



BJGH

Brazilian Journal
of Global HealthRevista Brasileira
de Saúde Global

A hospitalização prolongada infantil e seus impactos psicológicos

Cinthya Anne de Moraes Santos¹, Juliana Izabel Polydoro²

¹Universidade Santo Amaro (UNISA), São Paulo, SP, Brasil.

²Universidade Santo Amaro (UNISA), São Paulo, SP, Brasil.

RESUMO

OBJETIVO

Identificar os principais impactos psicológicos em crianças de 6 a 10 anos submetidas à internação prolongada na enfermaria de um hospital geral, na cidade de São Paulo/SP.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo clínico observacional, transversal, prospectivo e descritivo, com abordagem qualitativa. Foram entrevistadas 10 crianças, de ambos os sexos, com patologias relacionadas às condições agudas ou crônicas, em enfermaria de um hospital geral. Os dados coletados foram analisados e interpretados por meio do método de análise de conteúdo de *Lawrence Bardin*.

RESULTADOS

Os resultados evidenciaram quatro principais categorias de impacto psicológico: medo e ansiedade, tristeza, estresse e ganhos secundários. A categoria, “O brincar” que emergiu como um recurso significativo de enfrentamento nesse contexto. Os impactos psicológicos identificados foram intensos e apresentaram potencial de permanência, especialmente devido à duração prolongada da hospitalização.

CONCLUSÕES

Esses achados ressaltam a importância da identificação precoce e da implementação de intervenções ainda no ambiente hospitalar, com o objetivo de minimizar ou até mesmo prevenir o desenvolvimento de transtornos psicológicos e/ou comportamentais.

DESCRIPTORES

Hospitalização da criança; Transtornos psicológicos; Ansiedade; Medo; Pesquisa qualitativa.

Autor correspondente:

Cinthya Anne de Moraes Santos

Universidade Santo Amaro (UNISA)

Residente em Psicologia do Programa de Residência Multiprofissional em Emergência e Intensivismo em Neonatologia e Pediatria

Rua Isabel Schmidt, 349 - Santo Amaro, São Paulo/SP, Brasil, 04743-030

E-mail: cinthyaanne@estudante.unisa.br

ORCID ID: 0009-0002-9988-9278

Copyright: This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons.

Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided that the original author and source are credited.

DOI:

INTRODUÇÃO

A hospitalização infantil, apesar de ser uma experiência singular, constantemente é vivenciada com muita angústia e sofrimento físico e psíquico pela criança e seus familiares.

O estar doente faz parte da vida de qualquer ser humano, porém para uma criança, aspectos como afastamento familiar, social, alteração de rotina, procedimentos invasivos, entre outros, podem ter consequências negativas desencadeantes de diversos impactos que afetam diretamente os aspectos biopsicossociais da criança em desenvolvimento. Pavani,^{1:35} refere:

A hospitalização pode acarretar, para essas crianças, a perda momentânea de sua autonomia pela imposição de normas hospitalares, das rotinas diárias diferenciadas de seu ambiente doméstico, escolar, e a diminuição da independência das atividades cotidianas em razão do quadro clínico, de limitações físicas e/ou restrição ao leito.

Chiattone citado por Rossato,^{2:146} “Alguns dos impactos psicológicos mais evidenciados na hospitalização infantil são: A negação da doença, regressão, revolta, culpa, sensação de punição, ansiedade, depressão, medo do abandono, entre outros.”

Tais impactos podem ainda ser agravados devido ao tempo de permanência no hospital. Crianças com doenças crônicas ou agudas que passam por períodos prolongados de hospitalização estão vulneráveis a desenvolver transtornos comportamentais e/ou psicológicos.³ Vulnerabilidade que pode ser estendida para os familiares, os quais permanecem acompanhando a criança.

Entretanto, apesar de o ambiente hospitalar ser altamente aversivo, a resposta à hospitalização pode ser influenciada de forma positiva ou negativa, de acordo com alguns fatores, como: informações recebidas, conduta da equipe de saúde,

idade da criança, duração da hospitalização e atitude dos pais durante a internação:

Os resultados do enfrentamento - seu desfecho adaptativo positivo ou negativo, referem-se às consequências para a saúde física e mental do indivíduo, no médio e no longo prazo. Assim, alguns comportamentos estariam associados a estratégias adaptativas (autoconfiança, busca de suporte, resolução de problemas, busca de informações, acomodação e negociação) e mal-adaptativas (delegação, isolamento, desamparo, fuga, submissão e oposição), sendo que essas últimas podem resultar em danos à saúde.^{4:7}

Desta forma, para estes autores as estratégias adaptativas e mal-adaptativas são percebidas neste contexto, e devem ser consideradas singularmente por todos, familiares e equipe de saúde, para um melhor enfrentamento da hospitalização prolongada na infância.

Desenvolvimento infantil e a hospitalização

Os cientistas do desenvolvimento estudam os três principais domínios, ou aspectos, do eu: físico, cognitivo e psicossocial. O crescimento do corpo e do cérebro, as capacidades sensoriais, as habilidades motoras e a saúde fazem parte do desenvolvimento físico. Aprendizagem, atenção, memória, linguagem, pensamento, raciocínio e criatividade compõem o desenvolvimento cognitivo. Emoções, personalidade e relações sociais são aspectos do desenvolvimento psicossocial.⁵ Aspectos estes divididos por faixas etárias, de acordo com os marcos do desenvolvimento humano.

As crianças, na faixa etária dos 6 aos 10 anos de idade, que é a faixa etária considerada para essa pesquisa, estão em seu pleno desenvolvimento autorregulatório e social. No quadro 1, temos de forma mais detalhada os domínios físico, cognitivo e psicossocial da terceira infância:

Quadro 1 - Principais desenvolvimentos típicos na terceira infância

Faixa etária	Desenvolvimento físico	Desenvolvimento cognitivo	Desenvolvimento psicossocial
	O crescimento torna-se mais lento.	Diminui o egocentrismo.	O auto-conceito torna-se mais complexo, afetando a autoestima.
Terceira infância (6 a 11 anos)	A força física e as habilidades atléticas aumentam.	As crianças começam a pensar com lógica, porém concretamente.	A correção reflete um deslocamento gradual no controle dos pais para a criança.
	São comuns doenças respiratórias, mas de modo geral a saúde é melhor do que em outra fase do ciclo de vida.	As habilidades de memória e linguagem aumentam.	Os colegas assumem importância fundamental.

Fonte: Adaptado de Papalia, Mortorell.⁵

As informações do quadro 1 mostram com clareza alguns dos aspectos do desenvolvimento humano na terceira infância, e nos ajudam a compreender e evidenciar o ser em busca da adaptação e de sua funcionalidade para as tarefas do dia a dia. Lembrando que esse processo é universal, porém possui variações relacionadas à individualidade e cultura em que a criança está inserida.

Neste contexto, por ainda estar em seu pleno desenvolvimento, a criança, diferentemente do adulto, tem riscos aumentados para os impactos psicológicos negativos em uma hospitalização prolongada.

Licamele citado por Baptista,^{3:160} refere que “os fatores associados à reação da criança em relação à doença e à hospitalização dependem do grau de compreensão que ela tem de sua realidade”. Sendo considerado outros aspectos, como o emocional, a personalidade, a capacidade de adaptação, a relação familiar, a experiência de hospitalizações anteriores e atual. Seguindo neste contexto, veremos a seguir a importância do acompanhamento familiar e da equipe de cuidado, neste processo de hospitalização prolongada.

A importância da família na hospitalização

Diante de um ambiente estranho, pessoas desconhecidas, incapacidade de compreensão da situação, medo e insegurança, a falta de um familiar pode impactar diretamente no quadro clínico e psicológico da criança. Dificultando na realização dos procedimentos, na relação com a equipe de cuidados, e principalmente podendo gerar sensação de abandono.

“A sensação de abandono, quando a função de cuidar não é desempenhada por quaisquer das pessoas que cercam a criança cotidianamente; pode contribuir para um comportamento desadaptativo”.³ Como omissões, isolamento e oposições, como já referido.

No Brasil, a lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, estabelece a permanência, por tempo integral, de um dos pais ou responsável como acompanhante em todo período de hospitalização. Conforme consta no Estatuto da Criança e do Adolescente:^{6:18-19}

Art. 12 - Os estabelecimentos de atendimento à saúde, inclusive as unidades neonatais, de terapia intensiva e de cuidados intermediários, deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente. (Redação dada pela Lei nº 13.257, de 2016).

Neste contexto, o apoio da família é essencial para a criança, podendo auxiliar em uma boa adaptação à hospitalização, e amenizar os possíveis impactos psicológicos ou até mesmo evitar que ocorram, mediante o suporte emocional familiar.

O papel do psicólogo e da equipe de cuidados

O psicólogo hospitalar pediátrico atua na minimização do sofrimento psíquico da criança e sua família:

O Psicólogo, nesse contexto, atua no sentido de fazer com que a hospitalização e a situação de doença sejam melhor compreendidas pela criança e sua família, bem como a evitar situações difíceis e traumáticas. “Brincando” e “conversando” com o Psicólogo, as crianças expressam seus medos, dúvidas, angústias, aliviando assim seu sofrimento, caminhando para uma recuperação mais rápida.^{7:18}

A equipe de cuidados também possui influência em relação à experiência vivenciada no hospital pela criança e seus familiares/responsáveis. Aspectos positivos dessa vivência, se bem administrados e trabalhados pelas equipes cuidadoras, podem ser de grande valia para o desenvolvimento emocional dos pacientes e família como um todo, promovendo saúde mental para todos.⁸

Portanto, as crianças que passam longos períodos hospitalizadas, “apropriam-se do ambiente físico e relacional do hospital. Nesse contexto, a equipe de saúde e os acompanhantes figuram como os principais mediadores, tanto do universo da hospitalização como do mundo à sua volta”.^{9:33}

Em suma, esta pesquisa buscou uma melhor compreensão sobre os possíveis impactos psicológicos que a hospitalização prolongada pode promover no público infantil.

Para responder a essa questão, este estudo tem como objetivo identificar os principais impactos psicológicos em crianças de 6 a 10 anos submetidas à internação prolongada na enfermaria de um hospital geral.

Além disso, busca-se sugerir intervenções mais direcionadas para essa fase da infância, com foco nos principais transtornos psicológicos e/ou comportamentais que possam ser identificados a partir da pesquisa. Por fim, pretende-se contribuir para o avanço do conhecimento teórico e prático, oferecendo subsídios aos profissionais interessados no tema.

MÉTODOS

Este estudo observacional se baseou em uma pesquisa de campo com abordagem qualitativa. De forma transversal, prospectivo e descritivo, realizado pela pesquisadora residente de psicologia do 2º ano. Objetivou a identificação dos impactos psicológicos em 10 crianças, entre 6 e 10 anos de idade, ambos os sexos, internados entre os meses de junho a agosto de 2024, em enfermaria de um hospital geral, localizado na cidade de São Paulo/SP.

Foram incluídos na pesquisa pacientes lúcidos e orientados, a partir da 2ª internação, com hospitalização prolongada considerada a partir do 3º dia, e patologias relacionadas às condições agudas ou crônicas. E excluídos pacientes com comprometimento motor, cerebral ou visual, pais/responsável menores de 18 anos de idade, e pacientes ou pais/responsáveis que negaram a participação.

Coleta dos dados

As crianças foram selecionadas a partir do censo hospitalar diário dos pacientes internados. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, de forma presencial em enfermaria pediátrica. Inicialmente com o familiar/responsável, para convite de participação na pesquisa, anuência e coleta da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). No roteiro de entrevista, foram confirmadas algumas informações obtidas em prontuário, como diagnóstico da criança, dados socioeconômicos e histórico familiar, para melhor compreensão do contexto em que a criança estava inserida.

Com as crianças foram realizados convites de participação,

na presença do familiar/responsável, sendo feita leitura, explicação, e coleta da rubrica do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE). Em casos em que o paciente estava impossibilitado de rubricar o termo, por não ser alfabetizado e/ou devido a acesso venoso, foi considerado o Termo de Consentimento livre e esclarecido (TCLE), assinado pelo familiar/responsável.

A entrevista com o paciente foi realizada no setor de psicologia do hospital, de forma individual e lúdica, com utilização de desenhos livres, para uma melhor interação e vínculo. O roteiro de entrevista utilizado se baseou na literatura da psicologia hospitalar, e adotou cinco questões norteadoras: Você sabe por que está no hospital? Como é para você estar aqui? Como está se sentindo? Teve algo que gostou? Teve algo que não gostou?

Os roteiros utilizados nas entrevistas foram reproduzidos no programa *Microsoft Office Word*, e impressos com espaços para descrição manual das respostas subjetivas dos entrevistados. Os dados coletados foram transcritos digitalmente para o programa *Microsoft Office Excel*.

A técnica de observação direta também foi aplicada com a entrevista. Sendo possível a obtenção dos elementos não captados por meio da fala ou escrita, como por exemplo, linguagem não-verbal e comportamental. Como instrumento de apoio a esta técnica, foram utilizadas folhas em branco para as anotações manuscritas.

Análise dos dados

Para análise dos dados obtidos nas entrevistas, foi utilizado o método proposto por Bardin, que consiste na técnica de análise temática de conteúdo. Sendo realizado em três fases: (1) Pré-análise: consiste na preparação do material, de forma operacional e sistematizada, através da leitura flutuante, escolha do documento, formulação de hipóteses e objetivos, e elaboração de indicadores; (2) Exploração do material: caracterizado pela codificação, através do recorte do texto, por meio de frases, e seu agrupamento por temas, possibilitando a criação de categorias; (3) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação: Abarca a análise dos dados, incluindo as observações in loco, com base nos achados teóricos, em prol do objetivo proposto.¹⁰ Desta forma, foram estabelecidas, as categorias: Medo e Ansiedade, Tristeza, Estresse, Ganhos Secundários, e o Recurso de Enfrentamento “Brincar”.

Esta pesquisa foi realizada mediante aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos, nº CAAE 80149324.9.0000.0081. Foi mantido o anonimato e a confidencialidade dos participantes, sendo as falas identificadas de P1 a P10, conforme a ordem de realização das entrevistas, com a idade dos participantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos resultados obtidos nas entrevistas com os 10 pacientes possibilitou a identificação dos impactos psicológicos na hospitalização prolongada infantil, apresentados em 4 categorias principais: Medo e Ansiedade, Tristeza, Estresse, Ganhos Secundários, e a categoria, Recurso de Enfrentamento “Brincar”.

Categoria 1. Medo e Ansiedade

O medo e a ansiedade foram os temas mais evidenciados nas falas dos pacientes. Estas emoções sobrepostas são comuns no ambiente hospitalar. Entretanto, foram constatadas de forma exacerbada em boa parte dos participantes.

O medo e a ansiedade são inerentes ao ser humano, sendo “o medo uma resposta emocional à ameaça iminente real ou percebida, e a ansiedade, à antecipação de uma ameaça futura”.^{11:215} A seguir, alguns trechos que expressam ambas as emoções:

“Não sei o que vai acontecer, tenho medo” (P2, 9 anos).

“Não sei porque estou aqui, será que moro aqui agora” (P5, 6 anos).

“Eles me machucam, olha só” (P7, 6 anos).

“Quero meu pai, será que não vou mais ver ele” (P9, 6 anos).

Diante das falas e observações realizadas, foi possível cons-

tatar, como principal influência na exacerbação do medo e ansiedade dos participantes, a falta de compreensão da criança em relação à doença, procedimentos a serem realizados, e até mesmo o medo do abandono, como observado na fala do participante P9. Evidenciada também uma possível falha ou ausência de informações passadas pelo profissional de saúde e pelos pais/responsáveis para criança.

Para Oliveira^{12:38} “o medo de algo desconhecido resulta numa exacerbação da fantasia. Portanto, diminuir os elementos de desconhecimento para a criança resulta em menor medo”. Sendo assim, é fundamental que o paciente tenha conhecimento sobre o que está acontecendo, e o que poderá acontecer no ambiente hospitalar, resultando em uma melhor compreensão e, conseqüentemente, uma vivência hospitalar minimamente aversiva.

A influência dos pais/responsáveis, com distorções das informações, por vezes, não intencionais, também foram percebidas neste contexto. Demonstrando ser importante a checagem das informações compreendidas pelo paciente e acompanhante.

Por fim, o medo e a ansiedade exacerbada foram os impactos mais frequentemente observados, resultantes, em grande parte, da falta de clareza ou até mesmo da omissão de informações fornecidas à criança, tanto por seus pais ou responsáveis quanto pela equipe de saúde. Esses impactos podem ser minimizados por meio de uma comunicação mais lúdica e eficaz, facilitando a adaptação à hospitalização prolongada. Além disso, é importante ressaltar que o acesso a informações claras e adequadas é um direito tanto da criança quanto de seus pais ou responsáveis.

Categoria 2. Tristeza

A tristeza foi o segundo impacto psicológico mais observado nos participantes:.

“É muito ruim, quero minha casa” (P1, 8 anos).

“Me sinto triste aqui, porque aqui não faço nada” (P10, 9 anos).

“Não posso nem andar, ir no banheiro” (P2, 9 anos).

A perda da autonomia nas atividades diárias, o estar longe de casa, escola e lazer, por um período prolongado, revelou ser um dos aspectos responsáveis pelo sentimento de tristeza apresentado pelos pacientes.

“Durante o processo de internação, a criança encontra-se em situação de crise, tristeza, estresse e sofrimento psíquico, expressando insatisfação e ansiedade através de palavras, comportamentos e reações emocionais”.^{13:188}

A tristeza é uma reação comum diante da situação vivenciada pela criança. No entanto, considerando os diversos e constantes estímulos aversivos a que ela está exposta, assim como o tempo de hospitalização, é fundamental uma investigação mais aprofundada quando esse sentimento se manifesta de forma intensa, especialmente se acompanhado de desinteresse pela rotina estabelecida. Essa condição pode aumentar o risco de desenvolvimento de transtornos mentais, sendo os mais comuns: regressão (retorno a fases já superadas, como chupar o dedo), depressão, ansiedade, choro excessivo e medo.¹⁴

Categoria 3. Estresse

A identificação do estresse ficou evidente nas falas dos pacientes, e nas expressões comportamentais de choro e birras, apresentadas com certa frequência nas entrevistas:

“Só quero ir embora deste lugar” (P3, 10 anos).

“Vai demorar muito pra terminar?” (P10, 9 anos).

Araujo^{15:187} refere que “o estresse é compreendido como um desgaste geral do organismo, provocado por reações físicas e psíquicas que causam mudanças químicas no corpo, medo, irritação, excitação e felicidade”.

Sendo assim, o estresse é uma forma de adaptação do organismo ao meio. Entretanto, considerando os fatores aversivos e a internação prolongada dos participantes, o estresse identificado pode ser considerado mal-adaptativo, constatados nas oposições observadas nas falas e nos comportamentos dos

pacientes, e também dos seus acompanhantes. Impactando diretamente no quadro clínico destes pacientes.

Ao que se refere aos acompanhantes, pais/responsáveis, baseando-se no conceito de autorregulação e co-regulação, as estratégias de enfrentamento das crianças são singulares, mas ainda influenciadas pelos pais/responsáveis na fase do desenvolvimento pesquisada, contribuindo para a má adaptação ou adaptação em diferentes situações neste contexto.¹⁶

Portanto, “o diagnóstico do estresse infantil colabora para especificar intervenções de profissionais de saúde. Quanto maior o tempo para diagnosticar o estresse em excesso, maior é a possibilidade de doenças físicas e psíquicas despotarem”.^{15:187}

Categoria 4. Ganho secundário

O ganho secundário foi expresso em algumas falas, como a seguir:

“Aqui cuidam de mim” (P4, 7 anos).

“Meu pai vem me ver” (P6, 8 anos).

“Como bastante aqui, a comida é boa” (P5, 6 anos).

Fatores como maior atenção dos pais, da equipe de saúde, e até mesmo alimentação recebida, evidenciam um ganho secundário, onde a hospitalização é percebida como algo positivo por essas crianças, auxiliando de certa forma no enfrentamento da situação. Todavia, o ganho secundário pode desenvolver na criança o desejo de permanecer doente, o que poderá acarretar uma maior permanência no hospital ou até mesmo a frequentes internações para obtenção dos ganhos.

“O ser doente que não quer ficar bom por desejar as atenções do tratamento que é dado por amigos, parentes, vem compensar o desespero existente, tendo a sensação de satisfação, reduzindo sua angústia ou criando um desejo de exploração de carinho”.^{16:162}

Em suma, esta categoria revelou impactos psicossociais prévios à hospitalização, sendo este um recorte de uma alta carência não somente afetiva, mas também econômica, vivenciada por essas crianças em sua vida cotidiana.

Ao serem identificados os ganhos secundários, o psicólogo tem a possibilidade de realizar intervenções com estratégias específicas, que ofereçam benefícios, de uma maneira mais construtiva para o paciente. Os demais profissionais de saúde também podem auxiliar na identificação e no tratamento dos ganhos secundários, visando uma intervenção mais integral e eficaz, em prol de uma melhor adaptação hospitalar.

Categoria 5. Recurso de enfrentamento “Brincar”

Esta categoria foi criada devido à boa parte dos participantes verbalizaram o brincar, como algo bom na hospitalização, demonstrando assim, ser um bom recurso para o enfrentamento dos impactos constatados na pesquisa:

“Só gostei de onde tem brinquedos” (P8, 7 anos).

“Gostei de ver os palhaços” (P4, 7 anos).

“De desenhar e pintar, com o lápis de cor novo” (P9, 6 anos).

Aberastury citado por Soares,¹⁷ aposta em um brincar com sentido, no qual é possível elaborar situações traumáticas para o seu ego, transformando o que foi vivido passivamente em algo ativo, bem como possibilita a expressão de fantasias e desejos na ordem do simbólico, sendo este um brincar terapêutico.

Neste contexto, o lúdico no hospital ajuda a criança a entender o processo da doença, enquanto protagonista, o que conseqüentemente possibilita uma melhor interação com a equipe médica, bem como pode ser uma forma de humanizar tais interações.¹⁷ Contribuindo para uma experiência menos aversiva.

Desta forma, os impactos psicológicos constatados nesta pesquisa foram de níveis intensos, com possibilidades de se tornarem permanentes, levando em consideração o prolongamento da internação. Corroborando para a manutenção ou possível desenvolvimento de transtornos mentais, como ansiedade, depressão, estresse pós-traumático, somáticos, entre outros.

Vale salientar a importância de uma comunicação mais assertiva entre paciente, pais/responsáveis e equipe de saúde.

Sendo a falha na comunicação, compreendida como um dos possíveis fatores desencadeantes dos achados desta pesquisa.

CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu conhecer alguns dos possíveis impactos psicológicos em crianças com idade entre 6 e 10 anos, com hospitalização prolongada. Revelando impactos negativos como medo e ansiedade, tristeza, estresse, ganhos secundários, e o brincar, que se apresentou como um recurso de enfrentamento bastante utilizado pela criança, como forma de minimização do sofrimento orgânico e psicológico.

De modo geral, sabemos que tais impactos são comuns no ambiente hospitalar, e por vezes, preexistentes à hospitalização. No entanto, a intensidade e o tempo de exposição a estes impactos devem ser levados em consideração, podendo se apresentar de forma simultânea, provisória e/ou permanente.

Além disso, os achados desta pesquisa são valiosos para a prática hospitalar de psicólogos e demais profissionais da saúde, destacando a importância de identificar os impactos psicológicos das crianças no ambiente hospitalar. Essa compreensão contribui para a implementação de intervenções precoces e específicas, tanto com os pacientes quanto com seus pais ou responsáveis. Ressaltamos ainda, a importância de treinamentos para a equipe de saúde, com foco em comunicação assertiva, visando prevenir e minimizar os impactos psicológicos identificados nesta pesquisa.

Quanto às limitações da pesquisa, destacam-se a complexidade do contexto hospitalar, devido ao ambiente, com interrupções no atendimento, a necessidade de procedimentos médicos, realização de exames, e ingestão de medicações. Sendo de difícil aplicação outros tipos de métodos, além das entrevistas utilizadas na pesquisa, como por exemplo, a utilização de instrumentos padronizados e testes, como forma de complemento avaliativo. O número reduzido de participantes foi outra limitação desta pesquisa, o que pode restringir a generalização dos resultados. Sugerindo-se, desta forma, futuras investigações com o aprofundamento da temática proposta.

REFERÊNCIAS

1. Pavani SAL, Castro ADRV, Berti ERC, Almeida AP. Enfermagem pediátrica e neonatal. 1.ed. Barueri: Manole; 2020.
2. Rossato AL, Boer N. O impacto emocional da hospitalização em crianças de seis a dez anos. *Disciplinarum Scientia* [Internet]. 2016;3(1):145-64. Disponível em: <https://doi.org/10.37777/863>
3. Baptista MN, Dias RR, Baptista ASD. Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2022.
4. Silveira KA, Lima VL, Paula KMP. Estresse, dor, e enfrentamento em crianças hospitalizadas: análise de relações com o estresse do familiar. *Rev SBPH* [Internet]. 2018;21(2):5-21. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v21n2/v21n2a02.pdf>.
5. Papalia DE, Martorell G. Desenvolvimento humano. 14.ed. Porto Alegre: Artmed; 2022.
6. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Presidência da República [Internet]. 1990 [citado 2024 set 10]. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2021/julho/trinta-e-um-anos-do-estatuto-da-crianca-e-do-adolescente-confira-as-novas-acoes-para-fortalecer-o-eca/ECA2021_Digital.pdf.
7. Henriques DC, Caíres FM. A criança hospitalizada: manual de orientações aos pais [Internet]. Barueri: SBP; 2014 [citado 2024 set 25]. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/a-crianca-hospitalizada-manual-de-orientacao-aos-pais/>.
8. Halpern R. Manual de pediatria do desenvolvimento e comportamento. 1.ed. Barueri: Manole; 2015.
9. Simonato MP. Viver e crescer no hospital: como crianças com hospitalizações prolongadas apropriam-se do ambiente hospitalar [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2017 [citado 2024 out 5]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/25252>.

arca.fiocruz.br/handle/icict/25252.

10. Bardin L. Análise de conteúdo. 1.ed. São Paulo: Edições 70; 2016.
11. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2023.
12. Oliveira GF, Dantas FDC, Fonsêca PN. O impacto da hospitalização infantil de 1 a 5 anos de idade. *Rev SBPH* [Internet]. 2004;7(2):37-54. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v7n2/v7n2a05.pdf>.
13. Sanchez MLM, Ebeling VLN. Internação infantil e sintomas depressivos: intervenção psicológica. *Rev SBPH* [Internet]. 2011;14(1):186-99. Disponível em: <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.14.399>.
14. Oliveira H. A enfermidade sob o olhar da criança hospitalizada. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 1993;9(3):326-32. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1993000300020>.
15. Araujo GA, Sousa EKS, Damasceno CKC, Neta MMR, Sousa KHJF, Sales MCV. O estresse da hospitalização na infância na perspectiva do enfermeiro. *Rev Cient Enferm* [Internet]. 2021;11(33):186-94. Disponível em: <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.33.186-194>.
16. Angerami VA, organizador. E a psicologia entrou no hospital. 1. ed. São Paulo: Pioneira; 2003.
17. Soares MO. O atendimento psicológico à criança com ênfase nos contextos de adoecimento e hospitalização: curso de extensão [Trabalho de Conclusão de Curso]. Recife: Universidade Pernambucana de Saúde; 2016 [citado 2024 dez 20]. Disponível em: <https://repositorio.fps.edu.br/bitstream/4861/767/1/monica%20de%20oliveira%20-%20p%C3%B3s.pdf>.