou?</p> <p>. (Caso sim) O que você acha que foi responsável pela mudança desse sentimento?</p>
Quais foram os maiores desafios que você e sua família enfrentaram com a hospitalização do (nome)?	<p>. Se houveram coisas que tornaram esse processo mais difícil, quais foram elas?</p> <p>. Como você descreveria o impacto que foi ter uma criança hospitalizada por COVID na família?</p>
Quais foram as coisas mais úteis para você enfrentar esse desafio?	. O que você acha que te ajudou e te deu forças para enfrentar esses desafios?
Se você pudesse dar um conselho para os profissionais de saúde que estão nos hospitais cuidando das crianças com COVID, o que você diria para eles?	
Tem mais alguma coisa que você gostaria de dizer que eu não te perguntei?	

APÊNDICE E - Entrevista semiestruturada sobre a hospitalização - Aplicado à criança

Entrevista semiestruturada sobre a hospitalização - Aplicado à criança	
Questão principal	Questões de apoio
O que você sabe sobre o Coronavírus?	. Você sabe o que acontece com as pessoas quando adoece por COVID? O que acontece? . O que você sentiu enquanto estava doente?
O que você pensou quando soube que estava com COVID? Isso te preocupou?	. O que você teve que fazer de diferente enquanto estava doente pelo Coronavírus?
Como foi ficar no hospital um tempo por causa do Coronavírus?	. Como que foi no início da hospitalização? Como você se sentiu? . E depois que os dias passaram, você continuou se sentindo assim, enquanto esteve no hospital? . Tinha alguma coisa que você não gostava que fizessem com você? . Tinha alguma coisa que você não gostava que falassem com você? . O que você acha que te ajudou ou te atrapalhou durante a hospitalização? Por que? . Você podia sair do seu quarto? . Do que você sentia falta, no tempo em que você esteve no hospital? . O que você fazia quando sentia falta dessas coisas?
Às vezes quando ficamos doentes e precisamos passar um tempo no hospital pode acontecer da gente ficar triste, chateado ou até mesmo com raiva. Alguma vez você já se sentiu assim enquanto esteve no hospital?	. O que você sentiu? . Quando você se sentiu assim? . Porque você acha que podemos nos sentires dessa forma? . O que você fez quando isso aconteceu? . Quando isso acontecia, tinha alguma coisa que você fazia que te ajudava a ficar feliz?

<p>Alguma vez, enquanto você esteve no hospital, você sentiu medo?</p>	<p>. Do que você tinha medo? . Quando você sentia medo, alguém ou alguma coisa te ajudava a pensar em coisas melhores e deixar de ter medo?</p>
<p>Se você pudesse dar um conselho, o que você diria para os médicos e para os enfermeiros que cuidam das crianças hospitalizadas pelo Coronavírus?</p>	

APÊNDICE F - Aprovação do projeto de pesquisa pelo COEP UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Relação entre Determinantes Sociais de Saúde e o adoecimento por COVID-19 em crianças de 7 a 9 anos

Pesquisador: Elysangela Dittz Duarte

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 39447720.0.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.397.579

Apresentação do Projeto:

Pretende o pesquisador investigar os efeitos da pandemia e das medidas de distanciamento nos cuidados e políticas de saúde, a partir das experiências das crianças maiores de 7 anos, tendo as mesmas como informantes de suas vivências, a fim de auxiliar no planejamento dos cuidados específicos e singulares para esta população. Segundo o pesquisador, “espera-se que ao tê-las como informantes seja possível conhecer melhor a dimensão de como lidam com a situação, como se informam, mecanismos muito próprios de enfrentamento, que não seriam possíveis captar através da informação fornecida por seus cuidadores” (retirado das informações básicas do projeto).

“A hipótese é de que as medidas para tratamento e prevenção da infecção pela doença do coronavírus podem produzir mudanças significativas, ter um impacto intenso sobre o cotidiano das crianças e que o contexto de vida de aspectos econômicos, sociais, culturais, de condições de saúde podem influenciar na maneira como elas passam por esta situação” (retirado das informações básicas do projeto).

A coleta de dados consistirá se dará a partir de (i) análise das fichas de notificação junto à Vigilância Epidemiológica da Prefeitura de Belo Horizonte e (ii) realização de entrevistas semi-estruturadas, conforme a seguinte metodologia apresentada:

“O fluxo de coleta de dados irá acontecer a partir da identificação de crianças com confirmação da infecção pelo coronavírus junto a Vigilância Epidemiológica da Prefeitura de Belo Horizonte. Feita a

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad S/I 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 4.397.579

identificação, num primeiro momento será coletada as informações da ficha de notificação como nome, endereço, telefone, manifestações clínicas e data da notificação a partir do instrumento Coleta de Dados na ficha de notificação. Entre 30 a 45 dias da data da notificação o pesquisador entrara em contato telefônico através do telefone de contato da ficha de notificação e identificara o responsável pela criança. Será então feita a apresentação da pesquisa e o convite para participação da criança e do responsável. Será feita a leitura dos Termos para o cuidador e também para a criança. O consentimento será obtido por telefone, sendo feita a gravação de voz da declaração de aceite. Uma versão do TCLE e do TALE será enviado por meio eletrônico ou por Correio, conforme escolhido pelos participantes. Tendo a criança e o responsável consentido, a participação será agendada melhor dia e horário para realização da entrevista por vídeo chamada, que devera ser realizada em ate 60 dias após a data da notificação. Na entrevista com a criança será aplicado o instrumento Entrevista semiestruturada sobre a repercussão do adoecimento e distanciamento social adaptado para criança (APENDICE III). Esses materiais serão avaliados por experts na área e testados sua aplicabilidade. Serão incorporadas a coleta de dados as escalas: Escala de qualidade de vida da criança (EQVC), Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ-Por) e Escala de Suporte Social MOSS. Para análise dos dados quantitativos os mesmos serão submetidos a análise estatística, enquanto os dados qualitativos serão analisados a partir de uma Análise de Conteúdo Direta, com a intenção de buscar significados nos discursos dos familiares, nesse tipo de análise os dados são definidos a partir de uma perspectiva teórica" (retirado das informações básicas do projeto).

A amostra prevista é de 50 participantes.

Os critérios de inclusão informados foram: "i) crianças de 7 a 9 anos com diagnóstico confirmado de infecção pelo SARS-COV-2, sem comprometimento psicológicos ou psiquiátricos, com disponibilidade para realização da entrevista; ii) cuidador principal da criança, com idade igual ou superior a 18 anos, que resida no mesmo domicílio que a criança e que não tenha comprometimento de comunicação e alterações psicológicas e/ou psiquiátricas, com disponibilidade para realização da entrevista".

Não foram informados critérios de exclusão.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar as repercussões do adoecimento por COVID-19 nas condições de vida de crianças de 07 a 09anos de idade.

Objetivo Secundário: Explorar como as crianças compreendem o seu adoecimento e os cuidados demandados. Identificar as implicações do isolamento social sobre o cotidiano das crianças com a

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos,6627 2º Ad Sl 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 4.397.579

COVID- 19.. Verificar relação entre aspectos educação, habitação, condições socioeconômicas, serviços de saúde e apoio social, tem interferido na qualidade de vida e saúde mental de crianças com COVID-19.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Informações básicas do Projeto: "Riscos:

Esta pesquisa pode evocar memórias e sentimentos relacionados a experiências passadas desagradáveis tanto para o cuidador, quanto para a criança. Reconhecendo a existência destes riscos as pesquisadoras ficarão atentas para quaisquer sinais que indiquem desconforto durante a entrevista. Se ainda assim, alguma repercussão for identificada pelas pesquisadoras, os participantes serão orientados a buscar atendimento na rede de atenção à saúde e os apoiarão para isto. É também garantido aos participantes o direito de interromper a qualquer momento e ainda se recusar a continuar participando da pesquisa, sem que isto implique em prejuízos. Se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, o participante terá direito à indenização, através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil e a Resolução no 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Benefícios:

As informações obtidas nesta pesquisa contribuirão para a melhor compreensão da repercussões da infecção pelo coronavírus e do distanciamento social na vida das crianças. Caso seja identificada alguma alteração clinicamente relevante, com o consentimento, o pesquisador pode encaminhar os participantes para um profissional de referência."

Similares aos apresentados no arquivo do TCLE/TALE: tcle_tale_0511.docx.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto indica como instituição coparticipante a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH). O orçamento previsto é de R\$ 2.561,00, a serem custeados com recursos próprios. Conforme atesta o parecer aprovado na Câmara Departamental, "o estudo é relevante e atual, pois esta relacionado a Pandemia do Covid-19 e a sua repercussão nas vidas das crianças". No cronograma apresentado nas informações básicas do projeto, a coleta de dados tem previsão de início em 01/12/2020 e término em 01/06/2021.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora apresentou resposta às diligências solicitadas no parecer de n. 4.377.159, fazendo-se a seguir a análise:

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 4.397.579

Para solucionar as pendências apontadas no TCLE, a pesquisadora apresentou as seguintes alterações:

1. **PENDÊNCIA:** "(i) Esclarecer que os registros do participante serão mantidos em segredo, conforme assegura a lei e as Res. 466/2012 e 510/2016. A expressão "até onde é permitido por lei" é vaga e não confere segurança ao participante sobre o resguardo de seu sigilo."

ALTERAÇÃO NO TCLE: Os pesquisadores serão os únicos a terem acesso aos seus dados e de sua criança e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo e todas as informações estarão restritas à equipe responsável pelo projeto. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas. Isto será feito mostrando apenas os resultados obtidos, sem revelar seu nome ou qualquer informação relacionada a sua privacidade, conforme assegura a lei e as Res. 466/2012 e 510/2016.

ANÁLISE: pendência sanada

2. **PENDÊNCIA:** "(ii) Indicar as estratégias de prevenção e minimização dos riscos apontados." e "(iii) Disponibilizar assistência em caso de danos decorrentes da participação na pesquisa."

ALTERAÇÃO NO TCLE: Esta pesquisa pode evocar memórias e sentimentos relacionados a experiências passadas desagradáveis tanto para você, quanto para sua criança. Reconhecendo a existência destes riscos as pesquisadoras ficarão atentas para quaisquer sinais que indiquem desconforto durante a entrevista. Se ainda assim, alguma repercussão for identificada pelas pesquisadoras, os participantes serão orientados a buscar atendimento na rede de atenção à saúde e os apoiarão para isto. É também garantido a você e à sua criança o direito de interromper a qualquer momento e ainda se recusar a continuar participando da pesquisa, sem que isto implique em prejuízos a você ou sua criança. Se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, você terá direito à indenização, através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil e a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

ANÁLISE: pendência sanada

3. **PENDÊNCIA:** "(iv) Nos itens "Comissão de Ética" e "Dúvidas": deve ser indicado que o Comitê de Ética (não comissão) poderá ser contatado em caso de dúvidas acerca de aspectos éticos da pesquisa; demais dúvidas serão sanadas pelo pesquisador."

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 4.397.579

ALTERAÇÃO NO TCLE: Durante todo o estudo, o Comitê de Ética poderá ser contatado em caso de dúvidas em relação aos aspectos éticos da pesquisa. Para demais dúvidas você poderá contatar o pesquisador para esclarecimento.

ANÁLISE: pendência sanada

4. **PENDÊNCIA:** "(v) Incluir a informação de que "Uma versão do TCLE e do TAE será enviada por meio eletrônico ou por Correio, conforme escolhido pelos participantes"."

ALTERAÇÃO NO TCLE: Foi incluído no TCLE "Estou ciente de que receberei uma versão do TCLE e do TALE que deverá ser enviada por meio eletrônico ou por Correio, conforme a minha escolha".

ANÁLISE: pendência sanada

5. "(vi) Incluir campo de consentimento separado (com gravação específica do consentimento no contato telefônico) para registro de voz e imagem. Inserir garantia de que as gravações só serão utilizadas na pesquisa, e, se pretenderem utilizar as imagens em publicações ou divulgações da pesquisa, fazer um termo de cessão de uso de imagem em documento separado."

ALTERAÇÃO NO TCLE: Foi incluído:

Registro de voz e imagem: Ressalta-se que toda a entrevista deverá ser gravada por um dispositivo gravador de voz e de vídeo, no entanto somente o conteúdo da gravação de voz serão utilizados na pesquisa. Durante o contato telefônico faremos também a gravação do seu consentimento de participação na pesquisa.

Incluiu-se também campo para marcação do consentimento:

"() Autorizo a gravação do vídeo da entrevista

() Não autorizo a gravação do vídeo da entrevista"

ANÁLISE: pendência sanada

Para solucionar a pendência apontada no TALE, a pesquisadora apresentou as seguintes alterações:

PENDÊNCIA: "- No TALE, incluir a informação de que as imagens da chamada serão gravadas."

ALTERAÇÃO NO TALE: A chamada de vídeo será gravada, portanto iremos registrar sua voz e imagem, porém somente o que for falado por você será utilizado para desenvolvermos esta pesquisa. Sua participação permanecerá em segredo.

ANÁLISE: pendência sanada

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 4.397.579

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do saneamento das pendências apontadas, recomendo a aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa, apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1638606.pdf	05/11/2020 13:58:43		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoFinal05112020.docx	05/11/2020 13:58:21	Elysangela Ditzz Duarte	Aceito
Outros	carta_resposta0511.docx	05/11/2020 13:56:28	Elysangela Ditzz Duarte	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_tale_0511.docx	05/11/2020 13:54:38	Elysangela Ditzz Duarte	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoassinada.pdf	22/10/2020 14:51:29	Elysangela Ditzz Duarte	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	parecercamaradepartamental.pdf	22/10/2020 14:50:53	Elysangela Ditzz Duarte	Aceito
Orçamento	orcamento_final.pdf	21/10/2020 14:55:57	Elysangela Ditzz Duarte	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termo_de_anuencia_institucional.pdf	21/10/2020 14:54:05	Elysangela Ditzz Duarte	Aceito
Cronograma	cronograma_projeto.pdf	21/10/2020 14:53:07	Elysangela Ditzz Duarte	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 4.397.579

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 13 de Novembro de 2020

Assinado por:
Corinne Davis Rodrigues
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

APÊNDICE G - Qualificação da apreciação de cada participante, segundo suas experiências de hospitalização

Qualificação da apreciação de cada participante, segundo suas experiências de hospitalização			
Família	Participante	Apreciações	Qualificação
1	C1	Para C1, <i>“foi um pouco chato [ficar no hospital pelo coronavírus]”</i> ; sentiu medo <i>“do corona”</i> e não gostava que as enfermeiras e médicos <i>“ficavam conversando...”</i> . Durante o momento em que esteve hospitalizado <i>“ficava triste...”</i> ; com raiva, não brincava, <i>“só ficava dormindo. Só”</i> e <i>“só assistia televisão”</i> quando sentia falta das suas irmãs.	Negativa
	V1	Sentimentos iniciais negativos: <i>“sensação de choro,” de que a pessoa não vai voltar</i> , mais intensos porque segundo V1 <i>“a gente trabalhando na área, aí que mais preocupante é, né? [...] você está vedado o dia a dia, a conduta, né? Não tem como escapar”</i> . Não teve apoio para ir trabalhar no momento da hospitalização. Seu marido <i>“já tem 60 anos”</i> e M1, por mal comportamento, foi proibida de acompanhar seu filho. <i>“O isolamento. É chato mesmo, sabe? Muito deprimente [...] e é muito desconfortável, não é fácil, sabe? [...] dá a impressão que você... assim... que você está infectado, sabe?”</i> . Citou os profissionais de saúde como ponto positivo <i>“eles chegam ali, é... conversa, brinca com as crianças, isso é assim, fundamental, sabe?”</i>	Negativa
2	C2	<i>“A gente pega ela [Coronavírus] e morre”</i> era sua percepção sobre a doença no momento da entrevista. Se sentiu <i>“triste”</i> , com medo e <i>“ruim! ruim!”</i> ; pensou <i>“que eu ia morrer!”</i> quando foi hospitalizado pela COVID-19. Mesmo assim, de maneira geral sentia <i>“alegria”</i> e foi <i>“legal”</i> ficar no hospital porque <i>“comia, bebia... é... ficava jogando... ficava... deitado... ficava morr/ aí minha mãe ficava [...] pegando água pra mim... tinham os brinquedos...”</i> . Conta que gostava de tudo no hospital e não teve nada que fizessem ou falassem com ele que não tenha gostado. <i>“Nada”</i> o atrapalhou a ficar bem, mas <i>“remédio, injeção... coisas”</i> o ajudaram.	Positiva
	M2	Ao chegar no hospital, <i>“eu fui MUITO bem atendida. [...] foi tudo muito rápido! Assim, o pessoal que me atendeu no plantão dia lá no H2, setor de pediatria é excepcional... [...] eu AMEI o atendimento. MUITO bom, MUITO atenciosos os enfermeiros... muito carinhosos com as crianças”</i> . Ao saber que poderia ser COVID-19, <i>“eu não fiquei assustada, porque estava bem na época da epidemia e tudo, né? Eu já imaginava”</i> . Mesmo não ficando assustada, conta que inicialmente, ficou <i>“abalada”</i> e <i>“pedindo a Deus”</i> porque a saturação de seu filho estava baixa, <i>“nós ficamos sacolejados, mas confiantes, né? Por conta do hospital, por conta da equipe do hospital, por tudo isso”</i> . Além disso, conta que P2 não foi impedido de ir ao hospital.	Positiva
3	C3	<i>“Coronavírus é uma coisa que já matou MUITA gente, né? [...] então eu fiquei com muito medo quando eu peguei”</i> . Para passar o tempo, <i>“só assistia TV”</i> , apesar de ter <i>“vontade de levantar, correr, brincar, mas não podia. Tinha que ficar só no quarto”</i> . Teve que comer <i>“a comida do hospital que era MUITO diferente”</i> e <i>“um pouquinho [ruim]”</i> . Ficar no hospital foi <i>“ruim”</i> pois <i>“era a única criança naquele hospital”</i> . Além disso conta que ficou <i>“o dia inteiro em uma maca sem fazer nada... e aí eu fiquei BASTANTE nervosa”</i> . Se sentiu muito triste e chateada ao ter que fazer o	Negativa

		teste e por não estar em sua casa: <i>“você sabe que você/ porque se você está no hospital, você sabe que você não está bem”</i> . Não gostava que <i>“colocassem o cotonete no meu nariz para fazer o teste”</i> . E não gostava que falassem que C3 <i>“só ia sair de lá quando eu melhorasse da falta de ar”</i> . Nada a atrapalhou a ficar bem no hospital, mas o que a ajudou foi sua mãe.	
	M3	Apesar de citar como pontos positivos a atenção dada pelos profissionais de saúde, do tempo ter sido longo, mas rápido e de não ter tido dificuldades durante a hospitalização, questionava se C3 não estaria melhor em casa: <i>“parecia melhor tratar em casa...”</i> pois estar no hospital <i>“é muito pior”</i> . C3 <i>“era a única internada de COVID no hospital, a ala dela toda vazia...”</i> ; sentia medo e preocupação de não dar conta sozinha, <i>“quando você entra lá, você não pode sair, é só você, não pode ter outro acompanhante [...] é eu e ela só”</i> e preocupação em relação ao seu trabalho <i>“eu estou aqui no hospital e eu preciso trabalhar... meu serviço está lá...”</i> . Sentia culpa por ter infectado C3.	Negativa
4	C4	Sobre o Coronavírus C4 não soube dizer o que acontece com as pessoas quando adoecem pelo Coronavírus, mas diz que sabe que <i>“tem que usar máscara, usar álcool e sempre lavar as mãos”</i> . Ao saber que poderia estar com a doença, pensou <i>“que isso ia acabar rápido e acabou!”</i> . Diz ainda que <i>“o cheiro do hospital era até bom, mas só que ficar internada mil anos depois, não”</i> , isso porque C4 precisava <i>“ficar toda hora olhando para a mesma vista”</i> . Durante este momento não gostava que <i>“falassem que eu ia ficar internada”</i> e não gostou de fazer o teste. Conta que tinha momentos em que ficava feliz durante a hospitalização, mas sentia saudade de voltar para sua casa e ao <i>“lembrar da minha vó eu fiquei um pouco triste, porque ela estava longe...”</i> . Se pudesse dar um conselho, <i>“ia dizer... pra... pras crianças que estão lá [no hospital] irem embora!”</i> .	Negativa
	M4	Não teve a notícia, pelos profissionais de saúde, de que C4 ficaria hospitalizada por COVID-19, ficou sabendo quando entrou no quarto que ficaria e outra mãe a perguntou <i>“ela também está com COVID? aí eu falei assim ‘Não!’”</i> . Por não conseguir se entender com a secretária e profissionais de saúde, chamou a polícia para tentar tirar sua filha do hospital. Apesar do atendimento ter mudado para melhor, depois de tal episódio sentia que <i>“não tinha nenhum apoio, porque estava sozinha, só eu e ela lá, né?”</i> . Negou que sua filha estava com a doença até a saída do teste com resultado positivo.	Negativa
5	C5	Conta que sabe o que acontece com as pessoas quando adoecem por COVID-19 e quando adoeceu pediu para ser levado para o hospital e estava com o “corpo doendo”. Ao saber que poderia ser coronavírus pensou que iria morrer, mas não ficou preocupado. Não gostou de ficar hospitalizado “por causa do COVID”.	Negativa
	M5	Ao ficar sabendo que C5 estava com suspeita de COVID-19, <i>“pensei que ele ia morrer, porque ele ia morrer, porque ele é prematuro...”</i> ; ficava pedindo a Deus para que seu filho não fosse entubado e P5 ficou <i>“desesperado, não sabia se ficava lá, se ficava aqui, que tinha mais menino pra cuidar [em casa] ...”</i> , além disso, P5 não podia entrar no hospital. Diz que ficou <i>“muito triste”</i> e a hospitalização foi <i>“horível né? Porque se ele ficasse entubado lá, eu ia ter que ir embora”</i> ; <i>“hospital é só Deus, Não presta não... misericórdia!”</i> . Mesmo tendo sido bem recebido e bem	Negativa

		tratada <i>“como se fosse a casa da gente”</i> , conta que ficou <i>“mais desesperada mais é com o meu menino”</i> .	
6	C6	“só sei que tem que usar máscara e o álcool em gel!” foi o que C6 disse que sabia sobre o Coronavírus. Disse que não sentiu “na:da” quando precisou ficar hospitalizado pela suspeita da doença. “Estava com bronquite asmática” e precisou ficar “4 mil dias lá [no hospital]!”. Gostava de ficar no hospital, mas se sentia triste por não poder ver seu pai. Sentia falta de seu amigo “Porque ele brincava muito comigo!”, não gostava que “punham [um negócio] no meu nariz, era chato demais” e conta que quando falaram que “ia pôr o negócio no meu nariz e eu fiquei muito triste!”.	Negativa
	M6	Ao ser transferido para o H4, onde C6 estava diagnosticado com bronquite asmática, sentiu “medo, e preocupação... é angústia, um mix de sentimentos” por ele não poder “ficar com acompanhante, foi quando a gente precisou chamar a polícia, registrar ocorrência para eu poder acompanhar ele e evitar de ele ir EXATAMENTE para a ala do COVID”. Além disso questionou “qual é a chance de ele sobreviver se ele pegar uma doença que JÁ ATACA AINDA MAIS O PULMÃO?”. Um momento difícil foi quando o profissional de saúde disse “o mãezinha, o seu filho não é o único a passar por isso” e “só de imaginar outra criança igual ao meu, indefeso, passando pela mesma situação que o meu filho passou... isso... DÓ!”. O Resultado do exame negativo para COVID-19 só saiu ao final da hospitalização de C6.	Negativa
7	C7	<i>“Eu não gostei nada [...] na verdade, a vida lá era péssima”</i> , foi o que C7 falou sobre sua hospitalização. <i>“Sentia muita saudade”</i> da sua família e ficar <i>“quietinha”</i> era a <i>“única coisa que eu tinha pra fazer”</i> , tinha que “ficar na cama o tempo todo”. Para C7 a comida não tinha <i>“cara boa”</i> e mesmo depois de pedir macarrão, não comeu, pois não era como ela esperava <i>“macarrão grande [...] molhadinho, com carninha”</i> . <i>“Ficou muito triste”</i> pois a <i>“furavam para qualquer coisinha!”</i> , a acordavam a noite para tomar injeção <i>“eu já estava cochilando, já vem a moça me furar de novo”</i> . Não gostava de usar <i>“um tubinho envolta da cabeça pra respirar”</i> (cateter nasal) pois incomodava, <i>“coçava o nariz”</i> e a <i>“atrapalhava a RESPIRAR”</i> . Se sentia estressada e nervosa devido sua condição de saúde que a atrapalhava a conversar com sua mãe <i>“quando eu ia falar alguma palavra saia um ‘iiiiii’ NA HORA [...] aí ficava difícil da minha mãe saber o que eu queria!”</i> . Não conseguia tomar o remédio prescrito pois <i>“eram DOIS remédios GRANDÕES”</i> .	Negativa
	M7	“meu mundo realmente caiu” foi saber que C7 ficaria hospitalizada no CTI por COVID-19. Porque “a gente que trabalha na área da saúde, a gente sabe como que é, pode ser para o bem também e pode ser... né? Que complique, pode ser para o mal”. Sentia medo de entubá-la pois os profissionais “furavam ela MUITO, né? Ficavam fazendo TESTES o tempo todo com ela. Outra questão que tornou a hospitalização mais difícil foi que C7 ficou grossa e agressiva com M7 “então eu tinha que lidar com o sentimento de ela estar em cima de uma cama com o sentimento dela estar de grosseria comigo que era a pessoa que estava ali cuidando dela o tempo e... não tinha aquele retorno”. Apesar de tudo, “o cuidado que as médicas tiveram” com ela ajudou a diminuir os sentimentos negativos “elas vinham, elas conversavam muito comigo, elas me tiravam de dentro lá/ que a gente ficou em isolamento, né? Elas pediam que eu saísse, conversavam comigo, tentavam o TEMPO TODO me deixar mais	Negativa

		tranquila em relação a situação que a C7 estava passando”.	
8	M8	“Desinformação” foi uma questão enfrentada durante a hospitalização de C8. Ficou insatisfeita com a higienização do ambiente e com a facilidade de entrada e saída de pessoas, antes da contaminação de C8 por COVID-19. Para ela, deveria “ser fiscalizado” e por isso se sentiu tratada “como qualquer pessoa”. Se sentiu apoiada apenas por uma “mulher que entregava o almoço [...] ela não tinha preconceito com C8”, pois as demais não “queria saber se você tinha uma água, se você tinha coisas [comidas]... geralmente eu tinha por que eu levava”. Se M8 “soubesse que o hospital lá era assim eu tinha vendido um carro e mandado ele pra outro lugar” pudesse dar um conselho diria para os profissionais do hospital “terem mais carinho, mais cuidado porque da mesma forma que é um filho meu poderia ser um parente deles”	Negativa
9	M9	Saber que C9 precisaria ficar hospitalizado foi um “susto”, “muito medo e preocupação”, “cansativo porque hospital é uma coisa que cansa muito... [...] mexe com a gente e com o psicológico”. Mesmo com esses sentimentos que não permaneceram durante toda a hospitalização, sente que C9 foi bem assistido “os hospitais estão bem-preparados igual, graças a Deus ele tem plano de saúde, [...] muito bem atendido, muito bem assistido... é... muito bem cuidado e é uma coisa que faz muita diferença. [...] a gente... está vendo que está sendo feito tudo que tem para fazer”. Sobre as medidas de prevenção ao COVID-19, “era tudo feito da maneira certa, a questão de... né? Das roupas [...] os procedimentos... eu acho que assim, se tratando da experiência que eu tive, [...] pelo menos onde a gente ficou era tudo muito rigoroso, organizado, sabe?”	Positiva
10	M10	Ao saber que C10 estava com suspeita de COVID-19 pensou que seu “mundo estava desabando. Desabou”. Nesse momento estava com sua mãe também hospitalizada por COVID-19 em estado grave, que veio a falecer posteriormente. Posteriormente, seus tios também precisaram ser hospitalizados em estado grave. Sua ficha caiu “MESMO quando eles colocaram [C10] em um quarto de vidro, em isolamento e enfiado em aparelhos”. Para M10 foi um sofrimento também ver outras crianças entubadas e ver o que outras famílias estavam passando devido a doença. M10 entrou em depressão, foi proibida de ficar com C10 durante a hospitalização pois estava “PIORANDO a situação dele [C10]”. Mesmo com a experiência negativa, o “hospital é excelente, eu não tenho nada a reclamar do hospital nem dos médicos” que atenderam C10 no hospital.	Negativa
11	M11	No início da hospitalização M11 não teve “NADA a reclamar. Todos assim com muito cuidado... é... tratando ela direitinho, medindo tudo nela... é... cuidando muito bem dela... dava a alimentação certinha, né?” No entanto, não foi relatado para a família que C11 era um caso suspeito de COVID-19 no momento da hospitalização”. Minutos antes de “receber a alta que eles tinham falado que o exame tinha dado positivo. Aí ninguém preparou nada”. Conta como a falta de informação a colocou em maior risco de contaminação pelo vírus “faltou informação. Entendeu? Faltou orientação ‘olha, toma muito cuidado, não faça isso... toma aqui as máscaras, vocês trocam as máscaras, se você estava com ela você troca de máscara...’ é isso, isso que faltou”. M11 conta que ficou “traumatizada” ao saber do diagnóstico de sua filha e seu mundo caiu por não saber depois para onde ir com a criança, nem o que fazer.	Negativa

		Durante a hospitalização “o desafio foi fazer ela [C11] aceitar [ficar hospitalizada], porque ela não estava aceitando, ela queria vir pra casa o tempo todo, ela chorava pra vir embora, ela queria as coisinhas dela”. Outra questão dificultadora foi o isolamento hospitalar, pois M11 “precisava de uma AJUDA [...] para cuidar dela”.	
12	M12	“A gente pensa o pior ‘a, será que eu vou perder o meu filho? Será que é algo muito grave? Será que meu filho vai se recuperar?’ O que a gente pensa só Deus sabe, né? Porque você entra em estado de pânico, você não sabe se você pega ele e tira ele dali e leva embora pra proteger ou se você fica para descobrir o que TEM” Foi o que M12 pensou quando ficou sabendo da suspeita de COVID-19 de seu filho. Para ela, já ter perdido um filho anteriormente influenciou no “estado de pânico”, pois “a gente... quando a gente perde um filho a gente tenta proteger o outro o máximo que a gente pode, né? Mas só Deus sabe o que acontece”. Uma questão que dificultou a hospitalização de C12 foi a mãe de M12 querer “ir pra lá ficar com ele e eu não quis deixar, eu quis ficar lá o tempo inteiro” e chegou a ameaçar de chamar a polícia para sua mãe, caso ela fosse ao hospital. Outra questão foi o isolamento hospitalar, pois para M12, “a gente precisa um pouco de companhia para conversar. Porque a pessoa ali, ela não tem aquela força para estar ali”.	Negativa
13	C13	Para C13 o tempo de hospitalização foi mais que tempo real “10 dias”. Demorou, pois, ele ‘queria sair, ir embora para os meus brinquedos, jogar bo:la’; sentia falta do seu pai, não gostava que o furassem, pois “doeu muito”, foi em seu “braço mais forte” e teve que desenhar “com a mão esquerda que eu não desenho bem”. Antes de furá-lo sentia medo pois “achava que, ia doer e doeu! Até hoje está doendo!”. E não gostou de precisar de mudar de quarto durante o tempo em que ficou hospitalizado (isolado/não isolado).	Negativa
	M13	Ao saber da necessidade de hospitalização de C13 por COVID-19, sentiu “medo. É... insegurança, né? Que tudo ligado à pandemia é tudo muito difícil ainda”. Além disso, M13 conta sobre a falta de informação sobre a saúde de C13, pois não sabia o que estava acontecendo e não entendia por que seu filho estava fazendo tanto exame. O mais difícil para foi só poder “entrar um acompanhante” e se sentia “sozinha com ele (C13)”. O sentimento de solidão permanecia mesmo com o acolhimento da equipe. O medo foi potenciado pois a família tinha “um vizinho que teve Kawasaki (mesmo quadro de C13) com a idade do C13 [...] e ele não resistiu na época”. A hospitalização se tornou mais difícil pelas mudanças “de quarto... aí eu carregava ele pra um lado, carregava ele pro outro...”, devido aos testes positivos/negativos para COVID-19.	Negativa
14	C14	“Não gostei muito não” foi o que C14 falou sobre sua hospitalização, “por causa que a cama de lá não é muito confortável”. Não se sentiu “bem muito lá” e pensou que não iria voltar para casa pois ficou muito “ruim”. Sentia falta de seu pai e de seu cachorro. Não gostava que colocassem “o cotonete LÁ dentro do nariz” para fazer o teste de COVID-19, não gostava de tomar remédio “que precisava tomar” e não gostava de tirar sangue. Apesar das partes negativas, C14 gostou da “banheira de lá”, pois sua mãe “levou um tanto de bonequinho pra lá e eu brincava com bonequinho com ela”.	Negativa
	V14	Ficar sabendo que C14 estava com COVID-19 foi a “pior coisa” porque “você vê um tanto de gente morrendo e vai	Negativa

		achar que sua filha vai morrer também”. Ficou mais tranquila depois que C14 tomou o remédio para carrapato e começou a melhorar. Quando C14 ficou hospitalizada, para M14 “a pandemia estava muito nova” e até hoje está “tudo muito mal-informado”. Apesar disso, o que foi útil durante esse momento foram os médicos e a enfermagem que a “ajudaram em tudo, conversavam com a gente, cuidavam muito bem dela, dava uma atenção especial, brincava com ela, conversava com ela... [...] conforta a gente”	
15	C15	Para C15 “foi chato” ficar no hospital porque ele só teve “uma coisa de comer”, que era “pão... dois pão!” Lembra que ficou “deitado na cama” quando chegou no hospital e que ficou “mal”. C15 começou a chorar ao lembrar de sua hospitalização e não conseguiu finalizar a entrevista.	Negativa
	M15	C15 já havia ficado hospitalizado anteriormente e por isso, M15 disse que foi “MUITO difícil [...] quando a criança fica hospitalizada, a gente fica hospitalizado junto também, né?”. Sentiu medo “de não conseguir... é... salvar a vida”. Apesar do medo, não se importava de “ficar lá o tempo que fosse preciso. Ele saindo bem, era o que importava”. Não precisaram ficar em isolamento devido ao teste já negativado após dois dias de hospitalização, mas precisavam usar máscara, álcool gel e os profissionais “limpavam tudo direitinho”. Se sentiu preocupada quando M15 precisou fazer pedido de um medicamento na secretaria de saúde da cidade, mas foi conseguido rapidamente. M15 é grata por C15 ter sido “MUITO bem assistido” tanto pelas enfermeiras quanto pelos médicos. MED1 tratava C1 como se fosse seu próprio filho e fazia orações que a fazia sentir tranquilizada em saber que seu filho estava sendo bem tratado.	Positiva

Fonte: Realizado pela autora.

ANEXOS

ANEXO A - Escala de Apoio Social (Medical Outcomes Study; MOS-SSS)

As próximas perguntas são sobre aspectos da sua vida com a família e amigos na sua vida pessoal e oportunidades em que as pessoas procuram por outras em busca de companhia, ajuda ou outros tipos de apoio.

1. Que o ajude se você ficar de cama?

1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Quase sempre 5. Sempre

2. Para lhe ouvir quando você precisa falar?

1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Quase sempre 5. Sempre

3. Para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise?

1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Quase sempre 5. Sempre

4. Para levá-lo ao médico?

1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Quase sempre 5. Sempre

5. Que demonstre amor e afeto por você?

1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Quase sempre 5. Sempre

6. Para divertirem-se juntos?

1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Quase sempre 5. Sempre

7. Para lhe dar informação que o ajude a compreender determinada situação?

1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Quase sempre 5. Sempre

8. Em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?

1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Quase sempre 5. Sempre

9. Que lhe dê um abraço?

1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Quase sempre 5. Sempre

10. Com quem relaxar?

1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Quase sempre 5. Sempre

11. Para preparar suas refeições se você não puder prepará-las?

1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Quase sempre 5. Sempre

12. De quem realmente quer conselhos?

1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Quase sempre 5. Sempre

13. Com quem distrair a cabeça?

1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Quase sempre 5. Sempre

14. Para ajudá-lo nas tarefas diárias se você ficar doente?

1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Quase sempre 5. Sempre

15. Para compartilhar seus medos e preocupações mais íntimos?

1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Quase sempre 5. Sempre

16. Para dar sugestão sobre como lidar com um problema pessoal?

1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Quase sempre 5. Sempre

17. Para fazer coisas agradáveis?

1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Quase sempre 5. Sempre

18. Que compreenda seus problemas?

1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Quase sempre 5. Sempre

19. Que você ame e faça você se sentir querido?

1. Nunca 2. Raramente 3. Às vezes 4. Quase sempre 5. Sempre

ANEXO B – Parecer do projeto pela Câmara Departamental



ESCOLA DE
ENFERMAGEM

PARECER

Título do Projeto: Relação entre Determinantes Sociais de Saúde e o adoecimento por COVID-19 em crianças de 7 a 9 anos

Interessadas: Orientadora: Profª. Dra. Elysângela Dittz Duarte

Orientanda: Juliana Barony da Silva

Relatora: Prof.ª Dr.ª. Sheila Aparecida Ferreira Lachtim

Histórico

No dia 06 de julho de 2020, recebi via e-mail da secretaria do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública (EMI) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EE-UFMG) o projeto intitulado “Relação entre Determinantes Sociais de Saúde e o adoecimento por COVID-19 em crianças de 7 a 9 anos” para análise e parecer.

Mérito

O projeto apresenta a pandemia Covid-19, descrevendo sua origem, morbidade e transmissibilidade, explicitando as especificidades da doença nas crianças. Traz como panorama o distanciamento social, enquanto medida de contenção da disseminação do vírus e consequências nas formas de viver das pessoas. Reitera que para a saúde das crianças os efeitos podem ser drásticos na oferta de cuidados, apoio psicossocial e comunicação entre famílias e profissionais.

Apresenta estudos que tiveram como respondentes crianças de 5 a 19 anos na pandemia da SARS para argumentar que, como informantes, crianças podem revelar suas vivências e, assim, possibilitar um melhor planejamento dos cuidados específicos e singulares para esta população.

O estudo parte do pressuposto de que as medidas para tratamento e prevenção da infecção pela doença do novo coronavírus pode produzir mudanças significativas com impacto intenso sobre o cotidiano das crianças e que o contexto de vida, como aspectos econômicos, sociais, culturais, de condições de saúde podem influenciar na maneira como elas passam por esta situação. As questões de pesquisa são: “Como as crianças estão vivenciando a situação de adoecimento por COVID-19? Quais as repercussões que esta situação pode produzir em suas vidas? Em que medida aspectos como educação, habitação, condições socioeconômicas, serviços de saúde e apoio social, tem interferido na qualidade de vida e saúde mental dessas crianças?”.

O objetivo geral é “analisar as repercussões do adoecimento por COVID-19 nas condições de vida de crianças de 07 a 09 anos de idade”. Os objetivos específicos são:

- Explorar como as crianças compreendem o seu adoecimento e os cuidados demandados;
- Identificar as implicações do isolamento social sobre o cotidiano das crianças com a COVID-19;
- Verificar relação entre aspectos educação, habitação, condições socioeconômicas, serviços de saúde e apoio social, tem interferido na qualidade de vida e saúde mental de crianças com COVID-19.

No que se refere ao desenho metodológico, foram apresentados detalhadamente o referencial teórico dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS), conforme Dahlgren e Whitehead, e a abordagem mista do tipo paralelo convergente, a partir da qual a integração de dados qualitativos e quantitativos permite maximizar os pontos fortes e minimizar os pontos fracos de cada tipo de pesquisa.

O campo de estudo será a cidade de Belo Horizonte e região metropolitana, no Estado de Minas Gerais. A amostra do estudo será composta por crianças de 7 a 9 anos com diagnóstico confirmado de infecção pelo SARS-COV-2, com cuidador principal com idade igual ou superior a 18 anos. Optou-se por crianças nessa faixa etária devido ao fato de já terem iniciado a escolarização e apresentarem aspectos semelhantes no desenvolvimento. Os cuidadores principais contribuirão informando a renda familiar, plano de saúde, habitação, apoio social, acesso a serviços de saúde, entre outras informações que as crianças nessa faixa etária podem desconhecer ou não ter uma informação fidedigna.

As pesquisadoras apresentaram um fluxograma para coleta dos dados. O início está previsto para outubro de 2020. As crianças com a infecção pelo coronavírus serão identificadas por meio da ficha de notificação junto a Vigilância Epidemiológica da Prefeitura de Belo Horizonte. Será realizado o contato com o responsável indicado na ficha para apresentar a pesquisa e convidá-lo para participar no prazo entre 30-45 dias após a notificação. Nessa ocasião será realizada a leitura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para cuidador e do Termo de Assentimento Esclarecido (TAE) para as crianças. O consentimento será obtido por telefone, sendo feita a gravação de voz da declaração de aceite. Uma versão de cada termo será enviada por meio eletrônico ou pelo Correios, conforme escolhido pelos participantes. Após o aceite a pesquisadora agendará uma entrevista por vídeo chamada que deverá ser realizada até 60 dias após a notificação.

A coleta dos dados será realizada por vídeo chamada. As pesquisadoras apresentam essa técnica baseada em outros estudos que a utilizaram e apontam que a vídeo chamada permite a captura de uma maior quantidade de aspectos e detalhes do que aqueles apreendidos em notas de campo.

A pesquisa utilizará cinco instrumentos de coleta de dados, sendo dois construídos pelo grupo de pesquisa, entre eles o questionário sociodemográfico (elaborado a partir de perguntas do *National Survey of Children's Health*) e o instrumento de entrevista semiestruturado sobre repercussões do adoecimento e do distanciamento social. Esses materiais serão avaliados por experts na área e testados para sua aplicabilidade com previsão para setembro. Além dos instrumentos construídos, serão incorporadas as escalas: Escala de qualidade de vida da criança (EQVC); Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ-Port); e Escala de Suporte Social (MOSS).

Os dados quantitativos terão suas variáveis selecionadas de acordo com o modelo de DSS organizados em quatro camadas: Camada 1 – aspectos individuais; Camadas 2 e 3 - Estilo de vida dos indivíduos e Redes Sociais e Comunitárias; e Camada 4 - Condições de vida e de trabalho.

A análise da pesquisa será do tipo paralelo convergente que permite a comparação entre os dados quantitativos e qualitativos. Ou seja, compara os resultados dos dois bancos de dados de forma simultânea com o objetivo de determinar convergências, diferenças e combinações.

Os dados quantitativos serão apresentados em tabelas com médias (desvio-padrão) ou medianas (intervalo interquartilico) das variáveis numéricas e frequências das variáveis categóricas relacionadas à caracterização da população. Posteriormente, os dados serão testados quanto à normalidade pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. A partir do resultado da

normalidade, os dados serão avaliados pelos testes T-Student ou Mann-Whitney para as variáveis quantitativas ou qui-quadrado/ exato de Fisher no caso de dados categóricos, para análises bivariadas entre variáveis de exposição e desfechos. Para análise da associação entre as variáveis de exposição e os desfechos serão realizados modelos de regressão logística multivariada. Para a avaliação dos ajustes dos modelos serão realizados testes de Goodness of Fit. Para todas as análises será fixado um nível de significância de 5%, portanto resultados com valor p menor ou igual a 0,05 serão considerados significativos. Os dados serão analisados por meio dos softwares Stata, versão 14.0.

Os dados qualitativos, obtidos por meio das entrevistas serão submetidos à Análise de Conteúdo Direta, com a intenção de buscar significados nos discursos dos familiares. Será utilizado o software MAXQDA 2020[®]. Tal software é voltado para análise de dados qualitativos e métodos mistos, sendo possível a integração dos métodos qualitativo e quantitativo.

Em anexo estão os instrumentos para coleta de dados, que condizem com o objetivo da pesquisa, os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido e de Assentimento, em observância à Resolução 466/12, que trata de pesquisas com seres humanos. Após aprovação na câmara departamental o projeto será submetido para aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais. O projeto apresenta cronograma exequível e previsão orçamentária de 2.561,00 que será captado por meio de agências de fomento.

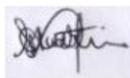
Considerações

O estudo é relevante e atual, pois está relacionado a Pandemia do Covid-19 e a sua repercussão nas vidas das crianças. O projeto está bem fundamentado, teórica e metodologicamente, e tem objetivo claramente definido.

CONCLUSÃO:

Diante do exposto, sou favorável à aprovação deste projeto de pesquisa, salvo melhor juízo da Câmara Departamental.

Belo Horizonte, 12 de julho de 2020.



Sheila Aparecida Ferreira Lachtim

Aprovado em Reunião da Câmara Departamental
em 13/07/2020



Prof. Ed Wilson Rodrigues Vieira
Subchefe do EMI

ANEXO C - Termo de anuência institucional SMSA-BH



TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Declaramos conhecer o projeto de pesquisa 'Relação entre Determinantes Sociais de Saúde e o adoecimento por COVID-19 em crianças de 7 a 9 anos', sob a responsabilidade da pesquisadora Elysangela Dittz Duarte, CPF 10.863.416-78, cujo objetivo é 'analisar as repercussões do adoecimento por COVID-19 nas condições de vida de crianças de 07 a 09 anos de idade' e autorizamos que este estudo seja executado nas Unidades da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – SMSA-BH.

Esta autorização foi subsidiada por uma apreciação institucional das gerências responsáveis pela temática da pesquisa e está condicionada ao cumprimento pelos (a/o) pesquisadores (a/o) dos requisitos das Resoluções 466/12, 510/16 e suas complementares.

A SMSA-BH deverá constar como coparticipante da pesquisa.

Solicitamos que, ao término da pesquisa, a data da apresentação do trabalho seja informada à Assessoria de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, assim como a referência do mesmo, em caso de publicação.

A utilização dos dados pessoais dos sujeitos da pesquisa se dará exclusivamente para os fins científicos propostos, mantendo o sigilo e garantindo a utilização das informações sem prejuízo das pessoas, grupos e ou comunidades.

O início do estudo dependerá de sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMSA.

Este Termo de Anuência terá validade de 24 (vinte e quatro) meses, a partir de sua assinatura.

Belo Horizonte, 22 de setembro de 2020

Lúcia Maria Miana Mattos Paixão – BM 36.657-2
 Diretoria de Promoção à Saúde e Vigilância
 Epidemiológica – SMSA/BH

Lúcia Maria Miana Mattos Paixão

Lúcia Maria Miana Mattos Paixão
 Diretoria de Promoção à Saúde e
 Vigilância Epidemiológica
 Secretaria Municipal de Saúde/SMSA

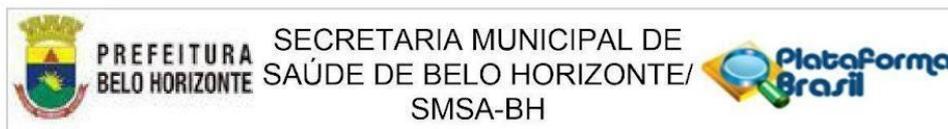
Cláudia Fidelis Barcaro

Cláudia Fidelis Barcaro
 Gerência de Educação em Saúde
 Secretaria Municipal de Saúde/SMSA

Assessoria de Educação em Saúde
 ASEUS-SA / SMSA-BH

BM 106
 Termo de Anuência
 CORREN-MS 2020

ANEXO D - Aprovação do projeto de pesquisa pelo COEP SMSA-BH



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Relação entre Determinantes Sociais de Saúde e o adoecimento por COVID-19 em crianças de 7 a 9 anos

Pesquisador: Elysangela Dittz Duarte

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 39447720.0.3001.5140

Instituição Proponente: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/ SMSA-BH

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.466.214

Apresentação do Projeto:

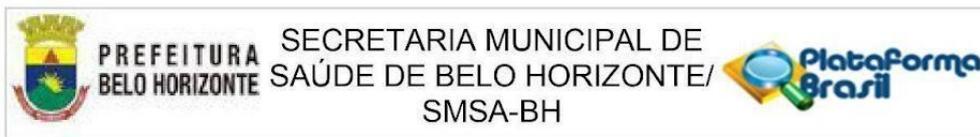
Para esta investigação será adotado o referencial teórico dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) e será utilizada como delineamento desta investigação a abordagem mista do tipo paralelo convergente. O modelo de Dahlgren e Whitehead (1991), apresenta os determinantes sociais a partir de suas vinculações com os comportamentos individuais, às condições de vida e trabalho, bem como relacionados à macroestrutura econômica, social e cultural, com íntima relação entre eles. A coleta de dados iniciará em outubro de 2020. O fluxo de coleta de dados irá acontecer a partir da identificação de crianças com confirmação da infecção pelo coronavírus junto à Vigilância Epidemiológica da Prefeitura de Belo Horizonte.

Feita a identificação, num primeiro momento será coletada as informações da ficha de notificação como nome, endereço, telefone, manifestações clínicas e data da notificação a partir do instrumento Coleta de Dados na ficha de notificação. Entre 30 a 45 dias da data da notificação o pesquisador entrará em contato telefônico através do telefone de contato da ficha de notificação e identificará o responsável pela criança.

Será então feita a apresentação da pesquisa e o convite para participação da criança e do responsável.

Será feita a leitura dos Termos para o cuidador e também para a criança. O consentimento será obtido por telefone, sendo feita a gravação de voz da declaração de aceite. Uma versão do TCLE e do TAE será enviado por meio eletrônico ou por Correio, conforme escolhido pelos participantes.

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 4.466.214

Tendo a criança e o responsável consentido a participação será agendado melhor dia e horário para realização da entrevista por vídeo chamada, que deverá ser realizada em até 60 dias após a data da notificação. Na entrevista com a criança será aplicado o instrumento Entrevista semiestruturada sobre a repercussão do adoecimento e distanciamento social adaptado para criança (APÊNDICE III). Esses materiais serão avaliados por experts na área e testados sua aplicabilidade.

Serão incorporadas à coleta de dados as escalas: Escala de qualidade de vida da criança (EQVC), Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ-Por) e Escala de Suporte Social MOSS. Para análise dos dados quantitativos os mesmos serão submetidos a análise estatística, enquanto os dados qualitativos serão analisados à partir de uma Análise de Conteúdo Direta, com a intenção de buscar significados nos discursos dos familiares, nesse tipo de análise os dados são definidos a partir de uma perspectiva teórica.

Objetivo da Pesquisa:

Hipótese:

A hipótese é de que as medidas para tratamento e prevenção da infecção pela doença do coronavírus pode produzir mudanças significativas ter um impacto intenso sobre o cotidiano das crianças e que o contexto de vida de aspectos econômicos, sociais, culturais, de condições de saúde podem influenciar na maneira como elas passam por esta situação.

Objetivo Primário:

Analisar as repercussões do adoecimento por COVID-19 nas condições de vida de crianças de 07 a 09anos de idade.

Objetivo Secundário:

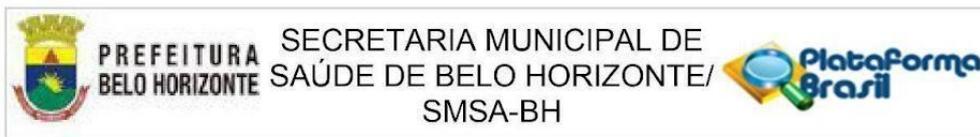
. Explorar como as crianças compreendem o seu adoecimento e os cuidados demandados. Identificar as implicações do isolamento social sobre o cotidiano das crianças com a COVID- 19.. Verificar relação entre aspectos educação, habitação, condições socioeconômicas, serviços de saúde e apoio social, tem interferido na qualidade de vida e saúde mental de crianças com COVID-19.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Esta pesquisa pode evocar memórias e sentimentos relacionados a experiências passadas desagradáveis tanto para o cuidador, quanto para a criança. Reconhecendo a existência destes

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 4.466.214

riscos as pesquisadoras ficarão atentas para quaisquer sinais que indiquem desconforto durante a entrevista. Se ainda assim, alguma repercussão for identificada pelas pesquisadoras, os participantes serão orientados a buscar atendimento na rede de atenção à saúde e os apoiarão para isto. É também garantido aos participantes o direito de interromper a qualquer momento e ainda se recusar a continuar participando da pesquisa, sem que isto implique em prejuízos. Se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, o participante terá direito à indenização, através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil e a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

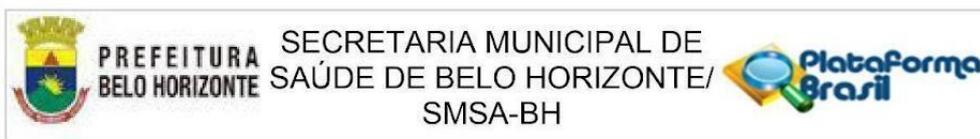
Benefícios:

As informações obtidas nesta pesquisa contribuirão para a melhor compreensão da repercussões da infecção pelo coronavírus e do distanciamento social na vida das crianças. Caso seja identificada alguma alteração clinicamente relevante, com o consentimento, o pesquisador pode encaminhar os participantes para um profissional de referência.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante para a obtenção de informações que poderão contribuir para a compreensão das repercussões do adoecimento por COVID-19 nas condições de vida de crianças de 07 a 09anos de idade, no entanto, em atenção à Declaração de Emergência em Saúde Pública Internacional da Organização Mundial de Saúde, de 30 de janeiro de 2020, à situação de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), declarada pela Portaria nº 188, de 04 de fevereiro de 2020, do Ministério da Saúde, e ao reconhecimento da situação de calamidade pública, pelo Decreto Legislativo nº 6, de 18 de março de 2020 e o disposto no artigo 4º do Decreto nº 17.298, de 17 de março de 2020, este Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte entende que neste é preciso ponderar em relação às características da disseminação da doença em cada população e seu cenário epidemiológico para somente a partir destas considerações é ser possível planejar as pesquisas nestes tempos excepcionais. Sobretudo, devemos estar atentos à segurança de pesquisadores e participantes envolvidos nas pesquisas, para que todos estejam suficientemente protegidos para que não sejam veículos de transmissão da doença, considerando que boa parte dos infectados são assintomáticos. Saliente-se que durante o estado de emergência de saúde pública decorrente da Covid-19, devem ser adotadas medidas para a prevenção e gerenciamento de todas as atividades de pesquisa, garantindo-se as ações primordiais à saúde, minimizando prejuízos e potenciais riscos, além de

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 4.466.214

prover cuidado e preservar a integridade e assistência dos(as) participantes e da equipe de pesquisa, pois ambos os grupos estarão expostos. Segundo o disposto no artigo 5º da Resolução nº 580, de 22 de março de 2018, quando se tratar de pesquisas com seres humanos em instituições integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS), "... os procedimentos não deverão interferir na rotina dos serviços de assistência à saúde, a não ser quando a finalidade do estudo o justificar, e for expressamente autorizado pelo dirigente da instituição. ...".

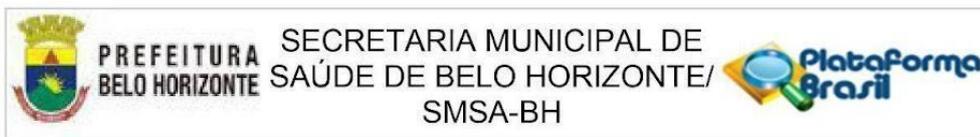
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- A Folha de Rosto assinada pelo(a) pesquisador(a) Elysangela Dittz Duarte e pelo representante da Instituição proponente foi devidamente apresentada.
- Termo de Anuência da Instituição Coparticipante da pesquisa foi apresentado (22/09/2020). Foi postado Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD) em 09/12/2020. Em resposta à pergunta "Haverá uso de fontes secundárias de dados (prontuários, dados demográficos, etc)?" a Pesquisadora declarou positivamente, vide "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1638606.pdf". Segundo a Pesquisadora a captação de participantes para esta pesquisa será feita a partir de contato com a Vigilância Epidemiológica da Prefeitura de Belo Horizonte. Esse contato se dá pela necessidade de acesso à ficha de notificação de crianças de 07 a 09 anos com confirmação de infecção pelo SARS-COV-2. A coleta da ficha de notificação será feita a partir do Instrumento de Coleta de Dados na ficha de notificação. Os dados a serem coletados referem-se a manifestações clínicas, data da notificação, nome e contato telefônico, desse modo é possível contactar as famílias dos participantes e convida-los para participar da pesquisa.
- O TCLE e o TALE foram apresentados com linguagem clara, acessível aos possíveis participantes da pesquisa, mas necessita das adequações descritas no campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações" deste Parecer.
- Instrumentos de Coleta de Dados foram postados na Plataforma Brasil como anexo ao Projeto detalhado ("projetoFinal05112020.docx, postado na Plataforma Brasil em 05/11/2020).

Recomendações:

O responsável pela guarda do banco de dados nominais eventualmente acessados pela equipe de pesquisa deverá atender às normas e rotinas definidas pela SMSA/PBH (ASTIS) para acesso externo a banco de dados nominais mantidos sob a guarda da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Modelo do Termo de Responsabilidade para fornecimento de dados do SUS-BH a solicitantes externos deverá ser obtido na Assessoria de Educação em Saúde/SMSA-PBH -Telefone:

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 4.466.214

(31) 3277-8516 - e-mail: aseds.pesquisa@pbh.gov.br.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, não encontrando objeções éticas e verificando que após o cumprimento do diligenciado por meio do Parecer Consubstanciado nº 4.434.307, o projeto cumpriu os requisitos da Resolução CNS 466/12, considera aprovado o projeto "Relação entre Determinantes Sociais de Saúde e o adoecimento por COVID-19 em crianças de 7 a 9 anos".

Saliente-se que por força disposto nos artigos 4º e 14 do Decreto nº 17.298, de 17 de março de 2020, foram suspensas as autorizações para realização de pesquisas no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte concedida por meio da emissão de Termo de Anuência Institucional. A coleta de dados para Protocolos de Pesquisa cuja metodologia do projeto consiste em contato presencial entre pesquisador e participante da pesquisa (por exemplo, entrevistas, análise sensorial, etc.) só se iniciará após a flexibilização do isolamento social por ato expresso da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Considerações Finais a critério do CEP:

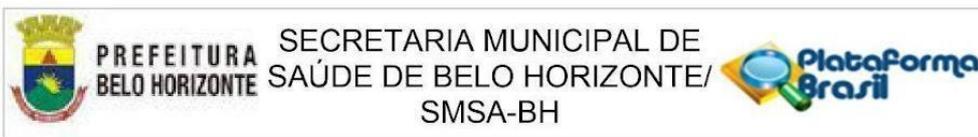
Caso o/a pesquisador/a deseje alterar os métodos para adequar-se às recomendações de isolamento social, o/a pesquisador/a responsável deve submeter aos CEPs da UFMG e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (via Plataforma Brasil) ao seu projeto com a avaliação dos novos riscos e estratégias para minimizá-los, benefícios, assim como os novos métodos adotados (por exemplo: substituir o questionário presencial pelo formato digital).

- Caso o/a pesquisador/a deseje alterar os métodos para adequar-se às recomendações de isolamento social, o/a pesquisador/a responsável deve submeter aos CEPs da UFMG e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (via Plataforma Brasil) ao seu projeto com a avaliação dos novos riscos e estratégias para minimizá-los, benefícios, assim como os novos métodos adotados (por exemplo: substituir o questionário presencial pelo formato digital).

- Salienta-se que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 4.466.214

aprovou, aguardando seu parecer, exceto nos casos previstos na Resolução CNS 466/12. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser previamente apresentadas para apreciação do CEP através da Plataforma Brasil, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

- Notificações podem ser apresentadas ao CEP através da Plataforma Brasil. As notificações de início e término da pesquisa devem ser apresentadas tão logo os eventos ocorram.

- Relatórios semestrais, a partir da data de aprovação, devem ser apresentados ao CEP para acompanhamento da pesquisa. Ao término da pesquisa deve ser apresentado relatório final.

- O responsável pela guarda do banco de dados nominais eventualmente acessados pela equipe de pesquisa deverá atender às normas e rotinas definidas pela SMSA/PBH (ASTIS) para acesso externo a banco de dados nominais mantidos sob a guarda da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Modelo do Termo de Responsabilidade para fornecimento de dados do SUS-BH a solicitantes externos deverá ser obtido na Assessoria de Educação em Saúde/SMSA-PBH - Telefone: (31) 3277-8516 - e-mail: aseds.pesquisa@pbh.gov.br.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1663845.pdf	09/12/2020 12:41:44		Aceito
Outros	carta_resposta0912.docx	09/12/2020 12:41:03	Elysangela Ditz Duarte	Aceito
Outros	TERMO_DE_RESPONSABILIDADE_ACESSO_INF_SUS.docx	09/12/2020 12:34:19	Elysangela Ditz Duarte	Aceito
Outros	TCUD0912.docx	09/12/2020 12:33:17	Elysangela Ditz Duarte	Aceito
Outros	CartadeEsclarecimento0912.docx	09/12/2020 12:31:42	Elysangela Ditz Duarte	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_tale_0912.docx	09/12/2020 10:25:16	Elysangela Ditz Duarte	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetofinal05112020.docx	05/11/2020 13:58:21	Elysangela Ditz Duarte	Aceito
Outros	carta_resposta0511.docx	05/11/2020 13:56:28	Elysangela Ditz Duarte	Aceito
TCLE / Termos de	tcle_tale_0511.docx	05/11/2020	Elysangela Ditz Duarte	Aceito

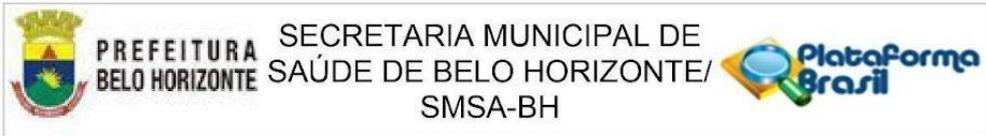
Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302

Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3277-5309

E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 4.466.214

Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_tale_0511.docx	13:54:38	Duarte	Aceito
--	---------------------	----------	--------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 15 de Dezembro de 2020

Assinado por:
Eduardo Prates Miranda
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br