



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

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO E
PROBLEMAS COMPORTAMENTAIS EM CRIANÇAS COM CÂNCER,
NA CLASSE HOSPITALAR

PAULA COIMBRA DA COSTA PEREIRA HOSTERT

Vitória, ES

2010

PAULA COIMBRA DA COSTA PEREIRA HOSTERT

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO E
PROBLEMAS COMPORTAMENTAIS EM CRIANÇAS COM CÂNCER,
NA CLASSE HOSPITALAR

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia, sob a orientação da Professora Doutora Sônia Regina Fiorim Enumo.

Co-orientadora: Profa. Dra. Alessandra Brunoro Motta

Universidade Federal do Espírito Santo

Vitória, ES, agosto de 2010.

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO E
PROBLEMAS COMPORTAMENTAIS EM CRIANÇAS COM CÂNCER,
NA CLASSE HOSPITALAR

PAULA COIMBRA DA COSTA PEREIRA HOSTERT

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

Aprovada em ___ de _____ de _____, por:

Professora Doutora Sônia Regina Fiorim Enumo, Orientadora/UFES

Professora Doutora Kely Maria Pereira de Paula - UFES

Professora Doutora Tatiane Lebre Dias - UFMT

Dedico este trabalho...

À minha mãe Janete, com carinho;

Ao meu pai Tarcísio, com princípios;

À minha irmã, Fernanda, com amizade;

Ao meu irmão, João Tarcísio, com alegria;

Ao meu marido, Paulo Henrique, com amor,

Por entenderem a importância desse momento em minha vida e estarem ao meu lado em todos os momentos. Não tenho palavras para agradecer à Deus por ter cada um de vocês em minha vida, essas palavras não existem. Vocês são fundamentais para mim, eu amo muito vocês!!!

Agradecimentos

À Deus, o maior autor de toda ciência, por me conceder paz e saúde para chegar ao fim dessa jornada, por estar presente em tudo que faço, me dando forças para caminhar e coragem para prosseguir. Agradeço por tudo que tenho e tudo que sou, pois sem Ele nada posso!

À Professora Doutora Sônia Regina Fiorim Enumo, por conciliar generosidade e competência, por confiar no meu trabalho e acreditar que eu conseguiria chegar até aqui. Obrigada pelo privilégio de fazer parte do seu grupo de pesquisa e ser sua orientanda, pela sua dedicação e por compartilhar conosco todo seu conhecimento. Deixo registrado o meu carinho, o meu respeito e a minha profunda admiração pela pessoa e pela profissional que para mim é um exemplo a ser seguido.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq/MCT), pela bolsa de mestrado e pelo apoio ao projeto de pesquisa, ao qual esta dissertação se vinculada (Proc. n. 485564/2006-8 e Proc. n. 481483/2009-8);

Aos dirigentes do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG), aos profissionais das enfermarias de Onco-Hematologia e Oncologia e aos professores da Classe Hospitalar “Canto do Encanto”, que possibilitaram o acesso ao hospital e às crianças da pesquisa;

Ao Prof. Dr. Paulo Rogério Meira Menandro e Profa. Dra. Kely Maria Pereira de Paula (PPGP/UFES), pelas valiosas críticas e contribuições no Exame de Qualificação;

À Profa. Dra. Alessandra Brunoro Motta Loss (UFES), por seu apoio e incentivo, que foram essenciais para realização deste trabalho. Obrigada por compartilhar seu material e seu conhecimento;

Aos Professores do PPGP/UFES, Edinete Maria Rosa, Sávio Silveira de Queiroz, Maria Cristina Smith Menandro, Zeidi Araújo Trindade, Lídio de Souza, Cláudia Broetto Rossetti, Paulo Menandro e Elizeu Batista Borloti, cujas disciplinas e pesquisas na graduação e pós-graduação contribuíram muito para o meu aprendizado;

Aos dois professores que participaram da minha trajetória e fizeram muita diferença: Profa. Dra. Kely de Paula, por me apresentar a linha de pesquisa em Psicologia Pediátrica, por ser a primeira a me receber no grupo e por me ajudar, com meus erros e acertos; e Prof. Dr. Agnaldo Garcia, uma parceria de muitos trabalhos, pela sua paciência e seriedade com a pesquisa;

Aos amigos que fiz nesta jornada e que vou levar além dela: Renata Danielle, Beatriz Tesche, Cláudia Roseiro, Alice Pessotti, Odoisa Queiroz, Vitor Silva, Marcelo Menezes, Daniel Espíndula, Alessandro de Andrade, Sabrina Mantuan e Sibelle Barros.

Às colegas do Grupo de Pesquisa Psicologia Pediátrica da UFES pelos conhecimentos compartilhados: Grace Felizardo, Érika Ferrão, Cláudia Pedroza, Flávia Turrini, Christyne Oliveira, Fabiana Ramos e Kelly Silveira;

À secretária da Pós-Graduação em Psicologia da UFES, Sra. Lúcia Maria Fajóli, por sua disponibilidade em ajudar, pela alegria contagiante que já faz parte do PPGP. Obrigada pelo carinho e pela gentileza de sempre;

Às crianças com câncer, que compartilharam suas emoções e angústias, que me ensinaram a ser feliz em qualquer situação, pela alegria de simplesmente estar vivo e lutar pela vida. Vocês são inesquecíveis!

Aos pais que permitiram a participação de seus filhos, num momento de luta e esperança, por compartilhar suas vidas e mostrar que amor de mãe e pai não tem limites!

SUMÁRIO

RESUMO	15
ABSTRACT	16
1 INTRODUÇÃO	19
1.1 Coping: principais conceitos e seu desenvolvimento	21
1.2 Estratégias de enfrentamento da hospitalização por crianças	26
1.2.1 O brincar no hospital como estratégia de enfrentamento	27
1.2.2 A classe hospitalar como variável mediadora do processo de hospitalização de crianças	28
1.3 Contextualização dos estudos da dissertação	30
1.4 Objetivos	36
1.4.1 Objetivo Geral	36
1.4.2 Objetivos do Estudo 1	36
1.4.3 Objetivos do Estudo 2	37
2 ESTUDOS	39
2.1 ESTUDO 1 - Coping da hospitalização em crianças com câncer, na classe hospitalar	39
Resumo	42
Abstract	42
1 Introdução	43
2 Método	48
2.1 Participantes	48
2.1.1 Critérios de inclusão e exclusão da amostra	48
2.1.2 Caracterização dos participantes	49
2.1.3 A classe hospitalar	50
2.2 Instrumentos	51

2.3 Procedimento	53
2.4 Processamento e Análise dos dados.....	54
3 Resultados	56
3.1 Comportamentos e estratégias de enfrentamento da hospitalização das crianças	56
3.1.1 Estratégias de enfrentamento associadas ao comportamento de estudar e importância atribuída pela criança à Classe Hospitalar.....	59
3.2 Competência social e problemas de comportamento prévios à hospitalização.....	61
4 Discussão	63
5 Considerações finais	67
5 Referências	68
2.2 ESTUDO 2 - Brincar e problemas de comportamento de crianças com câncer de classes hospitalares	71
Resumo	72
Abstract	72
Resumen	73
1 Introdução	74
2 Método	77
2.1 Participantes	77
2.1.1 Classe Hospitalar.....	79
2.2 Instrumentos	79
2.3 Procedimento	80
2.4 Processamento e Análise dos dados.....	82
2.5 Análise de riscos e benefícios	83
3 Resultados	83

3.1 Como as crianças preferem brincar no hospital	83
3.2 Problemas emocionais e comportamentais das crianças hospitalizadas	87
4 Discussões e conclusões	90
5 Referências	93
3 DISCUSSÃO GERAL	95
4 REFERÊNCIAS	99
ANEXOS	105
APÊNDICES	117

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

H831e Hostert, Paula Coimbra da Costa Pereira, 1982-
Estratégias de enfrentamento e problemas comportamentais
de crianças com câncer, na classe hospitalar / Paula Coimbra
da Costa Pereira Hostert. – 2010.

125 f. : il.

Orientadora: Sônia Regina Fiorim Enumo.

Coorientadora: Alessandra Brunoro Motta.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade
Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e
Naturais.

1. Câncer em crianças - Aspectos psicológicos. 2. Crianças
- Assistência hospitalar – Recreação. 3. Câncer em crianças –
Avaliação. 4. Avaliação de comportamento das crianças. I.
Enumo, Sônia Regina Fiorim, 1954-. II. Motta, Alessandra
Brunoro, 1975-. III. Universidade Federal do Espírito Santo.
Centro de Ciências Humanas e Naturais. IV. Título.

CDU: 159.9

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A –	Aplicação do modelo hierárquico no comportamento de brincar como estratégia de enfrentamento da hospitalização, proposto por Motta (2007)	105
ANEXO B –	Carta de Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CCS/UFES)	106
ANEXO C –	Carta de Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (HINSG/SESA)	107
ANEXO D –	Modelo de cenas do Instrumento Informatizado de Avaliação do Enfrentamento da Hospitalização (<i>AEHcomp</i>)	108
ANEXO E –	Modelo de cenas do Instrumento Informatizado de Avaliação do Brincar no Hospital (<i>ABHcomp</i>)	109
ANEXO F –	Modelo de itens da Escala Comportamental A2 de Rutter (ECI)	110
ANEXO G –	Modelo de itens da Lista de Verificação Comportamental para crianças/adolescentes de 6-18 anos (CBCL 6-18 anos)	113

LISTA DE APÊNDICES

APENDICE A –	Caracterização Geral da Amostra	117
APÊNDICE B –	Termo de Consentimento Livre Esclarecido	119
APÊNDICE C –	Categorias de análise das estratégias de enfrentamento da Hospitalização	120

LISTA DE SIGLAS

ABH	Instrumento de Avaliação do Brincar no Hospital
ABH <i>comp</i>	Instrumento Informatizado para Avaliação do Brincar no Hospital
ACACCI	Associação Capixaba contra o Câncer Infantil
AEH <i>comp</i>	Instrumento Informatizado de Avaliação do Enfrentamento da Hospitalização
AEH	Instrumento de Avaliação do Enfrentamento da Hospitalização
APA	American Psychological Association
BT	Brinquedo Terapêutico
C	Criança
CBCL	Child Behavior Checklist
CH	Classe Hospitalar
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CST	Companhia Siderúrgica de Tubarão
DSM	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
ECI	Escala Comportamental Infantil A2-Rutter
EE	Estratégias de Enfrentamento
HINSG	Hospital Nossa Senhora da Glória
INCA	Instituto Nacional do Câncer
LLA	Leucemia Linfóide Aguda
LMA	Leucemia Mielóide Aguda
SEDU	Secretaria de Estado da Educação
SESA	Secretaria de Estado da Saúde
SNC	Sistema Nervoso Central

SUS	Sistema Único de Saúde
TDAH	Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo

Hostert, Paula Coimbra da Costa Pereira (2010, agosto). Estratégias de enfrentamento e problemas comportamentais em crianças com câncer, na classe hospitalar. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, ES, 125 p.

RESUMO

A hospitalização, especialmente em doenças crônicas como o câncer, afeta o comportamento e o desenvolvimento infantil; o que pode ser mediado pelas estratégias de enfrentamento (EE) da criança e pelas condições oferecidas pelo hospital, como ter uma classe hospitalar (CH). Este trabalho analisou as EE de crianças com câncer, incluindo as preferências lúdicas, e suas relações com problemas emocionais e comportamentais, considerando sua mediação pela inclusão na CH. Participaram 18 crianças (6-12 anos), com câncer, hospitalizadas por 47 dias em média, atendidas em CH de um hospital público infantil. Estas responderam o Instrumento Informatizado para Avaliação das Estratégias de Enfrentamento (AEH*comp*) e o Instrumento Informatizado para Avaliação do Brincar no Hospital (ABH*comp*), e seus cuidadores responderam ao *Child Behavior Checklist* (CBCL 6-18 anos) e à Escala de Comportamento Infantil A2-Rutter (ECI). O Estudo 1 analisou as EE da hospitalização, identificando a *distração* como mais freqüente, seguida pela *ruminação*, *solução de problemas* e *busca de suporte*; e os comportamentos mais escolhidos: *brincar*, *conversar*, *assistir TV*, *tomar remédio* e *estudar*. O Estudo 2 analisou as preferências lúdicas no hospital e os problemas comportamentais e emocionais dessas crianças, identificando as atividades preferidas: *desenhar* e *assistir TV*. A maioria das crianças apresentou problemas de comportamento (94,4%) no CBCL (6-18 anos) e emocionais (61,1%) no ECI. No geral, não houve relações significativas entre dados da doença, sócio-demográficos, problemas de comportamento e emocionais, e as EE e as preferências lúdicas das crianças. Os achados sugerem que as crianças sofrem significativo impacto da hospitalização, necessitando de auxílio para criar EE favoráveis ao seu desenvolvimento, sendo que a CH pode ajudar nesse sentido, uma vez que todas as crianças escolheram a cena *estudar*, *brincar*, *conversar*, *assistir TV*, *tomar remédio* e também comportamentos e EE favoráveis ao seu

tratamento. Esta condição justifica o incentivo ao brincar no hospital, por este cumprir seu papel como EE e humanização da hospitalização infantil.

Palavras-chave: estratégias de enfrentamento; hospitalização infantil; câncer infantil; brincar no hospital; classe hospitalar; avaliação psicológica informatizada.

Apoio: CNPq/MCT (Proc. n. 485564/2006-8 e n. 481483/2009-8); CNPq (bolsa de mestrado).

Área(s) de conhecimento: 7.07.00.00-1 Psicologia

Subárea(s) de conhecimento: 7.07.10.00-7 Tratamento e Prevenção Psicológica; 7.07.01.00-8. Fundamentos e Medidas em Psicologia.

Hostert, Paula Coimbra da Costa Pereira (2010, august). *Coping and Behavioral problems of children with cancer at hospital schools*. Masters Thesis, Postgraduation Program in Psychology, Human and Natural Science Department at the Federal University of Espírito Santo. Vitória, ES, 125 p.

ABSTRACT

Hospitalization, especially in case of chronic diseases such as cancer, affects children's behavior and development. However, this can be managed through the child's coping strategies (CS) and the conditions offered by the hospital, such as a hospital school (HS). This study analyzed the coping strategies (CS) of children with cancer, including their playing preferences and their relation with emotional and behavior problems, taking into account the role of hospital school (HS) attendance in managing these issues. Eighteen (18) children (aged between 6 and 12) with cancer participated in the study. They had been hospitalized for an average of 47 days and had been attending the hospital school of a public children's hospital. They responded to the Computerized Instrument for Assessing Coping Strategies (ACScomp) and the Computerized Instrument for Assessing Playing at the Hospital (APHcomp). Their caregivers responded to the Child Behavior Checklist (CBCL- 6 to 18 years old) and Rutter's Child Behavior Scale- (CBS). Study 1 analyzed hospitalization coping strategies (CS), identifying *distraction* as the most frequent one, followed by *rumination*, *problem solving* and *search for support*. The most common behavior presented included: *playing, talking, watching TV, taking medications, and studying*. Study 2 analyzed playing preferences at the hospital and behavior and emotional problems of these children, identifying their favorite activities: *drawing and watching TV*. Most children presented behavior problems (94.4%) in the CBCL, and emotional problems (61.1%) in the ECI. In general, there was no significant relation between children's disease and socio-demographic data; behavior and emotional problems; and coping strategies (CS) and playing preferences. These children presented coping strategies (EE) similar to those of children who did not attend hospital school (CH). These findings suggest that children suffer a significant impact during hospitalization. Therefore, they need help to create coping strategies (EE) that favor their development. This condition justifies the encouragement to playing in the

hospital setting, since it plays its role as coping strategy and humanizer of child hospitalization.

Keywords: coping strategies; child hospitalization; childhood cancer; playing at the hospital; computerized psychological assessment.

1 INTRODUÇÃO

A investigação do impacto de eventos potencialmente estressores, bem como o seu enfrentamento, é fundamental para a avaliação do desenvolvimento global de crianças em situações adversas, quando acometidas por tais circunstâncias. Ao longo do desenvolvimento, o ser humano é exposto a diversas situações desafiadoras, algumas delas adversas; sendo que, ao se deparar com tais situações, se o indivíduo se perceber incapaz para lidar ou superar, pode culminar num estado de tensão no organismo, que gera estresse (Lipp & Novaes, 2000).

Entre as diversas experiências estressoras, a doença crônica – em particular, o câncer – e a hospitalização causam graves prejuízos ao desenvolvimento infantil. O impacto da hospitalização no desenvolvimento das crianças é causado por diversos fatores, dentre os quais a relação de dependência e a perda do controle sobre seu próprio corpo, situações que podem interferir no seu processo de amadurecimento (Soares, 2002; Zannon, 1981).

Assim, crianças com câncer precisam transpor vários obstáculos para continuar o curso de seu desenvolvimento devido aos tratamentos prolongados e dolorosos, aos procedimentos médicos invasivos, às diversas internações ou às limitações físicas. Essa condição dificulta a exploração do ambiente, a continuidade de seus estudos e os contatos sociais (afastamento dos familiares e amigos), bem como provoca brusca mudança de rotina (Ferreira, 2006; Gabarra, 2005; Castro Neto, 2000; Guimarães, 1987). Além disso, variáveis específicas ao tratamento devem ser consideradas na avaliação e na

elaboração de estratégias de enfrentamento (Ferreira, 2006). O tratamento de câncer é marcado pela realização de procedimentos médicos invasivos e dolorosos, geradores de uma série de efeitos colaterais, como dor de cabeça, dor de estômago, perda de peso, perda de cabelo e dos pêlos, náuseas, vômitos, diarreias, inflamações de pele e mucosas e problemas endócrinos de crescimento. Esses pacientes são submetidos a tratamento prolongado, com número de internações frequentes por causa da recidiva da doença, ou até mesmo pelos efeitos colaterais do tratamento - quimioterapia, radioterapia, cirurgias e pulsões, entre outros (Costa Jr., 2005; Crepaldi, Rabuske & Gabarra, 2006).

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2007), o câncer infantil caracteriza-se como uma doença em que ocorre o crescimento e a disseminação de células anormais fora de controle. Os principais tipos de câncer na infância são as leucemias, particularmente a leucemia linfóide aguda (LLA), seguida por tumores no sistema nervoso central (SNC), predominante no sexo masculino, de 10 a 15 anos, representando 20% dos tumores e linfomas infantis. A população infantil representa de 0,5% a 3% de portadores de câncer na população mundial. Já no Brasil, o câncer infantil está entre 1% a 4,6% dos portadores da doença.

A perspectiva de cura para o câncer infantil chega a até 70% se essas crianças forem diagnosticadas precocemente e conseguirem tratamento adequado (INCA, 2007). Os tumores pediátricos apresentam características peculiares: crescimento mais rápido, são mais invasivos, há melhor resposta ao tratamento

e bom prognóstico; por isso, é importante a avaliação e a assistência na prevenção e no diagnóstico do câncer. Essa assistência desenvolve-se pelo cuidado preventivo (aconselhamento genético e hábitos de vida saudável), curativo (a ênfase é dada ao entendimento fisiopatológico das doenças mais do que à própria doença e ao doente) e paliativo (é centrado no paciente em si; sendo que a atenção não é dada apenas às necessidades físicas, mas também às necessidades psicológicas dos pacientes).

Durante o processo de hospitalização, é necessário que as crianças usem estratégias de enfrentamento (*coping*) acessando seus recursos cognitivos, ambientais, afetivos, emocionais e sociais, para lidar com os eventos estressores da internação, especialmente crianças com câncer, que necessitam transpor os obstáculos impostos pela doença e pelo seu tratamento. Para isso, é necessário entender o *coping*.

1.1 *Coping*: principais conceitos e seu desenvolvimento

A expressão “estratégia de enfrentamento” é a tradução do termo inglês *coping*, concebido como o conjunto de habilidades cognitivas e comportamentais utilizadas pelas pessoas para enfrentar situações adversas (Antoniuzzi, Dell’Aglío & Bandeira, 1998; Folkman & Lazarus, 1985; Savóia, Santana & Mejias, 1996). Em revisão teórica, Antoniuzzi, Dell’Aglío e Bandeira (1998, p. 274) conceituaram o *coping* como: “[...] o conjunto das estratégias utilizadas pelas pessoas para adaptarem-se a circunstâncias adversas”. Esta definição tem por base o modelo proposto por Folkman e Lazarus (1980).

O modelo de Folkman e Lazarus (1980) divide o *coping* em duas categorias funcionais: (a) *coping* centrado no problema, usado para modificar a relação entre a pessoa e o ambiente, controlando ou alterando o problema que originou o estresse, e (b) *coping* centrado na emoção, usado para ajustar a resposta emocional ao problema, quando não é possível mudar a situação problemática.

Este modelo envolve quatro conceitos principais:

- 1) *coping* é um processo ou uma interação que se dá entre o indivíduo e o ambiente;
- 2) sua função é de adaptação a situação estressora, em vez de controlá-la;
- 3) os processos de *coping* pressupõem a noção de avaliação, ou seja, como o fenômeno é percebido, interpretado e cognitivamente representado na mente do indivíduo;
- 4) o processo de *coping* constitui-se em uma mobilização de esforço, por meio da qual os indivíduos irão investir esforços cognitivos e comportamentais para administrar as demandas internas ou externas que surgem da sua interação com o ambiente (Antoniazzi et al., 1998; Dell'Aglio, 2003; Lazarus & Folkman, 1984).

Em concepção mais atual e apoiada em revisão de estudos da área, Skinner e colaboradores (Skinner, Edge, Altman & Sherwood, 2003; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007) entendem que o enfrentamento não pode ser considerado um modelo específico, passível de observação, ou uma crença que pode ser relatada, pois possui uma característica multidimensional, podendo ter diferentes funções. Assim Skinner e Wellborn (1994, citados por Skinner &

Zimmer-Gembeck, 2007, p. 122) entendem o *coping*: como “[...] a regulação da ação sob *stress*”, relacionada à “[...] ‘forma como as pessoas mobilizam, guiam, manejam, energizam e direcionam o comportamento, a emoção e a orientação, ou como elas falham ao fazê-lo’, sob condições estressantes”¹. As pessoas tem um papel ativo no processo transacional de enfrentamento das situações adversas, mas também são modeladas por esse processo.

Considerando que o estudo do enfrentamento é fundamental para compreender como o estresse afeta a vida das pessoas, Skinner et al. (2003) analisaram 100 instrumentos avaliativos de *coping*, encontrando mais de 400 categorias, e propuseram uma visão hierárquica do construto do *coping*, de forma a sistematizar o processo de enfrentamento e preencher a lacuna entre o que denominam de “instâncias de *coping*” e o processo adaptativo. Em termos operacionais, segundo esses autores, na base da estrutura do enfrentamento, estão as “instâncias ou comportamentos de *coping*, que remetem as inúmeras respostas que os indivíduos apresentam em situações estressantes. Estas instâncias de *coping* podem ser acessadas pela observação da situação de confronto e através dos autorrelatos sobre o real enfrentamento do indivíduo. No topo da estrutura de *coping*, está o processo adaptativo, que intervém entre o estresse e seus resultados físicos, sociais e psicológicos. No espaço intermediário, é necessário incluir, no mínimo, dois níveis entre as instâncias de *coping* e o processo adaptativo. No nível mais básico, estariam as categorias de nível inferior, nas quais poderiam ser classificadas as instâncias de *coping*. Em um nível acima, estariam as “famílias de *coping*”, denominadas categorias

¹ “how people mobilize, guide, manage, energize, and direct behavior, emotion, and orientation, or how they fail to do so” (1994, p. 113) under stressful conditions (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007, p. 122).

de nível superior, dentro das quais seriam classificadas as categorias de nível inferior, considerando agora suas funções adaptativas.

A partir dessa estrutura hierarquizada para a compreensão do enfrentamento, Skinner et al. (2003) propuseram 13 categorias, apresentando definições claras, mutuamente exclusivas e de certa forma exaustivas: *solução do problema, busca por suporte, esquiva, distração, reestruturação cognitiva, ruminação, desamparo, afastamento social, regulação da emoção, busca por informação, negação, oposição e delegação* (ver definições no ANEXO G). Motta e colaboradores (Motta, 2007; Motta & Enumo, no prelo) adaptaram essas categorias para analisar as estratégias de enfrentamento da hospitalização em crianças com câncer; sendo também utilizadas por Moraes e Enumo (2008) para crianças hospitalizadas com doenças diversas, exceto o câncer e por Carnier (2010), para crianças hospitalizadas em situação pré-cirúrgica (vide, no ANEXO A, um exemplo de aplicação desse modelo hierárquico no comportamento de brincar como estratégia de enfrentamento da hospitalização, proposto por Motta, 2007).

Considerando a necessidade de entender o processo de desenvolvimento das estratégias de enfrentamento ao longo da vida e que há diferenças entre crianças e adultos, Skinner e Zimmer-Gembeck (2007) analisaram os trabalhos da área, mostrando que, desde o primeiro estudo sistemático do desenvolvimento do *coping* (Murphy, 1974, citado pelas autoras) e do estudo de Compass (1987, citado pelas autoras), que definiu esse campo, há consenso quanto à convergência de conceituações desenvolvimentistas sobre

o constructo de regulação, particularmente visível na regulação da emoção. Dessa forma, concluem que todas as estratégias de regulação de emoção podem ser consideradas como estratégias de enfrentamento; sendo até sinônimos ao se analisar o *coping* de crianças pequenas.

Contudo, o *coping* adaptativo não está baseado exclusivamente em emoções positivas ou em uma constante regulação da emoção, por meio de expressão e reações fisiológicas e experiência emocional; mas, também por comportamento motor coordenado, atenção, cognição e reações ao ambiente físico e social.

Nesse novo enfoque, ao se analisar o componente principal do *coping* – as reações ao *stress* e as ações regulatórias – devem ser consideradas as bases subjacentes de temperamento e as diferentes demandas desenvolvimentais ao longo da infância e adolescência. Neste caso, consideram que há três períodos de transição importantes para a identificação de mudanças no padrão de enfrentamento – dos 5 aos 7 anos, dos 9 aos 12 anos, e entre 12 e 14 anos de idade. Há, portanto, diferenças no *coping* na faixa etária de 4 a 12 anos. As crianças, inclusive as mais novas, costumam apresentar quatro famílias de *coping* – *busca por suporte*, *solução de problemas* (e ação instrumental), *esquiva* e, quando esta não é possível, a *distração*. É preciso ter em mente que, conforme a criança cresce, aumenta o leque de suas possibilidades de enfrentamento e a sofisticação das estratégias de *coping* (Barros, 2003). Assim, o *coping* passa a ter um papel explícito, e diferenciado das respostas de *stress*, para entender os processos emocionais, comportamentais,

motivacionais, atencionais, cognitivos e sociais; mostrando como esses múltiplos subsistemas regulatórios funcionam juntos para enfrentar o *stress*.

Nesse contexto, estudar o *coping* é essencial para compreender os efeitos do *stress* em crianças e adolescentes, e a forma como esse processo de lidar com situações adversas modela o próprio desenvolvimento infantil. Particularmente diante de situações altamente estressantes, como no caso de doenças crônicas e a consequente hospitalização, como discutido a seguir.

1.2 Estratégias de enfrentamento da hospitalização por crianças

As crianças lidam com a hospitalização utilizando diversas estratégias de enfrentamento de acordo com pesquisas já realizadas (Motta, 2002, 2007; Moraes, 2007, Carnier, 2010). Para Carnier (2010), em pesquisa realizada com crianças pré-cirúrgicas, os comportamentos mais escolhidos no AEH foram: tomar medicação, assistir TV e conversar, seguidos por sentir medo, pensar em milagre e chorar. Rezar e brincar também foram bastante escolhidos. Enquanto que as estratégias de enfrentamento mais escolhidas foram: *distração, solução de problemas e busca de suporte*, seguidas das estratégias *de reestruturação cognitiva e regulação da emoção*.

Para Moraes (2007) que realizou pesquisa com crianças com doenças crônicas, exceto o câncer, as estratégias mais escolhidas foram a *distração* e a *ruminação*. Já os principais comportamentos foram: *conversar e tomar remédio*, seguidos *de rezar e chorar*.

Para Motta (2007) que investigou o enfrentamento em crianças com câncer, as principais estratégias de enfrentamento foram: *distração e solução de*

problemas. A autora verificou que após intervenção psicológica as crianças reduziram estratégias de enfrentamento não adaptativas como *ruminação, esquiva e negociação*. Enquanto que nas crianças que não foram submetidas a intervenção, apenas a recreação hospitalar, houve redução de estratégias adaptativas como *regulação da emoção, busca por suporte, busca por informação e reestruturação cognitiva*.

1.2.1 O brincar no hospital como estratégia de enfrentamento

Em relação ao brincar no hospital pesquisa realizada por Moraes (2007) com crianças com doenças crônicas, exceto o câncer, através da análise de conglomerados mostrou que as principais atividades lúdicas foram: *assistir TV e Jogar mingame*, enquanto as menos escolhidas foram: *recortar e colar e brincar de médico*. Já nos dados de Motta (2007) com crianças com câncer as brincadeiras preferidas na análise de conglomerados foram: *quebra-cabeça, desenhar, ler gibi, assistir TV e jogar minigame*.

Como dito anteriormente, para lidar com a situação de hospitalização, a criança precisa utilizar estratégias de enfrentamento, a fim de minimizar os prejuízos ao seu desenvolvimento. Dentro dessa perspectiva, o brincar tem sido inserido no hospital tanto para sua humanização quanto como recurso para a intervenção psicológica junto à criança (Motta & Enumo, 2002; 2004a; Motta, 2007; Moraes, 2007).

De acordo com Furtado (1999), o brincar no hospital traz benefícios não apenas para a criança, mas também para os profissionais de saúde, pois estes vão encontrar uma criança mais receptiva, que vai aderir mais facilmente ao tratamento, sendo este um ambiente mais propício a intervenção médica. Além disso, o brincar no hospital aproxima a criança de sua rotina fora do ambiente

hospitalar, promovendo a humanização e a familiarização com o ambiente, o que contribui para um melhor enfrentamento da hospitalização. Para Mitre e Gomes (2004), através da promoção do brincar no espaço hospitalar, é possível modificar e melhorar o modelo tradicional de intervenção e o cuidado de crianças hospitalizadas.

Assim, promover o brincar no hospital favorece o desenvolvimento da criança, uma vez que esta atividade torna o ambiente menos aversivo e mais próximo da realidade da mesma. Esse tipo de recurso pode ser efetivo como fator de proteção, ao estimular a superação da criança, promovendo sua autonomia e favorecendo sua autoestima e sua capacidade de resolução de problemas. Dessa forma, entende-se que cuidar da criança hospitalizada vai além dos cuidados médicos e inclui suas necessidades psicossociais, por isso é de extrema importância as condições oferecidas pelo hospital, como ter uma classe hospitalar (CH) (Carvalho, 2006).

1.2.2 A classe hospitalar como variável mediadora do processo de hospitalização de crianças

A classe hospitalar surgiu da exigência do reconhecimento do direito à educação nas enfermarias pediátricas pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP)², considerando que:

[...] a criança ou o adolescente hospitalizado deve receber amparo psicológico, quando se fizer necessário, e deve desfrutar de alguma forma de recreação, de programas de educação para a saúde e de

² Consolidou com a Declaração dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizado, Resolução nº 41 de 13 de outubro de 1995 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente.

acompanhamento do currículo escolar, de acordo com sua fase cognitiva, durante sua permanência no hospital (Fonseca & Cecim, 1999, p. 35).

A denominação de classe hospitalar (CH) foi prevista para este tipo de atendimento pedagógico pelo Ministério da Educação e do Desporto, em 1994, através da publicação da Política Nacional de Educação Especial (MEC/SEESP, 1999).

De acordo com Fonseca (1999), a prática pedagógica da CH é elaborada com base nas interligações de diversos aspectos de sua realidade (a criança, a patologia, os pais, os profissionais da saúde e o professor) e com a realidade fora do hospital (contato com a escola de origem da criança, adequações para a inserção da criança com necessidades especiais na escola regular, encaminhamento de matrícula na escola regular quando da alta hospitalar para as crianças que nunca frequentaram a escola e encaminhamento da situação do aluno para a escola regular ao retorno deste).

Segundo Medeiros e Gabardo (2004), a CH é uma modalidade de ensino rara em nível nacional; havendo escassez de pesquisas em ambas as áreas interdisciplinares -saúde e educação, sendo que as pesquisas existentes sobre este tema focam aspectos sociais e emocionais da criança hospitalizada e outras e realizaram estudos de Psicologia na CH, com a finalidade de investigar as relações professor-aluno, por meio de observações da interação dessa díade (Medeiro & Gabardo, 2004).

Considerando que existem poucas publicações sobre os efeitos da introdução de classes hospitalares, especialmente no país, torna-se relevante investigar as estratégias de enfrentamento utilizadas por crianças com câncer que frequentam a classe hospitalar, comparando com outros estudos da área de *coping* (Carnier, 2010; Moraes & Enumo, 2008; Motta & Enumo, 2002; Motta, 2007).

1.3 Contextualização dos estudos da dissertação

Esta pesquisa pretende contribuir para o campo de estudo das estratégias de enfrentamento em crianças hospitalizadas, na linha das pesquisas realizadas por Motta e Enumo (2002, 2004a, 2004b, 2005a, 2005b; no prelo), com crianças com câncer, por Moraes e Enumo (2008), com crianças hospitalizadas por doenças diversas, exceto câncer, e por Carnier (2010), com crianças em situação pré-cirúrgica, que utilizaram o mesmo sistema de avaliação e análise das estratégias de enfrentamento, baseado na conceituação de *coping* de Skinner e colaboradores (Skinner et al., 2005; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007). Estudar crianças hospitalizadas inscritas na Classe Hospitalar pode contribuir para identificar e analisar os impactos, além do acadêmico, que esta modalidade de ensino traz para essas crianças; também abre portas para que futuras pesquisas que analisem o desempenho acadêmico e avaliem a questão do próprio ensino fornecido pela CH.

A proposta inicial desta dissertação era realizar a coleta de dados na CH; porém, após o contato com as crianças da classe durante a coleta de dados, verificou-se que esta não era a realidade da maioria das crianças que

frequentam a CH, principalmente as crianças com câncer. Estas, no geral, estão impossibilitadas de se locomover e existe uma grande preocupação em contrair bactérias. Assim, os professores se deslocavam até os leitos, nas enfermarias. Considerou-se, então, que fazer a pesquisa numa amostra homogênea seria mais interessante, buscando crianças com o mesmo diagnóstico. Dessa forma, o câncer foi escolhido, pois a maioria das crianças da CH era de pacientes oncológicos.

Nesse contexto, foi proposto o Estudo 1, intitulado “*Coping* da Hospitalização em crianças com câncer, na classe hospitalar”, considerando o diferencial da criança frequentar a classe hospitalar como possível mediador das estratégias de enfrentamento da hospitalização. Assim, as análises do enfrentamento e suas relações com a classe hospitalar poderiam ser abordadas, mesmo que de um modo indireto.

Em termos teóricos, havia a proposta da avaliação das estratégias de enfrentamento ir além dos comportamentos ou instâncias ou comportamentos de *coping*. Pretendia-se usar as justificativas das crianças para identificar as estratégias de enfrentamento, conforme proposto por Skinner e colaboradores (Skinner et al., 2003; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007) e relacionar essas estratégias com o fato da criança frequentar a CH. Dessa maneira, esta dissertação pode contribuir para que próximas pesquisas investiguem o desempenho cognitivo, a própria CH na visão das crianças e dos pais, e fazer comparações com grupos de crianças hospitalizadas que não frequentam a CH.

Assim, no Estudo 1, foram abordadas as estratégias de enfrentamento de crianças, com câncer, por meio do Instrumento Informatizado para Avaliação das Estratégias de Enfrentamento (AEH*comp*) (Moraes & Enumo, 2008; Motta, 2007; Motta & Enumo, no prelo) (vide modelo de cena do AEH*comp* no ANEXO A), que frequentam a classe hospitalar. A fundamentação teórica abordou as principais questões referentes ao tema proposto, enfocando o impacto da hospitalização sobre o desenvolvimento da criança e o *coping*. Também foram descritos os principais aspectos do câncer infantil e a classe hospitalar, sua implementação no Brasil e seus objetivos. Foi realizada uma breve revisão da literatura, abarcando os principais achados quanto ao câncer de maneira geral e as teorias de *coping* – o conceito e os principais modelos.

Também foram investigadas as estratégias de enfrentamento dessas crianças e os problemas comportamentais relacionados à hospitalização. Os resultados foram comparados com estudos prévios, discutindo os dados encontrados, com trabalhos anteriores sobre a criança hospitalizada.

Procurando estudar o comportamento de *coping* da hospitalização em crianças, considerado natural e favorecedor do desenvolvimento infantil, no caso, o brincar, foi proposto outro estudo - Estudo 2, denominado “Brincar e problemas comportamentais em crianças com câncer, na classe hospitalar”. Procurou-se identificar as preferências lúdicas das crianças hospitalizadas por câncer, freqüentando a classe hospitalar, por meio do Instrumento Informatizado para Avaliação do Brincar no Hospital (ABH*comp*) (Moraes & Enumo, 2008; Motta,

2007) (vide modelo de cena do *ABHcomp* no ANEXO D). E, na medida em que o interesse e disposição para brincar podem ser afetados não só pelas condições da doença e seu tratamento, mas também por problemas comportamentais e emocionais avaliados pela Escala Comportamental Infantil A2 de Rutter (ECI) (Graminha, 1994) (vide modelo de itens no ANEXO E). A fundamentação teórica do Estudo 2 decorreu brevemente sobre o câncer infantil e o brincar no hospital, descrevendo os principais tipos de câncer na infância e as consequências de seu tratamento, bem como as teorias sobre as vantagens da brincadeira no ambiente hospitalar.

Dessa maneira, no Estudo 2, foram investigadas as preferências lúdicas dessas crianças, os problemas comportamentais e emocionais durante o tratamento e a hospitalização. Os resultados do Estudo 2 foram discutidos e comparados com estudos anteriores usando o mesmo instrumento de avaliação do brincar no hospital. Além disso, discutiu-se o brincar como estratégia de enfrentamento de situações adversas ao ambiente hospitalar.

A pesquisa foi realizada com 18 crianças (14 meninos), com idade entre 6 e 12 anos (média: 9,4 anos; mediana: 9 anos), sendo uma com 6 anos, uma com 7 anos, três com 8 anos, cinco com 9 anos, dois com 10 anos, quatro com 11 anos e duas com 12 anos. Todas foram diagnosticadas com câncer; estando internadas por 47 dias, em média (7 a 300 dias; mediana: 120 dias), para tratamento no Serviço de Oncologia, e inscritas na classe hospitalar de um hospital infantil público em Vitória, ES (vide no APÊNDICE A os dados de cada participante).

A Classe Hospitalar (CH) do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG), chamada de “Canto do Encanto”, em Vitória, ES, atende crianças e adolescentes com patologias não infectocontagiosas internadas ou em tratamento hospital-dia, especialmente aquelas provenientes da Enfermaria de Oncologia, visto que, por conta de sua patologia, são as que mais tempo permanecem no ambiente hospitalar. A CH “Canto do Encanto”, implantada em 2001, é uma parceria entre o governo do Estado (Secretarias de Estado da Educação – SEDU e da Saúde - SESA), o HINSG e a Associação Capixaba contra o Câncer Infantil (ACACCI). Desde 2004, já foram atendidos mais de 13 mil alunos/pacientes, da Educação Infantil até o Ensino Médio. A CH conta com um espaço próprio dentro do terreno do hospital, construído em 2003, onde há uma única e ampla sala de aula, equipada com material didático e brinquedos. Além disso, o atendimento dos professores não se restringe ao espaço da CH, pois muitas crianças impossibilitadas de se deslocar recebem atendimento escolar na enfermaria, em seus respectivos leitos (ACACCI, 2001, 2007).

O funcionamento é diário, exceto aos finais de semana. Os atendimentos são realizados no turno matutino (7-11h) e vespertino (13-16h); tendo os professores mais uma hora de planejamento após o atendimento das crianças. No período da manhã, as atividades da classe são prioritariamente destinadas às crianças do Ambulatório de Onco-hematologia, podendo atender crianças de outras enfermarias que estão internadas. No período da tarde, a CH atende prioritariamente as crianças internadas na Enfermaria de Oncologia. A frequência da criança nas atividades da classe depende do tempo de permanência no hospital, sendo que no caso de crianças internadas, as

atividades são diárias. As crianças em tratamento ambulatorial participam das atividades da classe nos dias do atendimento médico (ACACCI, 2007; Motta, 2007).

A CH do HINSG tem a função da escola regular, ou seja, dar ao aluno condições de acompanhar os conteúdos próprios de sua série, evitando o afastamento da escola, bem como possíveis repetições no ano letivo. Assim, a criança internada e inscrita na classe tem o direito ao aproveitamento de seus estudos após a alta, mediante comprovação de frequência e avaliações da CH, uma vez que cada uma está inscrita na SEDU como aluno da CH. Os trabalhos são realizados por uma equipe de 10 professores (cinco em cada período - matutino e vespertino) vinculados à SEDU e com uma funcionária da SESA, que atua como coordenadora da classe, além de familiares das crianças, voluntários da ACACCI e funcionários do HINSG (ACACCI, 2007).

A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFES (Proc. n. 217/09) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG), vinculado à Secretaria de Estado da Saúde do ES (Proc. n. 61/2009) (ANEXO B e C). Os responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

Resumindo, a presente dissertação³ abordou: (a) dados de pesquisas sobre o impacto da hospitalização no desenvolvimento infantil e o câncer infantil, e

³ Normas da APA (2006).

conceituação de *coping* numa perspectiva desenvolvimentista; (b) as estratégias de enfrentamento de crianças com câncer inscritas na classe hospitalar; (c) o brincar no hospital como estratégia de enfrentamento da hospitalização; (d) os problemas emocionais e comportamentais prévios à hospitalização, durante o tratamento e a hospitalização das crianças; (e) as relações entre as estratégias de enfrentamento da hospitalização e problemas emocionais e de comportamento das crianças; (f) as relações entre as estratégias de enfrentamento e variáveis sócio-demográficas e da doença; (g) as relações entre as preferências lúdicas e variáveis sócio-demográficas e da doença; (h) revisão de alguns estudos anteriores que investigaram estratégias de enfrentamento em crianças hospitalizadas.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo geral

Esta pesquisa visou a identificar e analisar as estratégias de enfrentamento da hospitalização e as preferências lúdicas de crianças com câncer, freqüentando uma classe hospitalar de um hospital público infantil de Vitória, ES e suas relações com problemas emocionais e de comportamento das crianças.

1.4.2 Objetivos do Estudo 1

O Estudo 1 analisou as estratégias de enfrentamento das crianças para lidar com a hospitalização e o tratamento da doença e suas relações com problemas de comportamento, considerando o fato de estar inscrito na classe hospitalar como possível variável mediadora do *coping*.

Como objetivos específicos, foram considerados:

- 1) identificar e analisar as estratégias de enfrentamento da hospitalização em crianças com câncer, por meio de instrumento informatizado;

2) identificar e analisar possíveis problemas de comportamento em crianças hospitalizadas com câncer, com idade entre 6 e 12 anos; e

3) analisar as relações entre as estratégias de enfrentamento da hospitalização e problemas de comportamento prévios à hospitalização.

1.4.3 Objetivos do Estudo 2

O Estudo 2 visou a identificar e analisar as preferências lúdicas de crianças com câncer, com idade entre 6 e 12 anos, freqüentando uma classe hospitalar, e suas relações com problemas de comportamento infantis relatados pelos cuidadores, e com dados sócio-demográficos dessas famílias.

Em termos específicos, pretendeu-se:

1) identificar e analisar as preferências lúdicas de crianças no hospital, por meio de instrumento informatizado (*ABHcomp*);

2) identificar e analisar os problemas emocionais de crianças hospitalizadas por câncer;

3) analisar as relações entre as preferências lúdicas das crianças hospitalizadas e problemas emocionais e de comportamento atuais e prévios à hospitalização;

4) analisar possíveis relações entre preferências lúdicas das crianças hospitalizadas e suas variáveis sócio-demográficas (sexo, idade, escolaridade das crianças, religião, escolaridade e estado civil dos pais e local de moradia da família);

5) analisar possíveis relações entre problemas emocionais e de comportamento das crianças hospitalizadas e suas variáveis da doença (diagnóstico, tempo de tratamento e de internação da criança);

6) analisar possíveis relações entre problemas emocionais e de comportamento das crianças hospitalizadas e suas variáveis sócio-demográficas (sexo, idade, escolaridade das crianças, religião, escolaridade e estado civil dos pais e local de moradia da família); e

7) analisar possíveis relações entre problemas emocionais, avaliados pela ECI, e comportamentais, avaliados pelo CBCL (6-18 anos), em crianças hospitalizadas com câncer.

A seguir, serão apresentados os dois estudos citados, elaborados no formato de artigo científico, a serem encaminhados para periódicos da área da Psicologia.

2. ESTUDOS

2.1 ESTUDO 1 – *Coping* da hospitalização em crianças com câncer: a importância da classe hospitalar⁴

Folha de rosto sem identificação

Título: *COPING* DA HOSPITALAÇÃO EM CRIANÇAS COM CÂNCER: A IMPORTÂNCIA DA CLASSE HOSPITALAR

Título resumido: *Coping* e classe hospitalar

Título em Inglês: COPING HOSPITALIZATION OF CHILDREN WITH CANCER: THE IMPORTANCE OF AT HOSPITAL CLASS

⁴ Artigo submetido à Revista *Estudos de Psicologia* (Campinas), site: http://www.puc-campinas.edu.br/biblioteca/periodicos/instrucao_autores.asp, normas da APA.

Folha de rosto com identificação

COPING DA HOSPITALIZAÇÃO EM CRIANÇAS COM CÂNCER: A IMPORTÂNCIA DA CLASSE HOSPITALAR⁵

Título resumido: *Coping* e classe hospitalar

Título em Inglês: COPING HOSPITALIZATION OF CHILDREN WITH CANCER: THE IMPORTANCE OF THE HOSPITAL CLASS

Short title: *Coping* and hospital class

Autores:

Paula Coimbra da Costa Pereira Hostert, Mestranda em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Espírito Santo, Brasil, bolsista da CNPq; E-mail: paulahostert@gmail.com

Sônia Regina Fiorim Enumo, Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil, bolsista de produtividade em pesquisa do CNPq, nível 1B. e-mail: sonia.enumo@pq.cnpq.br

Alessandra Brunoro Motta Loss, Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e do Departamento de Educação Integrada em

⁵Originado da dissertação de Mestrado intitulada “Estratégias de Enfrentamento e Problemas Comportamentais em Crianças com Câncer, na Classe Hospitalar” defendida pela primeira autora na Universidade Federal do Espírito Santo no ano de 2010, sob orientação da segunda e terceira autoras. Apoio: CNPq/MCT (Proc. n. 485564/2006-8 e n.481483/2009-8). Agradecimentos: aos profissionais do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória, aos responsáveis e às crianças pela colaboração; ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pelo apoio financeiro.

Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Espírito Santo, Brasil. E-mail: alessandrabmotta@yahoo.com.br

Endereço para correspondência com editor:

Paula Coimbra da Costa Pereira Hostert

Residencial:

Av. Estudante José Julio de Souza, n. 2600, apto.804A, Praia de Itaparica, Vila-Velha/ES, CEP: 29102-010

Tel.: (27) 32019783/ (27)9979-8155

Institucional:

Programa e Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo

Av. Fernando Ferrari, 514, Goiabeiras, CEP 29073-910, Vitória, ES.

Resumo

A hospitalização afeta o comportamento infantil, sendo mediada pelas estratégias de enfrentamento (*coping*) da criança. O objetivo deste estudo foi descrever as estratégias de enfrentamento de crianças com câncer para lidar com a hospitalização, analisando a importância da Classe Hospitalar. Participaram 18 crianças com câncer (6 a 12 anos), avaliadas pelo Instrumento Computadorizado de Avaliação das Estratégias de Enfrentamento da Hospitalização [AEHcomp]. Os pais responderam ao *Child Behavior Checklist* (6-18 anos). Os comportamentos mais referidos foram: brincar, conversar, assistir TV, tomar remédio, estudar, sentir raiva e fazer chantagem e as famílias de coping mais identificadas foram: ruminação e distração. As crianças destacaram a importância da Classe Hospitalar para a continuidade da aprendizagem e escolaridade. O padrão de *coping* revelou comportamentos e estratégias favoráveis ao enfrentamento da hospitalização durante o período na Classe Hospitalar, indicando possíveis benefícios desta para a criança em tratamento contra o câncer.

Palavras-chave: estratégias de enfrentamento; classe hospitalar; câncer infantil.

Abstract

Hospitalization affects children's behavior, and it is dealt with through children's *coping* strategies. This study aims at describing the hospitalization coping strategies adopted by children with cancer, analyzing the importance of hospital class. Eighteen (18) children with cancer aged between 6 and 12 participated in the study. The children were evaluated using the Computerized Instrument for

Assessing Hospitalization Coping Strategies [AEHcomp] and their parents responded to the Child Behavior Checklist (6-18 years). The most common behaviors referred to were *playing, talking, watching TV, taking medication, studying, feeling angry, and blackmailing*. The most common strategies identified were *ruminaton and distraction*. The children highlighted the importance of Hospital Class as a way to continue their learning process and education. The sample's coping patterns revealed behaviors and strategies that were favorable to coping with hospitalization during the hospital class term, which pointed to possible benefits to children undergoing cancer treatment.

Keywords: Coping strategies; hospital class; childhood cancer.

1 Introdução

O impacto da hospitalização no desenvolvimento infantil decorre do fato de crianças doentes e hospitalizadas apresentarem algumas mudanças que podem interferir no seu processo de amadurecimento, como a relação de dependência e a perda do controle sobre seu próprio corpo (Soares, 2002; Zannon, 1981). As conseqüências psicológicas da doença e do tratamento para a criança e para a família são inúmeras. Por conta disso, a Psicologia necessita obter cada vez mais conhecimentos para atender e tratar crianças e adolescentes que convivem diariamente com doenças graves (Castro, 2007).

Segundo Castro (2007), esse impacto sobre a criança dependerá da duração, sintomatologia, gravidade, visibilidade da doença, tipos de intervenções médicas; que são diretamente influenciadas pelas características da criança e de suas relações familiares. Assim, a hospitalização pode ter conseqüências

imediatas para algumas crianças, como o aparecimento de comportamentos agressivos, pesadelos, mudanças na conduta e medo de separar-se de seus pais. Sendo assim, é importante examinar os comportamentos observados nas crianças doentes para melhor compreender suas reações ao processo de hospitalização.

Dessa maneira, a doença, como processo, gera um impacto dinâmico no desenvolvimento ao interferir na interação da criança com seu ambiente físico e social. Tal impacto pode ser direto, em termos de disfunções biológicas, ou indireto, por alterações nas atividades cotidianas ou ligadas às demandas de seu transtorno. Sua avaliação deve considerar variáveis relacionadas às peculiaridades da patologia, bem como ao repertório de enfrentamento da criança (Motta & Enumo, 2010; Thompson & Gustafson, 1995).

Além disso, variáveis específicas ao regime de tratamento, como sua eficácia e impactos na adesão, sendo este influenciado por fatores como a existência de efeitos colaterais, devem ser consideradas na avaliação e na elaboração de estratégias de enfrentamento (Ferreira, 2006). Nesse contexto, o câncer se destaca em função de seu tratamento ser marcado pela realização de procedimentos médicos invasivos e dolorosos, geradores de uma série de efeitos colaterais, como perda de peso, de cabelo e de pêlos, náuseas, vômitos, diarréias, inflamações de pele e mucosas, e problemas endócrinos de crescimento. Os tratamentos prolongados, com número de internações freqüentes, são devido à recidiva da doença, ou até mesmo pelas

conseqüências do tratamento: quimioterapia, radioterapia, cirurgias, entre outros (Costa Jr., 2005; Crepaldi, Rabuske, & Gabarra, 2006).

Entende-se, assim, que o repertório de enfrentamento de uma criança, isto é, a forma como esta lida com determinado contexto situacional, em que há ocorrência de experiências aversivas, é função especialmente de seu nível de desenvolvimento cognitivo e de sua história de interação com as circunstâncias em que se encontra (Costa Jr., 2005). A compreensão das estratégias de enfrentamento deve levar em conta ainda outra série de fatores que compõem o contexto em que se encontra a criança. Este contexto, segundo Costa Jr. (2005), inclui fatores: (a) biológicos, incluindo as condições orgânicas do paciente, as queixas de desconforto, os efeitos colaterais da medicação e a evolução geral do quadro clínico; (b) psicológicos, considerando fatores cognitivos, como crenças e expectativas, e fatores afetivos, que incluem sentimentos e emoções frente à doença; (c) históricos, representados pela constituição de experiências do paciente com a doença e com a instituição na qual ele é atendido; (d) sociais, que podem incluir a presença de acompanhantes e o papel desempenhado por estes junto ao paciente, a interação com outras crianças e a influência recíproca que exercem umas sobre as outras, assim como a relação com membros da equipe de saúde, e (e) situacionais, considerando as configurações de estímulo da instituição como um todo e particularmente da sala em que se realizam os procedimentos invasivos.

Segundo Skinner e Zimmer-Gembeck (2007), o enfrentamento ou *coping* não é concebido como sendo um comportamento passível de observação, ou uma crença que pode ser relatada; pois o enfrentamento possui uma característica multidimensional, podendo ter diferentes funções. Entendem o *coping* como “[...] a regulação da ação sob *stress*” (p. 122), considerando-se como as pessoas mobilizam, energizam e direcionam o comportamento e a emoção, ou falham ao fazê-lo, sob condições de *stress*. O sujeito tem um papel ativo no processo transacional de enfrentamento das situações adversas, mas também é modelado por esse processo.

Considerando que o estudo do enfrentamento é fundamental para compreender como o estresse afeta a vida das pessoas, especialmente o desenvolvimento de crianças e adolescentes, Skinner e colaboradores (Skinner, Edge, Altman, & Sherwood, 2003; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007) propuseram, a partir da revisão de 100 estudos, uma concepção hierárquica do construto do *coping*. Esta permite sistematizar o processo de enfrentamento, com base em categorias denominadas famílias de enfrentamento, a saber: *solução do problema, busca por suporte, esquiva, distração, reestruturação cognitiva, ruminação, desamparo, afastamento social, regulação da emoção, busca por informação, negação, oposição e delegação*. As crianças, inclusive as mais novas, costumam apresentar quatro dessas famílias de *coping*: *busca por suporte, solução de problemas* (e ação instrumental), *esquiva* e, quando esta não é possível, a *distração*. Há, portanto, diferenças no *coping* na faixa etária de 4 a 12 anos (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007). Nessa perspectiva desenvolvimentista, o *coping* passa a ter um papel explícito, e diferenciado das

respostas de *stress*, para se entender os processos emocionais, comportamentais, motivacionais, cognitivos e sociais; mostrando como esses múltiplos subsistemas regulatórios funcionam juntos para enfrentar o *stress*.

Motta e colaboradores (Motta, 2007; Motta & Enumo, 2010) adaptaram essas categorias para analisar as estratégias de enfrentamento da hospitalização em crianças com câncer; sendo também utilizadas por Moraes e Enumo (2008) para crianças hospitalizadas com doenças diversas, e por Carnier (2010), para crianças hospitalizadas em situação pré-cirúrgica.

Nessa análise do enfrentamento da hospitalização, deve-se considerar que a criança usa estratégias de enfrentamento acessando seus recursos cognitivos, ambientais, afetivos, emocionais e sociais. Entre os recursos ambientais disponíveis, a Classe Hospitalar, pode se constituir como um espaço que favoreça a emissão de comportamentos que se relacionam a estratégias de enfrentamento mais facilitadoras do processo adaptativo da criança.

A esse respeito, desde o Decreto-Lei no. 1044, de 21 de outubro de 1969 (Brasil, Secretaria de Educação Especial, 2002), a educação escolar hospitalar ou Classe Hospitalar (CH) tornou-se um direito da criança hospitalizada. Esta pode assim acompanhar seus estudos e não perder o ano letivo, conseguindo assim continuar no processo escolar (Fonseca, 2003). Assim, a Educação Especial em enfermarias pediátricas tem o objetivo de prevenir o fracasso escolar, bem como atender às necessidades pedagógico-educacionais do desenvolvimento infantil (Fonseca, 2003; Sandroni, 2008). Além do

aprendizado, a CH contribui na evolução do quadro clínico da criança, sendo uma das formas de humanização da hospitalização, que acelera a melhora do paciente e contribui para o seu bem-estar (Almeida & Albinati, 2009; Sandroni, 2008).

Considerando que ainda são escassos os estudos sobre problemas das crianças no contexto da Classe Hospitalar, torna-se relevante investigar as estratégias de enfrentamento utilizadas por crianças com câncer que frequentam a CH, explorando a importância atribuída pela criança ao comportamento de estudar no hospital.

O objetivo principal deste estudo, portanto, foi descrever as estratégias de enfrentamento das crianças para lidar com a hospitalização e o tratamento da doença. De modo específico, buscou descrever problemas de comportamento e competência social em crianças com câncer; e verificar a importância atribuída pela criança à Classe Hospitalar.

2 Método

2.1 Participantes

Participaram 18 crianças (14 meninos), com idade entre 6 e 12 anos (média: 9,4 anos; mediana: 9 anos), diagnosticadas com câncer, internadas por 47 dias, em média (mediana:120), para tratamento no Serviço de Oncologia, e inscritas na classe hospitalar de um hospital infantil público em Vitória, ES.

2.1.1 Critérios de inclusão e exclusão da amostra

A inclusão dos participantes nesta amostra de conveniência seguiu os seguintes critérios:

- a) estar internada no hospital por 7 dias no mínimo; tempo este de exposição ao ambiente hospitalar, que pode levar ao desenvolvimento de problemas psicológicos ou de comportamento, segundo Dias et al. (2003);
- b) ter entre 6 e 12 anos de idade, considerando que, aos 6 anos, a criança já possui habilidades que possibilitem responder ao instrumento da pesquisa;
- c) estar diagnosticada e em tratamento com câncer, para compor uma amostra homogênea, com o mesmo diagnóstico, assim o câncer foi escolhido;
- d) estar inscrita e freqüentar a Classe Hospitalar, diferenciando-se aqui de estudos anteriores que utilizaram os mesmos instrumentos de coleta de dados (Moraes & Enumo, 2008; Motta & Enumo, 2010; Carnier, 2010).

2.1.2 Caracterização dos participantes

A partir da consulta nas fichas de dados sociais e entrevistas com os pais, foi possível caracterizar as crianças: média de idade de 9,4 anos, sendo 77,8% meninos; 61,1% crianças tinham pais separados; 94,4% dos pais tinham o Ensino Fundamental completo; 66,7% das crianças adotavam a religião evangélica; 61,1% das crianças residiam na região metropolitana e as demais no interior do Estado.

O tempo de internação das crianças variou de 7 a 300 dias (média = 47 dias; mediana: 120). Apenas 2 crianças estavam internadas pela primeira vez por motivo de diagnóstico da doença e 16 pela terceira vez ou mais. Os motivos das internações hospitalares da amostra foram: medicação (38,9%), intercorrência (27,8%) e para diagnóstico (33,3%). O principal diagnóstico foi leucemia, para 10 crianças (55,5%), sendo 8 (44,4%) com leucemia linfóide

aguda (LLA) e 2 (11,1%) com leucemia mielóide aguda (LMA). As outras 8 crianças (44,5%) apresentaram tipos de câncer diversos: linfoma de Burkitt (6), câncer nos rins (nefroblastoma no rim esquerdo e carcinoma renal) (2), tumores nas partes moles (sarcoma de *Ewing* e osteosarcoma) (1) e tumor na cabeça (pineal) (1). Quanto à fase de gravidade da doença, 8 crianças (44,4%) estavam na fase grave, 8 (44,4%) na fase moderada e 2 (11,1%) na fase leve. Esses dados foram obtidos no prontuário médico.

2.1.3 A Classe Hospitalar

A Classe Hospitalar (CH) do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG), chamada de “Canto do Encanto”, localizado em Vitória, ES, atende crianças e adolescentes com patologias não infectocontagiosas internadas ou em tratamento hospital-dia, especialmente aquelas provenientes da Enfermaria de Oncologia. Estas últimas, devido ao tipo de doença, são as que mais tempo permanecem no ambiente hospitalar. Desde 2004, já foram atendidos mais de 13 mil alunos/pacientes, da Educação Infantil até o Ensino Médio. A CH conta com um espaço próprio dentro da área física do hospital, onde há uma única e ampla sala de aula, equipada com material didático e brinquedos. Além disso, o atendimento dos professores não se restringe ao espaço da CH, pois muitas crianças impossibilitadas de se deslocar recebem atendimento escolar na enfermaria, em seus respectivos leitos (ACACCI, 2009).

O funcionamento da CH é diário, exceto aos finais de semana. Os atendimentos são realizados no turno matutino (7-11h) e vespertino (13-17h); tendo os professores mais uma hora de planejamento após o atendimento das

crianças. No período da manhã, as atividades da classe são prioritariamente destinadas às crianças do Ambulatório de Onco-Hematologia, podendo atender crianças de outras enfermarias que estão internadas. No período da tarde, a CH atende prioritariamente as crianças internadas na Enfermaria de Oncologia. A frequência da criança nas atividades da classe depende do tempo de permanência no hospital, sendo que no caso de crianças internadas, as atividades são diárias. As crianças em tratamento ambulatorial participam das atividades da classe nos dias do atendimento médico (ACACCI, 2009; Motta, 2007).

A CH do HINSG tem a função da escola regular, ou seja, dar ao aluno condições de acompanhar os conteúdos próprios de sua série, evitando o afastamento da escola, bem como possíveis repetições no ano letivo. Assim, a criança internada e inscrita na classe tem o direito ao aproveitamento de seus estudos após a alta, mediante comprovação de frequência e avaliações da CH, uma vez que cada uma está inscrita na Secretaria de Estado da Educação (SEDU) como aluno da CH. Os trabalhos são realizados por uma equipe de 10 professores (cinco em cada período: matutino e vespertino) vinculados à SEDU e com uma funcionária da Secretaria de Estado da Saúde (SESA), que atua como coordenadora da classe, além de familiares das crianças, voluntários da Associação Capixaba contra o Câncer Infantil (ACACCI) e funcionários do HINSG (ACACCI, 2009).

2.2 Instrumentos

Foram utilizados na coleta de dados os seguintes instrumentos:

- 1) Roteiro para coleta de informações sócio-demográficas dos participantes - com dados sobre sexo, idade, escolaridade, religião, estado civil dos pais, escolaridade dos pais, profissão dos pais e moradia;
- 2) Protocolo de consulta aos dados médicos dos participantes – com dados do prontuário da enfermagem de Oncologia contendo informações sobre o histórico da doença e do tratamento, tais como diagnóstico, tempo de tratamento, tempo de internação, gravidade da doença, recidiva da doença, internações anteriores e motivo da internação;
- 3) *Child Behavior Checklist* (6-18 anos) - Lista de Verificação Comportamental para crianças/adolescentes de 6 a 18 anos - (Achenbach & Rescorla, 2001; Rocha & Silveira, 2006) – escala composta por 138 itens, dos quais 20 referem-se à avaliação da competência social (atividades, sociabilidade e escolaridade) e 118 à avaliação de problemas de comportamento (ansiedade/depressão, isolamento/depressão, queixas somáticas, problemas sociais, problemas de pensamento, problemas de atenção, comportamento transgressor e comportamento agressivo). Três escalas são classificadas a partir desses itens: Escala de Competência Social, Escala de Síndromes (Problemas Internalizantes e Externalizantes) e Escala Orientada pelo DSM-IV. A classificação das respostas envolve três variáveis: item falso ou comportamento ausente (score = 0); item parcialmente verdadeiro ou comportamento às vezes presente (score = 1); item bastante verdadeiro ou comportamento frequentemente presente (score = 2). Assim, a pontuação bruta obtida em cada uma das escalas é convertida em escores T, permitindo a classificação das crianças em *clínica*, *não clínica* e *limítrofe*. A classificação *clínica* sugere que a avaliação da mãe indicou a necessidade de ajuda

profissional; a faixa *limítrofe* indica a presença de problemas de comportamento em um nível capaz de gerar preocupação; e a faixa *não clínica*, quando a criança não apresenta problemas de comportamento suficientes para gerar preocupação e necessitar de ajuda profissional. Neste estudo, as crianças referidas como limítrofe foram incluídas no grupo de crianças *clínicas*, conforme recomendação de Achenbach (1991) para pesquisas com o CBCL;

4) Instrumento Informatizado de Avaliação do Enfrentamento da Hospitalização - AEH*comp* (Moraes & Enumo, 2008; Motta, 2007; Motta & Enumo, 2010), composto por um *software* com 20 cenas sobre situações cotidianas no ambiente hospitalar, para identificar o que as crianças fazem, pensam e sentem sobre a sua condição de hospitalização (comportamentos ou instâncias de *coping*), permitindo analisar suas estratégias de enfrentamento a partir das justificativas dadas às escolhas das cenas. O AEH, em versão impressa e informatizada, tem sido utilizado em pesquisas da área (Carnier, 2010; Moraes & Enumo, 2008; Motta, 2007; Motta & Enumo, 2004, 2010).

2.3 Procedimento

Os instrumentos foram aplicados nas enfermarias de Oncologia Geral e Onco-Hematologia; com duração média de 30 minutos para o AEH*comp* e 50 minutos para a CBCL (6-18 anos), 20 minutos para a entrevista e 40 minutos para o questionário com os pais.

No início da aplicação do AEH*comp*, a criança era questionada sobre o que ela pensava, fazia ou sentia no tempo em que estava no hospital; sendo sua resposta registrada em áudio e vídeo. Posteriormente, era apresentada à

criança a primeira cena de um total de 20, em que ela deveria, primeiramente, descrever a situação ilustrada e, depois, responder o quanto se identificava com tal situação durante o tempo em que estava no hospital. Para registrar a resposta, a criança deveria marcar na mesma tela da cena uma escala de *likert*, com cinco opções ilustradas com círculos pintados gradativamente de preto, sendo o primeiro em branco e o último todo preenchido, cada um referente a uma das seguintes respostas: *nunca*, *às vezes*, *um pouco*, *quase sempre* e *sempre*. Após a escolha de cada cena, a criança era questionada para justificar o motivo de sua resposta, e, posteriormente, questionada se aquela situação da cena servia ou ajudava em alguma coisa.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFES (Proc. n. 217/09) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG) (Proc. n. 61/2009). Dessa maneira, a pesquisa cumpre os procedimentos internos das duas instituições, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10/10/1996, 251 de 07/08/1997 e 292 de 08/07/1999, que regulamentam pesquisas com seres humanos.

2.4 Processamento e Análise dos Dados

Os instrumentos *Roteiro para coleta de informações sócio-demográficas dos participantes* e *Protocolo de consulta aos dados médicos dos participantes* foram descritos de forma qualitativa para caracterização dos participantes.

O *AEHcomp* é respondido pela criança de forma que a cada item marcado é atribuída um valor de acordo com as normas estabelecidas pelo instrumento, assim é possível fazer uma pontuação para cada um dos 20 comportamentos nas cenas apresentadas, e visualizar quais as cenas mais escolhidas e com qual intensidade.

As estratégias de enfrentamento utilizadas durante a hospitalização foram identificadas a partir das respostas e justificativas dadas pelas crianças, pois esta análise é feita de acordo com as categorias propostas por Skinner e Zimmer-Gembeck (2007).

No CBCL (6-18 anos), a cada um dos 138 itens é atribuído um valor que vai de 0 a 2; assim, este valor bruto é convertido em escores T, os dados são divididos em escalas e as crianças são classificadas em *clínicas* e *não clínicas*, de acordo com as normas estabelecidas pelo instrumento. Estes dados são processados pelo *software Assessment Data Manager (ADM)*, que rodam os dados do questionário do *Achenbach System of Empiracally Based Assessment (ASEBA)*.

Após a análise das respostas, os dados obtidos no *AEHcomp* e no CBCL foram organizados e analisados de forma descritiva. Para descrever a importância da CH para a criança hospitalizada, utilizou-se a análise de conteúdo.

3 Resultados

3.1 Comportamentos e estratégias de enfrentamento da hospitalização das crianças

No AEHcomp, as cenas *brincar, conversar, assistir TV, tomar remédio e estudar* foram escolhidas por todas as 18 crianças. A cena *sentir raiva* também foi mencionada por todas as crianças, e apenas uma não escolheu a cena *fazer chantagem*. As cenas menos escolhidas foram: *pensar em fugir* (3) e *sentir culpa* (5).

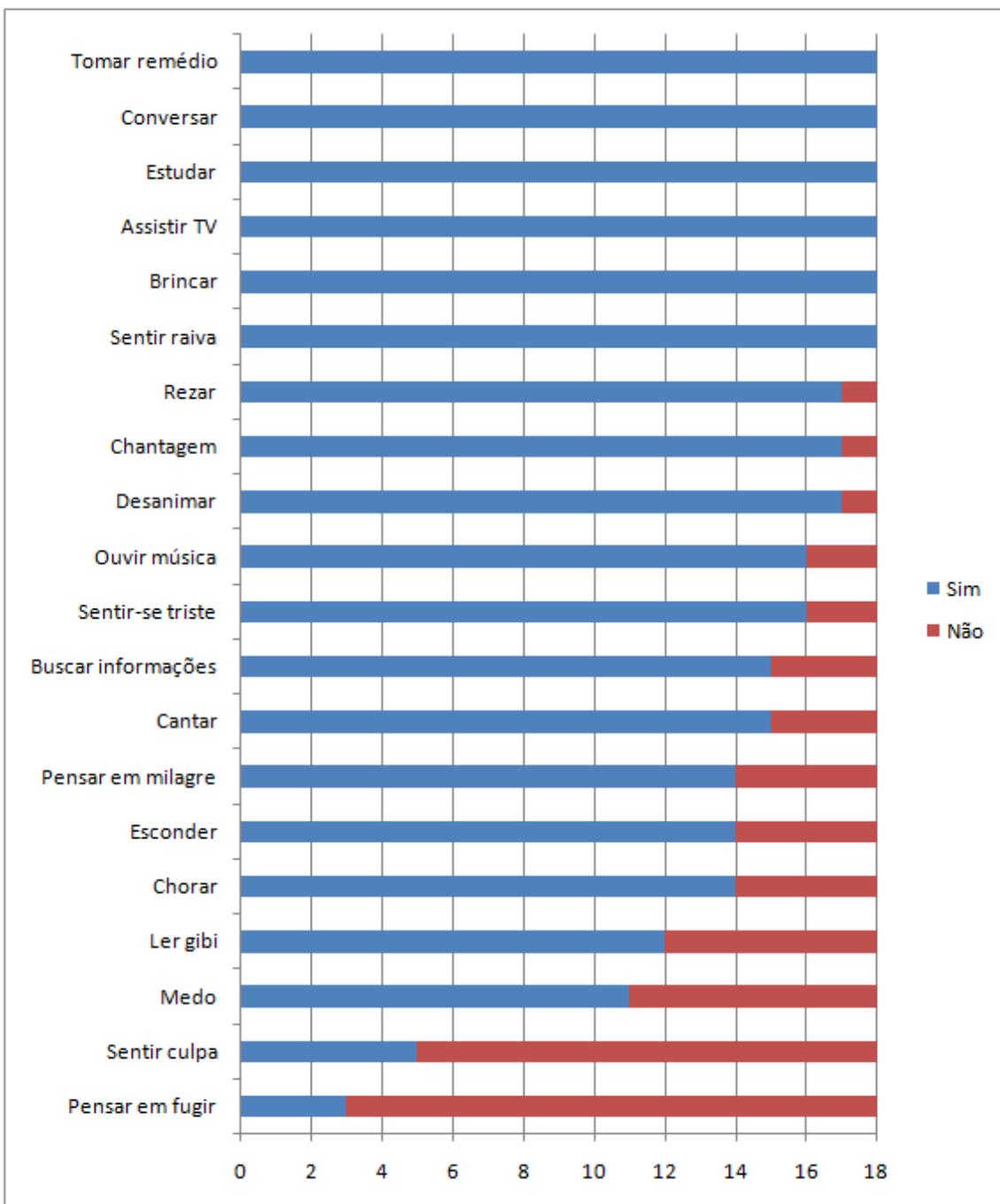


Figura 1. Frequência de escolha das cenas do AEHcomp apresentadas por crianças hospitalizadas classificadas em facilitadoras e não facilitadoras.

As justificativas dadas pelas crianças às escolhas feitas no AEHcomp foram categorizadas conforme Skinner et al. (2003), que, em ampla revisão de literatura, descreveram categorias, nas quais comportamentos e estratégias de

coping podem ser classificadas. Tais categorias foram adaptadas por Motta (2007) para análise do AEHcomp, a saber: *solução do problema, busca por suporte, esquiva, distração, reestruturação cognitiva, ruminação, desamparo, afastamento social, regulação da emoção, busca por informação, negação, oposição e delegação*.

A partir dessa classificação, foram identificadas 360 estratégias de enfrentamento, das quais a mais frequente foi a *distração* (100 justificativas), como pode-se verificar nas afirmativas:

“Ah, também distrai, passa um tempo. Prá não ficar sem fazer nada, aí eu pego, coloco meu MP3 e começo a cantar; distrai bastante” (C1, 12 anos, cena Cantar);

“Brinco aqui, muito, sempre. Porque é legal, engraçado. Acho que ajuda só a passar o tempo” (C5, 7 anos, cena Brincar).

Em segundo lugar, ficou a *ruminação* (88 justificativas), como, por exemplo:

“Porque é muito chato ficar aqui, sem fazer nada. A gente fica pensando que vai tomar agulhada, que vai ser amarrado na cama; lembra de coisa ruim que pode acontecer com a gente; aí, fica triste” (C2, 9 anos, cena Ficar triste);

“Um pouquinho. Porque eu fiquei com vontade de ir pra casa, fiquei com saudade da mamãe, eu choro muito porque to aqui” (C13, 6 anos, cena Chorar).

A família de *coping* menos identificada foi o *desamparo* (2), com relatos, como:

“Às vezes, eu desanimar, porque aqui num tem quase nada prá gente brincar; num dá prá fazer nada; você fica sozinho, sem fazer nada”(C4, 11 anos, cena Desanimar).

Foi seguida pela *reestruturação cognitiva* (8), como mostra o relato, a seguir.
 “Não choro, se eu ‘tô no hospital aqui, eu ‘tô me cuidando, né? prá mim não ficar doente. Mas, eu vou chorar prá quê? Se eu tenho que esperar prá ficar bom, eu vou ficar calmo e esperar essa situação passar”(C3, menino, 12 anos, cena Chorar).

As estratégias de *afastamento social*, *oposição* e *delegação* não foram referidas por nenhuma criança (Figura 2).

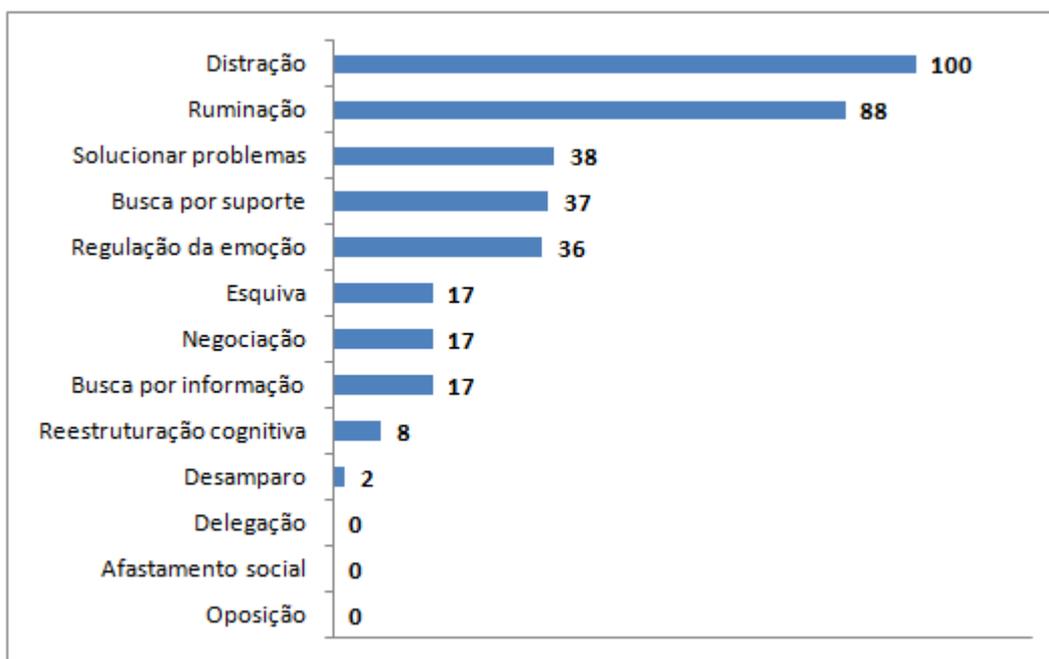


Figura 2. Frequência dos tipos de estratégias de enfrentamento apresentadas por crianças hospitalizadas

3.1.1 Estratégias de enfrentamento associadas ao comportamento de estudar e importância atribuída pela criança à Classe Hospitalar

Considerando que um dos objetivos desse estudo foi explorar a importância da Classe Hospitalar para a criança hospitalizada com câncer, a análise dos resultados evidenciou quais estratégias de enfrentamento estão mais frequentemente associadas ao comportamento de estudar.

Desse modo, o relato das crianças permitiu registrar a ocorrência de 20 estratégias de enfrentamento, das quais houve um predomínio da estratégia de distração (n = 12), quando a criança justifica seu comportamento de estudar pela funcionalidade de ajudar a passar o tempo e/ou se divertir: *“Serve para passar o tempo”* (C6, nove anos).

Além da distração foram identificadas estratégias de regulação emocional, quando a criança relatava uma experiência de bem-estar e/ou felicidade ao estudar: *“Eu lembro da minha escola e fico mais feliz”* (C11, nove anos). O comportamento de estudar também esteve associado à estratégia de solução do problema, quando a justificativa da criança evidenciava uma melhora de sua condição clínica ao estudar: *“Isso é bom para mim, eu fico bem de novo, eu melhoro disso”* (C10, 10 anos).

A estratégia de reestruturação cognitiva foi registrada quando a criança se referiu ao comportamento de estudar como indicador de que aquele momento (hospitalização) era passageiro e a vida retornaria ao seu curso típico:

“Porque (quando eu estudo), eu sei que vou voltar para escola, sei que meu problema vai acabar e volto logo, não posso perder a lição” (C7, oito anos).

Estudar também mostrou ser uma possibilidade de se esquivar do estressor: *“A gente esquece de tudo que é ruim nesse lugar aqui!”* (C9, nove anos).

De modo mais específico, a análise de conteúdo das respostas das crianças ao inquérito sobre a importância da CH, permitiu estabelecer categorias temáticas que retrataram a classe como forma de: a) oferecer experiência de aprendizagem; b) manter a escolaridade; e c) manter o vínculo com a escola de origem. Cinco crianças não forneceram resposta a esta questão.

A maioria das crianças ressaltou a importância da CH revelando a experiência de aprendizagem (n = 9) proporcionada nesse espaço: *“Quando a professora vai, ela pega e passa deveres para mim, desafios, aí eu pego e faço”* (C1, 12 anos).

A manutenção da escolaridade durante o tratamento oncológico também foi referida por 4 crianças. O relato exemplifica esta situação: *“Eu acho que ajuda porque, aí, quando eu precisar ir para a escola, o professor tiver passando a matéria, eu n’um vou ter tanta dúvida em acompanhar”* (C3, 12 anos).

A manutenção do vínculo com a escola de origem foi referida por uma criança que relatou lembrar da escola quando está na Classe Hospitalar, o que a faz se sentir feliz.

3.2 Competência social e problemas de comportamento prévios à hospitalização

Entre as crianças referidas como *clínicas* no CBCL (6-18 anos), 17 (94,4%) tiveram problemas na Escala de Problemas e 4 (22,2%) na Escala de Competências, com prejuízos em competências relacionadas à prática de esportes, realização de tarefas em casa, e participação restrita em grupo. Na

Escala de Problemas, 13 (72,2%) eram referentes a problemas internalizantes (“gosta de estar sozinho”, “queixa-se de que ninguém gosta dele”, “sente-se pior que os outros”, nas subescalas de ansiedade/depressão e retraimento); e 6 (33,3%) a problemas externalizantes (“é desobediente em casa”, “é desobediente na escola”, “quebra regras em casa, na escola ou em outros lugares”, nas subescalas comportamentos transgressores e agressivos) (Tabela 1). É relevante ressaltar que nenhuma criança foi referida como *clínica* em competência escolar e social, a partir do relato da mãe e/ou acompanhante.

Tabela 1. *Freqüência e porcentagem de crianças hospitalizadas referidas como clínicas nas escalas de problemas de comportamento do CBCL (6-18 anos)*

Variáveis		Clínicas %		Média do T Score
		N	(n=18)	
Escala de	Total de problemas	17	94,4	66,6 (±3,9)
	Internalizante	13	72,2	68,1 (±2,6)
Problemas	Externalizante	6	33,3	65,7 (±3,1)
	Ansiedade/depressão	3	16,7	67,7 (±1,5)
Síndromes	Retraimento	9	50,0	68,3 (±3,7)
	Queixas somáticas	12	66,7	69,3 (±3,9)
comportam entais	Problemas sociais	7	38,9	70 (±4,4)
	Problemas de pensamento	6	33,3	68,8 (±2,6)
	Problemas de atenção	2	11,1	66,5 (±0,7)

	Comportamento de quebrar regras	5	27,8	70 ($\pm 1,9$)
	Comportamento agressivo	3	16,7	67 ($\pm 1,7$)
	Problemas afetivos	9	50,0	70,2 ($\pm 2,5$)
	Problemas de ansiedade	9	50,0	66,4 ($\pm 2,2$)
	Problemas somáticos	15	83,3	70,3 ($\pm 5,6$)
DSM-IV	TDAH	5	27,8	69,6 ($\pm 3,9$)
	Problemas de oposição e desafio	0	-	-
	Comportamento agressivo	8	44,4	67,9 ($\pm 1,6$)
	Atividade	4	22,2	34,3 ($\pm 1,5$)
Competências	Social	0	-	-
	Escolar	0	-	-
	Total	4	22,2	38 ($\pm 1,4$)

Na Escala Orientada pelo DSM-IV, 15 crianças (83,3%) foram referidas como *clínicas*. Na subescala Problemas Somáticos, apresentaram problemas, como: “*Tem problemas para dormir*”, “*Tem crises de raiva, temperamento exaltado*”, “*Anda sempre a choramingar*”, “*É infeliz, triste ou deprimido*”. Nas demais escalas, a maioria das crianças foi considerada *não clínica* (Tabela 1).

4 Discussão

Levantou-se a hipótese de que o fato das crianças frequentarem a CH pudesse favorecer uma avaliação mais favorável da situação, o que aproximaria a

criança de resultados de desenvolvimento mais adaptativos. Os dados do AEHcomp (Moraes & Enumo, 2008; Motta, 2007; Motta & Enumo, 2010) fornecem indicadores nessa direção, pois cinco dos principais comportamentos de enfrentamento da hospitalização mais escolhidos: *brincar*, *conversar*, *assistir TV*, *tomar remédio*, *estudar* (com exceção de *sentir raiva*), relacionam-se a instâncias de *coping* entendidas como favoráveis ao processo de adaptação ao contexto hospitalar (Skinner et al., 2003). O brincar, em especial, foi justificado de diversas formas, mostrando que as crianças brincam no hospital e são criativas para inserir a brincadeira no contexto da hospitalização, mesmo quando os brinquedos não são disponibilizados.

A maior escolha do comportamento de *sentir raiva no AEHcomp* pode indicar que as crianças não se sentem bem com as limitações e consequências da hospitalização, como a falta de liberdade para brincar ou andar, por conta de ter que tomar o soro e medicações. Essa escolha pode estar relacionada também à falta de privacidade, pois elas estão no quarto com outras crianças que choram muito, sendo difícil dormir ou assistir televisão na hora desejada; além da própria rotina do hospital e a distância de parentes e amigos.

Esses resultados corroboram com os dados encontrados por Moraes e Enumo (2008) com crianças hospitalizadas por doenças diversas, e por Motta e Enumo (2010) com crianças hospitalizadas com câncer; sendo os comportamentos mais escolhidos: *tomar remédio*, *conversar*, *rezar*, *chorar* e *ficar triste*. O comportamento de *conversar* sugere a busca de apoio; e o comportamento de

tomar remédio demonstra a colaboração direta da criança para ser curada e voltar ao seu ambiente familiar.

Entre as famílias de *coping* ou estratégias de enfrentamento mais frequentes nesta amostra, estão a *distração* e a *ruminação*, seguidas das estratégias de *solução de problemas* e *busca de suporte*. As crianças, inclusive as mais novas, costumam apresentar quatro dessas famílias de *coping* – *busca por suporte*, *solução de problemas* (e ação instrumental), *esquiva* e, quando esta não é possível, a *distração*. Há, portanto, diferenças no *coping* na faixa etária de 4 a 12 anos (Skinner et al., 2003). As crianças mais novas da amostra, com idade entre 5 a 7 anos, apresentaram três principais estratégias de enfrentamento: *busca de suporte*, *ruminação* e *distração*. Enquanto que as crianças mais velhas apresentaram como principais estratégias de enfrentamento: *solução de problemas*, *busca de suporte* e *regulação da emoção*, o que pode ser entendido como maior maturidade cognitiva para justificar suas escolhas nos comportamentos e estratégias frente a hospitalização. Esses resultados apoiam os dados de Moraes e Enumo (2008), que também encontraram a *ruminação* e *distração* como as principais estratégias de crianças hospitalizadas. Já no estudo de Motta e Enumo (2010), a *ruminação* aparece como uma das principais estratégias no pré-teste e, após a intervenção psicológica, esta estratégia foi reduzida na amostra. No trabalho de Carnier (2010), com crianças em situação pré-cirúrgica entre 7 e 8 anos de idade, as estratégias mais identificadas foram: *distração*, *solução de problemas* e *busca de suporte*, seguidas das estratégias de *reestruturação cognitiva* e *regulação da emoção*.

No AEHcomp, observou-se que todas as crianças escolheram comportamentos favoráveis ao processo de hospitalização, como *brincar, conversar, assistir TV, tomar remédio e estudar*. Embora não seja possível relacionar estatisticamente os relatos desses comportamentos ao fato de serem crianças em acompanhamento na CH, viu-se que entre as crianças deste estudo, comportamentos mais facilitadores estiveram presentes ampliando a possibilidade do uso de estratégias mais adaptativas, como a *distração*, especialmente quando se considerada a frequência desses comportamentos em estudos anteriores. Os estudos da área (Almeida & Albinati, 2009; Sandroni, 2008;) têm mostrado que a CH favorece uma melhora mais rápida no quadro clínico do paciente, o que pode-se observar pela estratégia de enfrentamento mais identificada - a *distração*. Soma-se a isso, o fato de todas as crianças terem escolhido a *cena estudar*, sendo que o estudar no contexto hospitalar ocorre devido a presença e ao funcionamento da CH, pois todas as crianças da amostra recebiam atendimento dos professores e davam continuidade aos seus estudos.

Diante disso, cabe mencionar que as crianças conseguem perceber a importância da Classe Hospitalar como forma de aprender e manter a escolaridade – e isso está em consonância com a proposta da CH como política pública. Além disso, o comportamento de estudar esteve associado não somente à estratégia de enfrentamento “distração”, mas também à regulação emocional, à solução do problema, reestruturação cognitiva e esquiva do estressor. Este fato mostra que a Classe Hospitalar como um local que

promove o comportamento de estudar pode contribuir para o aumento do repertório de enfrentamento das crianças hospitalizadas.

Além disso, a classificação do CBCL (6-18 anos) indicou a presença de problemas comportamentais em nível *clínico*, a partir do relato das mães, com predomínio de problemas internalizantes, resultado também observado em estudos com crianças com doenças crônicas (Robinson, Gerhardt, & Vannata, 2007). De outro lado, as crianças desta amostra, assistidas na Classe Hospitalar, apresentaram competência social e escolar preservadas. Neste caso, ações, como a implantação de Classes Hospitalares e brinquedotecas podem estar atuando como fatores de proteção ao desenvolvimento dessas crianças. Além disso, acredita-se que as crianças hospitalizadas poderiam se beneficiar de suporte psicossocial para lidar com as situações adversas impostas por este ambiente (Costa Jr., 2005; Castro, 2007). Os dados obtidos neste estudo com o *AEHcomp*, comparados a outras pesquisas com crianças hospitalizadas que não freqüentavam a CH (Carnier, 2010; Moraes & Enumo, 2008; Motta & Enumo, 2010) mostraram que a frequência de escolha de comportamentos e estratégias favoráveis ao enfrentamento da hospitalização foram maiores nas crianças desta amostra. Assim, entende-se que os dados podem reforçar a hipótese de que a CH proporciona o uso de recursos internos e externos capazes de favorecer o processo de enfrentamento da hospitalização.

5 Considerações finais

Outros estudos comparativos entre grupos de crianças da mesma instituição, incluídos ou não em Classe Hospitalar, poderiam fornecer dados para

compreender melhor os efeitos da inclusão em CH nas estratégias de enfrentamento da hospitalização. Da mesma forma, outras pesquisas com a CH, por serem escassas na área da saúde em geral, especialmente na Psicologia, poderiam analisar outros aspectos, como a interação professor-aluno e entre os alunos, o sistema de ensino-aprendizagem nesse contexto, a avaliação da CH pelos profissionais de saúde, pelos pais e pelas próprias crianças.

Em suma, este estudo trouxe a discussão da CH sob a visão da Psicologia e revelou a importância atribuída pelas crianças a estarem incluídas nesse contexto escolar, que faz parte da política pública de Educação Especial. Pretendeu-se contribuir, assim, fornecendo aos profissionais que lidam com essas crianças, na área da saúde ou educacional, informações relevantes para construção de sua prática profissional.

6 Referências

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- Almeida, E. C. S., & Albinati, M. E. C. B. (2009). Práticas pedagógicas em ambientes hospitalares: Potencializando a saúde através da educação. *Pedagogia em Ação*, 1 (1), 1-141.
- Associação Capixaba contra o Câncer Infantil/ACACCI. (2009). *ACACCI 21 anos: A construção de um sonho coletivo*. Vitória: Espaço livros Editora.
- Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. (2002). *Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: Estratégias e orientações*. Brasília : MEC ; SEESP.

Castro, E. K. (2007). Psicologia Pediátrica: a atenção á criança e ao adolescente com problemas de saúde. *Psicologia Ciência e Profissão*, 27 (3), 396-405.

Carnier, L. E. (2010). *Stress e coping em crianças hospitalizadas em situação pré-cirúrgica e stress do acompanhante: Estabelecendo relações*. Dissertação de Mestrado não publicada. Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Bauru, SP.

Costa Jr., A. L. (2005). Psicologia da saúde e desenvolvimento humano: O estudo do enfrentamento em crianças com câncer e expostas a procedimentos médicos invasivos. In M. A. C. Dessen, & A. L. Costa Júnior (Orgs.), *Ciência do desenvolvimento humano: Tendências atuais e perspectivas futuras* (pp. 171-189). Porto Alegre: Artes Médicas.

Crepaldi, M. A., Rabuske, M. M., & Gabarra, L. M. (2006). Modalidades de atuação em Psicologia Pediátrica. In M. A. Crepaldi, M. B. M. Linhares, & G. B. Perosa (Eds.), *Temas em Psicologia Pediátrica* (pp.13-55). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Dias, R. R., Baptista, M. N., & Baptista, A. S. D. (2003). Enfermaria de Pediatria: Avaliação e intervenção psicológica. In M. N. Baptista, & R. R. Dias (Orgs.), *Psicologia hospitalar: Teoria, aplicações e casos clínicos* (pp. 53-73). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Ferreira, E. A. P. (2006) Adesão ao tratamento em psicologia pediátrica. Em M. A. Crepaldi, M. B. M. Linhares, & G. B. Perosa (Eds.), *Temas em Psicologia Pediátrica* (pp. 147-190). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Fonseca, E. S. (2003). *Atendimento escolar no ambiente hospitalar*. São Paulo: Memnon.

Moraes, E. O., & Enumo, S. R. F. (2008). Estratégias de enfrentamento da hospitalização em crianças avaliadas por instrumento informatizado. *PsicoUSF*, 13 (2), 221-231.

Motta, A. B. (2007). *Brincando no hospital: Uma proposta de intervenção psicológica para crianças hospitalizadas com câncer*. Tese de Doutorado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES.

Motta, A. B., & Enumo, S. R. F. (2004). Câncer infantil: Uma proposta de avaliação das estratégias de enfrentamento da hospitalização. *Estudos de Psicologia*, 21 (3), 193-202.

Motta. A.B., & Enumo, S.R.F. (2010). Intervenção psicológica lúdica para o enfrentamento da hospitalização em crianças com câncer. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26 (3), 445-454.

Robinson, K. E.; Gerhardt, C. A.; Vannatta, K. (2007). Parent and Family Factors Associated with Child Adjustment to Pediatric Cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 32 (4), 400-410.

Rocha, M. M., & Silveiras, E. F. M. (2006). Algumas novas formas alternativas de atendimento psicológico em clínicas-escola: Grupos recreativos. In E. F. M. Silveiras (Org.), *Atendimento psicológico em clínicas-escola* (pp. 91-107). Campinas, SP: Alínea Editora.

Soares, M. R. Z. (2002). *A criança hospitalizada: Análise de um programa de atividades preparatórias para o procedimento médico de inalação*. Tese de Doutorado não publicada. Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.

Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129(2), 216-269.

Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck, M. (2007). The development of coping. *Annual Review of Psychology*, 58, 119-44.

Thompson Jr., R., & Gustafson, K. E. (1995). *Adaptation to chronic childhood illness*. Washington: American Psychological Association.

Zannon, C. M. L. C. (1981). Desenvolvimento psicológico da criança: Questões básicas relevantes à intervenção comportamental no ambiente hospitalar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 7 (2), 119-136.

2.3 ESTUDO 2 - Brincar e problemas de comportamento de crianças com câncer de classes hospitalares⁶

Folha de rosto sem identificação

Título: BRINCAR E PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO DE CRIANÇAS COM CÂNCER DE CLASSES HOSPITALARES

Título em inglês: PLAYING AND BEHAVIORAL PROBLEMS OF CHILDREN WITH CANCER AT A HOSPITAL CLASSROOM

Título em espanhol: Jugar y problemas de conducta de niños con cancer de clases hospitalares

Título Abreviado: brincar e classe hospitalar

⁶ O presente artigo será submetido à *Revista Psicologia: Teoria e Prática*. Site: http://www.mackenzie.br/psicologia_teorica_pratica.html, normas da APA.

Resumo

Brincar no hospital traz benefícios à criança e ao tratamento, servindo como uma estratégia de enfrentamento da hospitalização. O objetivo desse estudo foi descrever as preferências lúdicas de crianças com câncer, na classe hospitalar. Participaram 18 crianças (6 a 12 anos), avaliadas pelo Instrumento Computadorizado de Avaliação do Brincar no Hospital (*ABHcomp*). Os pais responderam a Escala Comportamental Infantil A2 de Rutter (ECI). (As brincadeiras preferidas no *ABHcomp* foram: *desenhar, assistir TV e ler gibi*. Apresentaram problemas comportamentais e emocionais (61,1%) no ECI; destacando-se problemas como dor de cabeça e medo. A alta frequência de problemas indica a importância da assistência psicológica, que pode ser realizada por meio da associação de recursos lúdicos às técnicas psicológicas adequadas às demandas do contexto da doença e da hospitalização. Além disso, o brincar aparece durante o período na Classe Hospitalar, indicando possíveis benefícios desta para a brincadeira no hospital e o tratamento dessas crianças.

Palavras-chave: brincar no hospital; hospitalização infantil; câncer infantil; classe hospitalar; estratégias de enfrentamento da hospitalização.

Abstract

Playing in the hospital brings benefits to the child and to the treatment. It works as a hospitalization coping strategy. This study aims at describing play choices adopted by children with cancer at hospital classrooms. Eighteen (18) children with cancer aged between 6 and 12 participated in the study. The children were evaluated using the Computerized Instrument for Assessing Play in the Hospital

(*APHcomp*) and their parents responded to Rutter's Child Behavior Scale-A2 (CBS). Their favorite play activities identified by the *APHcomp* were: *drawing, watching TV and reading comic books*. Presented behavior problems and emotional problems (61.1%) – according to the CBS. Of these, problems such as headache and fear stood out. The high frequency of problems shows the importance of psychological care, which can be provided by associating play activities and psychological techniques that are adequate to the demands in the context of this disease and hospitalization. Besides, to play appear during the hospital classrooms term, which pointed to possible benefits to play in the hospital and to the treatment of these kids.

Key-words: paly in the hospital; child hospitalization, child cancer; hospital classroom; coping hospitalization

Resumen

Jugar en el hospital trae beneficios al menor y al tratamiento, sirviendo como una estrategia de enfrentamiento a la hospitalización. El objetivo de este estudio fue describir las preferencias lúdicas de niños con cáncer, en la clase hospitalar. Participaron 18 niños (6 a 12 años) evaluados por el instrumento computarizado de evaluación del juego en el hospital (*ABHcomp*). Los padres respondieron a la escala comportamental infantil A2 de Rutter (*ECI*). Los juegos preferidos en el *ABHcomp* fueron: dibujar, ver televisión y leer comics. Presentaron problemas conductuales y emocionales (61,1%) en *ECI*; destacándose problemas como dolor de cabeza y miedo. La alta frecuencia de problemas indica la importancia del apoyo psicológico que puede ser realizada por medio de asociación de recursos lúdicos hacia técnicas psicológicas

adecuadas de acuerdo con el contexto de la enfermedad y la hospitalización. Además de eso el jugar aparece en el periodo de clase hospitalar, indicando posibles beneficios de esta para el juego en el hospital y en el tratamiento de esos niños.

Palabras-claves: jugar en el hospital; hospitalización infantil; cáncer infantil; clase hospitalar; estrategias de enfrentamiento de la hospitalización.

1 Introdução

No estudo do desenvolvimento cognitivo e afetivo-emocional infantil, a investigação do impacto de eventos potencialmente estressores, bem como o seu enfrentamento, é fundamental para a avaliação do desenvolvimento global de crianças em situações adversas (Ferreira, 2006). Entre as diversas experiências estressoras com potenciais prejuízos, destacam-se a doença crônica – em particular, o câncer – e a hospitalização.

A criança com câncer é exposta a hospitalizações prolongadas e freqüentes, cujos motivos variam entre o diagnóstico inicial, a medicação e a necessidade de tratar uma recidiva da doença. Uma vez hospitalizada, a criança se depara com diversos estressores, tais como o afastamento familiar, o contato com pessoas estranhas, a restrição de atividades lúdicas, o abandono da escola e a submissão a procedimentos médicos invasivos (Ferreira, 2006).

Para lidar com essa situação, a criança precisa utilizar estratégias de enfrentamento que minimizem os prejuízos ao seu desenvolvimento. Dentro dessa perspectiva, o brincar tem sido inserido no hospital, tanto por meio do

trabalho de recreadores, quanto como recurso para a intervenção psicológica junto à criança. (Motta & Enumo, 2002; Motta & Enumo, 2010; Moraes & Enumo, 2008).

O brincar pode ter efeitos positivos para crianças que vivenciam situações de estresse, medo e ansiedade associadas a doenças. (Motta & Enumo, 2004; Carvalho et al., 2006; Brown, 2001; Pedro et al., 2007; Mitre & Gomes, 2004). Assim, os autores sugerem que os brinquedos no hospital representem a vida cotidiana, tais como brinquedos para dramatização, para construção, para expressão artística e jogos, desde que sejam seguros, acessíveis e funcionais. Destacam ainda, o uso do videogame, por sua característica de incentivar a participação da criança, evitando seu isolamento e favorecendo a sensação de realização.

Pesquisa realizada com crianças submetidas a curativos pós cirurgia através da técnica do brinquedo terapêutico (BT), mostrou que antes da sessão com BT, muitas crianças se mostravam assustadas e não colaboravam durante os curativos, apresentando comportamentos aversivos como manter-se calada, com expressão de medo e tensão muscular. Após a sessão de BT as crianças foram mais colaborativas, revelando comportamentos favoráveis ao curativo como postura e expressão facial relaxadas, sorrindo e brincando (Furtado, 1999). Assim, é possível perceber os benefícios que o brincar traz ao ambiente hospitalar, e como ele é importante para o desenvolvimento de uma criança hospitalizada, contribuindo para a adesão ao tratamento e para sua melhora.

Essa promoção do brincar no hospital também se refere à criatividade e à liberdade das crianças ao criar seus brinquedos. Brincadeiras com objetos médico-hospitalares permitem à criança uma aproximação do estímulo ameaçador, favorecem a busca por informação a respeito dos mesmos e permitem recriar situações, por meio de técnicas de dramatização. Assim, muitas crianças já levam brinquedos de casa para o hospital, e costumam se distrair enquanto esperam atendimento ou realizam tratamento. (Brown, 2001; Pedro et al., 2007; Mitre & Gomes, 2004). Para os profissionais de saúde, este tipo de atividade permite observar o modo como a criança enfrenta a situação estressante e processa a informação sobre o contexto médico.

O brincar no hospital traz benefícios não apenas para a criança, mas também para os profissionais de saúde, pois a associação do hospital apenas a aspectos negativos é alterada (Kiche & Almeida, 2009). Além disso, o brincar no hospital aproxima a criança de sua rotina fora do ambiente hospitalar, promovendo a humanização e a familiarização deste, o que contribui para um melhor enfrentamento da hospitalização. Através da promoção do brincar no espaço hospitalar é possível modificar e melhorar o modelo tradicional de intervenção e o cuidado de crianças hospitalizadas (Mitre & Gomes, 2004).

Assim, promover o brincar no hospital favorece o desenvolvimento infantil da criança, uma vez que esta atividade torna o ambiente menos aversivo e mais próximo da realidade da mesma, sendo que esse tipo de recurso pode ser efetivo como fator de proteção, ao estimular a resiliência da criança. Para isso, é necessário que haja um espaço com estrutura para que a criança possa se

movimentar e manipular os brinquedos, promovendo sua autonomia, o que conseqüentemente favorece sua auto-estima e sua capacidade de resolução de problemas. Dessa forma, entende-se que cuidar da criança hospitalizada vai além dos cuidados médicos, considerando suas necessidades psicossociais, incluindo o processo de aprendizagem, que no hospital é exercido pela Classe Hospitalar (CH) (Carvalho & Begnis, 2006).

A CH foi criada para atender a um direito da educação especial em enfermarias pediátricas com o objetivo de prevenir o fracasso escolar, a evasão, bem como atender as necessidades educacionais de escolares (Fonseca, 2003; Sandroni, 2008). Soma-se a isso o fato da CH ser considerada uma das formas de humanização da hospitalização, que acelera a melhora do paciente e contribui para o seu bem-estar, inclusive através do brincar (Almeida & Albinati, 2009; Sandroni, 2008).

Procurando verificar se o interesse da criança em brincar no hospital teria relações com o fato de freqüentar uma classe hospitalar, o objetivo central deste estudo foi identificar e analisar as preferências lúdicas de crianças hospitalizadas com câncer, freqüentando uma classe hospitalar. De forma específica, investigou-se os problemas de comportamento e emocionais dessas crianças relatados pelos pais.

2 Método

2.1 Participantes

Participaram desta pesquisa 18 crianças (14 meninos), com idade entre 6 e 12 anos (média: 9,4 anos; mediana: 9 anos), com diagnóstico de câncer,

internadas por 47 dias em média (mediana: 120), para tratamento no Serviço de Oncologia e inscritas na classe hospitalar de um hospital infantil público em cidade de médio porte, ES.

O principal diagnóstico foi leucemia, para 10 crianças (55,5%), sendo 8 (44,4%) com leucemia linfóide aguda (LLA) e 2 (11,1%) com leucemia mielóide aguda (LMA). As outras 8 crianças (44,5%) apresentaram tipos de câncer diversos: com linfoma de Burkitt (6), câncer nos rins (nefroblastoma no rim esquerdo e carcinoma renal) (2), tumores nas partes moles (sarcoma de *Ewing* e osteosarcoma) (1) e tumor na cabeça (pineal) (1). Quanto à fase de gravidade da doença, 8 crianças (44,4%) estavam na fase grave, outras 8 (44,4%) na fase moderada e 2 (11,1%) na fase leve. Esses dados foram obtidos no prontuário médico.

Quanto aos fatores psicossociais: 61,1% crianças tinham pais separados; 94,4% dos pais tinham o Ensino Fundamental completo; 66,7% das crianças eram de religião evangélica; 61,1% das crianças residiam na Grande Vitória e as outras 38,9% no interior do Estado. Em relação a internação o tempo máximo foi de 300 dias e o tempo mínimo de sete dias. Enquanto que a frequência de internações e a recidiva da doença foi de 10 crianças (55,55 %) tiveram uma recidiva e necessitaram de nova internação, apenas duas criança (11,11%) tiveram duas recidivas da doença e estavam internadas pela terceira vez, as outras seis crianças (33,33%) não tiveram recidiva da doença, mas destas quatro já tiveram internações anteriores por motivo de diagnóstico e outras complicações.

2.1.1 A Classe Hospitalar

A Classe Hospitalar possui função de escola regular e localiza-se dentro do hospital, em uma única e ampla sala de aula, equipada com material didático e diversos brinquedos. As crianças internadas por longo período de tempo freqüentam a classe diariamente, exceto nos finais de semana, enquanto que as crianças em tratamento ambulatorial participam das atividades da classe em dias de consultas médicas e procedimentos relativos ao tratamento. (ACACCI, 2009; Motta, 2007). Além disso, o atendimento dos professores vai também às enfermarias, pois muitas crianças encontram-se impossibilitadas de se deslocar, recebendo atendimento nos leitos (ACACCI, 2009).

Cada criança atendida na classe está inscrita na Secretaria de Estado de Educação (SEDU), podendo aproveitar seus estudos após a alta, mediante comprovação de frequência e avaliações dos professores, sendo estes vinculados à SEDU, cinco atuando no período matutino e cinco no vespertino. Além deles, atuam a coordenadora da classe, que é funcionária da Secretaria de Estado da Saúde (SESA), além de familiares das crianças, voluntários da Associação Capixaba contra o Câncer Infantil (ACACCI) e funcionários do HINSG (ACACCI, 2009).

2.2. Instrumentos

Foram utilizados na coleta de dados os seguintes instrumentos:

- 1) Roteiro para coleta de informações sócio-demográficas dos participantes – contendo questões sobre a história de vida da criança, tais como sexo, idade,

escolaridade, religião, estado civil dos pais, escolaridade dos pais, profissão dos pais e moradia;

2) Protocolo de consulta aos dados médicos dos participantes – com dados do prontuário da enfermagem de Oncologia contendo informações sobre o histórico da doença e do tratamento, tais como: diagnóstico, tempo de tratamento, tempo de internação, gravidade da doença, recidiva da doença, internações anteriores e motivo da internação;

3) Escala Comportamental Infantil A2 de Rutter (ECI) (Graminha, 1994) – utilizada para a avaliação de problemas comportamentais e emocionais das crianças. Contém 36 itens distribuídos em três tópicos: problemas de saúde (8 itens), hábitos (7 itens) e comportamento (21 itens). O respondente (cuidador) deve assinalar a intensidade do problema apresentado. Através do comportamento infantil, a escala identifica casos que necessitam de ajuda psicológica;

4) Instrumento Computadorizado de Avaliação do Brincar no Hospital (ABHcomp) (Motta & Enumo, 2004) – trata-se de um *software* com 20 cenas de brinquedos e brincadeiras, classificados em jogos de exercícios, simbólicos, de acoplagem, de regras e atividades diversas. Este instrumento identifica o que as crianças fazem, pensam e sentem sobre o brincar no hospital, permitindo avaliar suas brincadeiras preferidas e mais realizadas no ambiente hospitalar. Tem sido utilizado em pesquisas da área. (Motta & Enumo, 2004; Motta & Enumo, 2010; Moraes & Enumo, 2008; Carnier, 2010).

2.3 Procedimentos

Os instrumentos foram aplicados nas enfermarias de Oncologia Geral e Onco-Hematologia; com duração média de 30 minutos para o *ABHcomp*, 25 minutos para ECI, e 40 minutos para o roteiro com os pais e assinatura do termo de consentimento.

No início da aplicação do *ABHcomp*, a criança era questionada sobre o que é o brincar e se ela brincava no tempo em que estava no hospital. Posteriormente, era apresentada à criança a primeira cena de um total de 20, em que ela deveria, primeiramente, descrever a situação ilustrada e, depois, responder o quanto se identificava com tal situação durante o tempo em que estava no hospital. Para registrar a resposta, a criança deveria marcar na mesma tela da cena uma escala de *likert*, com cinco opções ilustradas com círculos pintados gradativamente de preto, sendo o primeiro em branco e o último todo preenchido, cada um referente a uma das seguintes respostas: *nunca*, *às vezes*, *um pouco*, *quase sempre* e *sempre*. Após a escolha de cada cena, a criança era questionada para justificar o motivo de sua resposta, e, posteriormente, questionada se aquela situação da cena servia ou ajudava em alguma coisa. Todas as respostas foram gravadas em áudio e vídeo.

Os instrumentos roteiro para coleta de informações sócio-demográficas e a escala comportamental infantil A2 de Rutter foram respondidas pelas mães das crianças, que estavam acompanhando seus filhos no hospital, sendo a coleta individual e em uma única sessão, sendo aplicado primeiro o roteiro e depois a escala. Já o *ABHcomp* foi aplicado na criança individualmente e também em sessão única.

2.4 Processamento e Análise dos Dados

Os instrumentos Roteiro para coleta de informações sócio-demográficas dos participantes e Protocolo de consulta aos dados médicos dos participantes foram descritos de forma qualitativa para caracterização dos participantes.

O ABHcomp é respondido pela criança de forma que a cada item marcado é atribuída um valor de acordo com as normas estabelecidas pelo instrumento, assim é possível fazer uma pontuação para cada uma das 20 brincadeiras nas cenas apresentadas, e visualizar quais as cenas mais escolhidas e com qual intensidade.

As brincadeiras utilizadas durante a hospitalização foram identificadas a partir das respostas dadas pelas crianças, posteriormente foi feita uma análise de *clusters* (conglomerados) das médias simples referentes à preferência lúdica das crianças, com a pontuação escolhida por cada criança em cada brincadeira (0 a 4) identificando agrupamentos de brincadeiras preferidas.

Na escala ECI a criança atribui uma nota de acordo com a intensidade do problema apresentado em cada um dos 36 itens propostos, sendo que é feito um somatório dessa pontuação para classificação da criança em escores de faixa clínica e escores dentro do esperado para faixa etária no instrumento. Consideradas crianças sem problemas com escore total igual ou inferior a 16, e crianças com problemas de comportamento e que necessitam de apoio psicológico com escore superior a 16.

Após a análise das respostas, os dados obtidos no *ABHcomp* foram organizados e analisados de forma descritiva, utilizando-se a análise de conteúdo.

2.5 Análise de riscos e benefícios

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFES (Proc. n.º 217/09), sendo também aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG) (Proc. n.º 61/2009). Dessa maneira, a pesquisa cumpre os procedimentos internos destas duas instituições, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10-10-1996, 251 de 7-8-1997 e 292 de 8-7-1999, que regulamentam pesquisas com seres humanos.

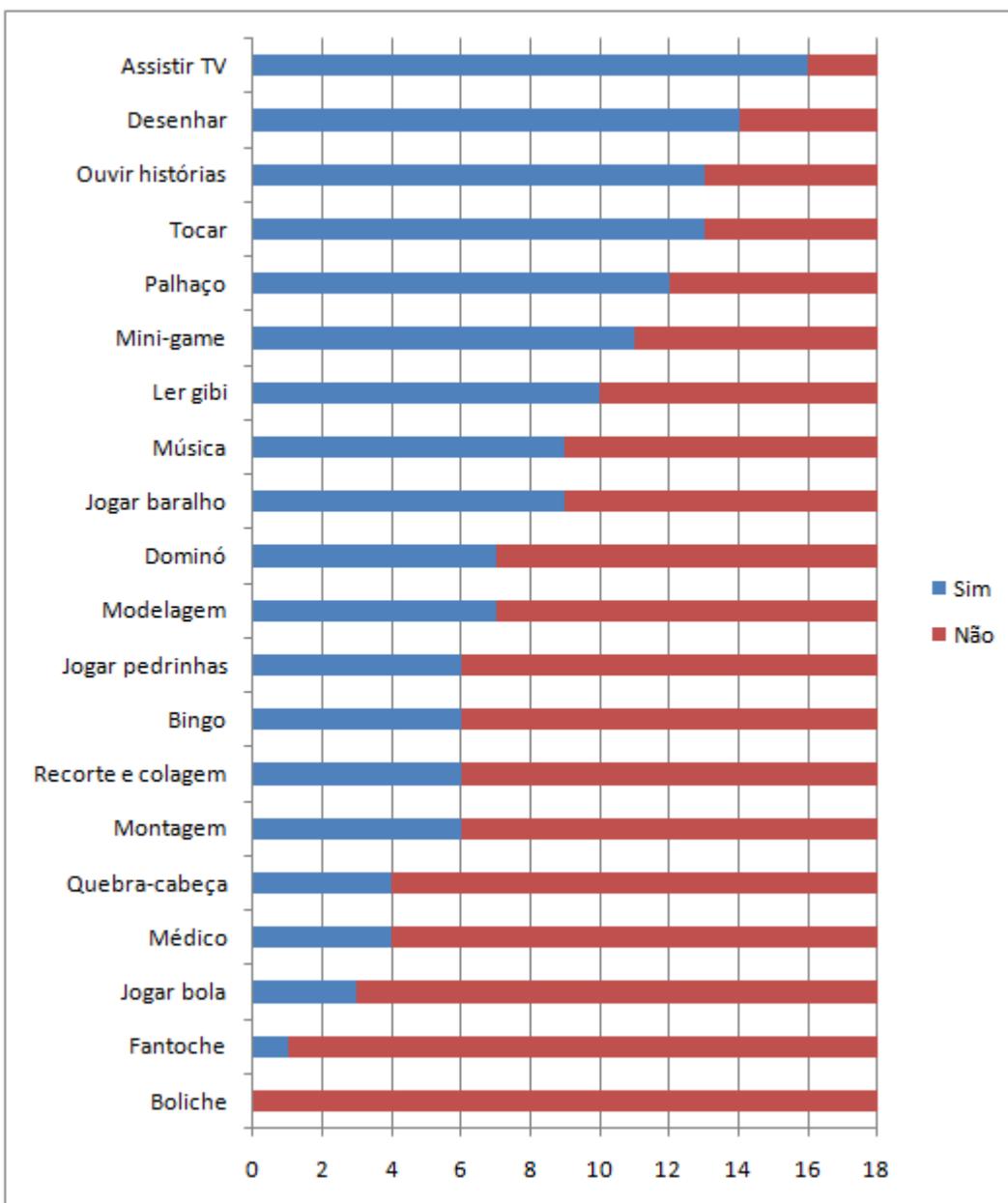
3 Resultados

3.1 Como as crianças preferem brincar no hospital

Na análise dos dados coletados na aplicação do *ABHcomp*, as atividades lúdicas mais escolhidas pelas crianças foram: assistir TV (16 = 88,9%), desenhar (14 = 77,8%), ouvir histórias e tocar instrumentos (13 respostas cada = 72,2%). Já as atividades menos escolhidas foram: brincar com fantoche (1 = 5,6%), jogar bola (3 = 16,7%) e brincar de médico (4 = 22,2%).

Figura 1. Frequência de escolhas das cenas do *ABHcomp* por crianças hospitalizadas

(Pranchas do *ABHcomp*/Número de Crianças).



Ocorreram 351 justificativas para as escolhas no *ABHcomp*: sendo 197 para a não escolha das cenas do instrumento (“não”) e 154 para a escolha das cenas (“sim”). A maior parte das justificativas foi classificada como “respostas explicativas”(93,1%); sendo 140 explicações para as escolhas positivas (“sim”) e 187 para as escolhas negativas (“não”). Assim, apenas 24 respostas (6,9%) não tiveram caráter explicativo (14 para as escolhas positivas e 10 para as escolhas negativas).

Tabela 1. Frequência e proporção das justificativas das crianças para a escolha e recusa das cenas com atividades lúdicas no hospital pelo ABHcomp, nas respostas explicativas

Justificativas ao ABHcomp	SIM		NÃO		Total	
	f	%	f	%	f	%
Contexto da Brincadeira	20	14,2	54	28,8	74	22,6
Ambiente Hospitalar	11	7,8	73	39,3	84	25,6
Aspectos afetivo-emocionais	18	12,8	1	0,5	19	5,8
Consequências da brincadeira	52	37,1	11	5,8	63	19,2
Características da Criança	1	0,7	35	18,7	36	11
Contexto Familiar	38	27,4	13	6,9	51	15,8
Total	140	100	187	100	327	100

As justificativas das escolhas dessas cenas foram centradas no “ambiente hospitalar” (25,6%) (Tabela 1), como, por exemplo:

“Porque, além de ficar dividindo as coisas com os outros, pode, eu num posso ficar no chão e jogar muita bola não, por causa de uma bactéria, por causa de não pegar nenhuma infecção, porque o chão é sujo,né? Aí, eu num brinco de bola aqui no hospital.”(C3, menino, 12 anos, cena jogar bola).

“Às vezes eu desenho e pinto sempre, porque é legal, ajuda a esquecer os problemas daqui, a pensar melhor em como eu aprendi tão rápido a ler, porque o que dá pra fazer aqui é isso.” (C2, menina, 9 anos, cena desenhar)

As menores frequências foram de respostas baseadas em “aspectos afetivo-emocionais” (5,8%) (Tabela 1), com relatos, como:

“Desenho um pouco, prá passar o tempo. Eu num pinto sempre porque num tem; só quando a professora traz. Eu gosto porque é legal prá passar o tempo; a criança se sente alegre; ela se sente bem.” (C6, menino, 9 anos, cena Desenhar).

Também foi feita uma análise de conglomerado (*cluster*) das médias referentes à preferência lúdica das crianças, identificando agrupamentos de brincadeiras preferidas e não preferidas, independentemente da categorização por tipo de atividade lúdica feita inicialmente. Tem-se, assim, as seguintes brincadeiras preferidas pelas crianças: *desenhar*, *assistir TV* e *ler gibi*, enquanto as menos preferidas foram *jogar boliche*, *brincar com fantoche* e *jogar pedrinhas*.

Tabela 2. Média e definição dos clusters relativos às preferências lúdicas no hospital

Brincadeiras	Valor médio	Grupo
Desenhar	2,33	
Assistir TV	2,11	
Ler gibi	1,50	
Tocar	1,39	Mais preferidas
Palhaço	1,33	
Minigame	1,17	
Ouvir histórias	1,11	
Música	0,94	
Modelagem	0,78	Menos preferidas

Jogar bola	0,67
Médico	0,67
Recorte e colagem	0,67
Bingo	0,61
Quebra-cabeça	0,56
Jogar baralho	0,50
Montagem	0,44
Dominó	0,44
Jogar pedrinhas	0,39
Fantoches	0,11
Boliche	0,00

3.2 Problemas emocionais e comportamentais das crianças hospitalizadas

Os resultados obtidos pela ECI que avaliam os aspectos comportamentais, segundo a percepção dos responsáveis, indicaram que 11 crianças (61,1%) apresentam escores na faixa clínica.

Na escala de Saúde, os itens com maior frequência de respostas das crianças foram: *dor de cabeça* (30,6%), *dor no estômago* (20,4%) e *mau humor* (16,3%). Já na escala de Hábitos, os comportamentos que apresentaram respostas mais frequentes foram: *medo* (37,2%), *dificuldade de alimentação* (27,9%) e *dificuldade de sono* (23,3%). Na escala de Problemas de comportamento, os itens mais indicados foram: *medo de situações novas* (8,8%); *estar muito*

preocupada e insegura e ser desobediente (7,2% para cada um dos itens), além de ser impaciente e ser “agarrada” à mãe (6,8% para cada item).

Tabela 3. Tipos de problemas comportamentais das crianças hospitalizadas pela Escala Comportamental Infantil A2 de Rutter (ECI)

Itens da Escala	f	%
Saúde		
Dor de Cabeça	15	30,6
Dor de estômago	10	20,4
Mau humor	8	16,3
Matar aula	6	12,2
Asma, crises respiratórias	4	8,2
Recusar-se ir à escola	4	8,2
Enurese	2	4,1
Encomprese	0	0,0
Total	49	100,0
Hábitos		
Medo	16	37,2
Dificuldade de Alimentação	12	27,9
Dificuldade de Sono	10	23,3
Movimentos repetitivos	4	9,3
Dificuldades de fala	1	2,3
Gagueira	0	0,0
Roubo	0	0,0
Total	43	100

Comportamento		
Medo de situações novas	22	8,8
Muito preocupada	18	7,2
Desobediente	18	7,2
Insegura	18	7,2
Impaciente	17	6,8
Agarrada à mãe	17	6,8
Agitado	16	6,4
Irritável	16	6,4
Briga com crianças	14	5,6
Dificuldade de concentração	12	4,8
Criança difícil	12	4,8
Destrói coisas	10	4,0
Fala palavrões	10	4,0
Chupa dedo	8	3,2
Mentirosa	8	3,2
Tímida	8	3,2
Fechada	6	2,4
Tristonha, infeliz	6	2,4
Maltrata crianças	6	2,4
Não querida por pares	4	1,6
Rói unhas	4	1,6
Total	250	100

4 Discussão e Conclusões

As preferências lúdicas apresentadas pelas crianças deste estudo corroboram os dados de outros estudos (Motta & Enumo, 2004; Motta & Enumo, 2010; Silva et al., 2008). As brincadeiras mais escolhidas no ABHcomp - *assistir TV* (88,9%), *desenhar* (77,8%), *ouvir histórias* (72,2%) e *tocar instrumentos* (72,2%) - foram aquelas disponibilizadas no ambiente hospitalar, seja pela presença de voluntários ou pelo fato de o hospital possuir alguns brinquedos levados pelos voluntários e pelos professores da CH. Em geral, estas são também atividades que não precisam de recursos ou espaço, tais como assistir TV, desenhar, ouvir histórias e conversar. Já as brincadeiras menos escolhidas - *brincar de fantoche*, *jogar bola*, *brincar de médico* e *jogar boliche* - são atividades difíceis de serem realizadas no hospital, por necessitarem de espaço físico. Além disso, realizar atividades físicas e emitir sons pode ser considerado pelas crianças como impróprio para o ambiente hospitalar.

Pela análise de *clusters*, foram identificadas as brincadeiras preferidas pelas crianças – desenhar, ver TV e ler gibi – independentemente da classificação original adotada pelo ABHcomp. Estes dados são semelhantes aos encontrados em outros estudos (Motta & Enumo, 2010; Silva et al., 2008; Carnier, 2010). Percebe-se, assim, que os agrupamentos são formados por diferentes categorias de atividades lúdicas. Novamente, no agrupamento de brincadeiras preferidas, a maior parte foi de atividades que já eram frequentes no hospital. Assim, pode-se considerar que as crianças estudadas preferiram brincadeiras adequadas para o hospital e que dispunham no mesmo. Esses dados vão ao encontro dos achados de estudos anteriores (Pedro et al. 2007;

Kiche & Almeida, 2009), pois apesar das restrições físicas impostas pela doença e independentemente da idade, as crianças continuam interessadas em brincadeiras no ambiente hospitalar, porém a diferença entre o presente estudo para os demais mencionados foi que as crianças destes não limitam suas brincadeiras a disponibilidade do hospital.

Nessa linha de análise da função lúdica como típica do desenvolvimento infantil e como estratégia de enfrentamento adaptativa ao contexto da hospitalização, destaca-se a *distração*, pois esta compreende atividades prazerosas e de alívio da dor e do estresse. Entre essas atividades, destaca-se o brincar no hospital, que é um forte aliado na adesão ao tratamento e na melhora do paciente. (Moraes & Enumo, 2008; Furtado, 1999).

De outro lado, os resultados sobre problemas emocionais e comportamentais identificados pela ECI devem ser considerados pelos serviços de atendimento psicológico do hospital, pois há um alto índice de crianças (61,1%) que necessitam de atendimento psicológico ou psiquiátrico. Esses problemas podem estar associados ao impacto hospitalar no desenvolvimento de crianças com câncer; pois a maior frequência de comportamentos apresentados indica sofrimento emocional e afetivo decorrente da hospitalização (Ferreira, 2006). As dores de cabeça e de estômago e as dificuldades de alimentação e de sono, que podem decorrer dos efeitos colaterais da medicação, indicam comportamentos que provavelmente são relacionados às consequências da hospitalização e do tratamento do câncer.

Da mesma forma, os sentimentos de medo, preocupação, insegurança e impaciência são indicativos do sofrimento emocional e afetivo decorrentes da hospitalização. Comportamentos, como mau humor, desobediência e apego à mãe sugerem que o desenvolvimento social e emocional da criança também está sofrendo impactos desta.

Com a situação, entende-se que esta pesquisa apontou a necessidade de criar um ambiente propício ao brincar no hospital, reforçando a importância que a atividade lúdica traz não apenas para a criança, mas para todo o hospital, melhorando a saúde física, emocional e social dos indivíduos. Vale ressaltar ainda que a humanização hospitalar infantil deve privilegiar a brincadeira, e esta humanização deve investir na estrutura física do hospital e nos profissionais, dando assim condições para o paciente participar ativamente do processo de tratamento, pois por meio da brincadeira os problemas comportamentais e emocionais dessa população são amenizados, favorecendo a internação. (Motta & Enumo, 2010; Kiche & Almeida, 2009; Moraes & Enumo, 2008; Parcinello & Felin, 2008; Bersch & Yunes, 2008).

Concluindo, os dados mostraram que o brincar no hospital pode ser uma estratégia de enfrentamento da hospitalização a ser estimulada institucionalmente, amenizando as dificuldades que a doença traz à criança e à sua família (Bersch & Yunes, 2008). Complementarmente, este estudo mostra a relevância da avaliação de problemas emocionais e comportamentais de crianças hospitalizadas, problemas estes possivelmente decorrentes do tratamento, sugerindo que o brincar pode ajudar nesse sentido. Diante disso,

vale ressaltar a necessidade de estudos futuros que investiguem se o fato de freqüentar a CH favorece a atividade de brincar no ambiente hospitalar.

5 Referências

Associação Capixaba contra o Câncer Infantil/ACACCI. (2009). *Acacci 21 anos: A construção de um sonho coletivo*. Vitória: Espaço livros Editora.

Bersch, A. A. S. & Yunes, M. A. M. (2008). O brincar e as crianças hospitalizadas: contribuições da abordagem ecológica. *Ambiente & Educação*, 13(1), 119-32.

Brown, C. D. (2001). Therapeutic play and creative arts helping children cope with illness, death, and grief. In: Armstrong-Daily, A.; Zarboch, S. (Eds.), *Hospice care for children*. New York: Oxford University Press, 251-283.

Carnier, L. E. (2010). *Stress e coping em crianças hospitalizadas em situação pré-cirúrgica e stress do acompanhante: Estabelecendo relações*. 2010. 179 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" em Bauru: São Paulo.

Carvalho, A. M. & Begnis, J. G. (2006). Brincar em unidades de atendimento pediátrico: aplicações e perspectivas. *Psicologia em Estudo*, 11(1), 109-117.

Ferreira, E. A. P. (2006) Adesão ao tratamento em psicologia pediátrica. Em: M. A. Crepaldi; M. B. M. Linhares e G. B. Perosa (Eds.), *Temas em Psicologia Pediátrica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 147-190.

Fonseca, E. S. (2003). *Atendimento escolar no ambiente hospitalar*. São Paulo: Memnon.

Furtado, M. C. C. (1999). Brincar no hospital: Subsídios para o cuidado de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 33(4), 364-369.

Graminha, S. S. V. (1994). A escala comportamental infantil de Rutter A2: Estudos de adaptação e fidedignidade. *Estudos de Psicologia*, 11(3), 34-42.

Kiche, M. T.; Almeida, F. A. (2009). Brinquedo terapêutico: estratégia de alívio da dor e tensão durante o curativo cirúrgico em crianças. *Acta Paulista Enfermagem*, 22(2), 909-15.

Mitre, R. M. A. & Gomes, R. (2004). A promoção do brincar no contexto da Hospitalização infantil como ação de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1), 147-154.

Moraes, E. O. & Enumo, S. R. F. (2008). Estratégias de enfrentamento da hospitalização em crianças avaliadas por instrumento informatizado. *PsicoUSF*, 13(2), 221-231.

Motta, A. B. & Enumo, S. R. F. (2002). Brincar no hospital: Câncer infantil e avaliação do enfrentamento da hospitalização. *Psicologia Saúde & Doenças* (Lisboa), 3(1), 23-41.

Motta, A. B. & Enumo, S. R. F. (2004). Câncer infantil: Uma proposta de avaliação das estratégias de enfrentamento da hospitalização. *Estudos de Psicologia*, 21(3), 193-202.

Motta, A. B. (2007). *Brincando no hospital: Uma proposta de intervenção psicológica para crianças hospitalizadas com câncer*. Tese de Doutorado não publicada, Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES.

Motta, A. B. & Enumo, S. R. F. (2010). Intervenção psicológica lúdica para o enfrentamento da hospitalização para crianças com câncer. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(3), 445-54.

Parcinello, A. T.; Felin, R. B. (2008). E agora doutor onde vou brincar? Considerações sobre a hospitalização Infantil. *Barbarói*, 28, 147-66.

Pedro, I. C. S.; Nascimento, L. C.; Poleti, L. C., Lima, R. A. G.; Mello, D. F. & Luiz, F. M. R. (2007). Brincar em sala de espera de um ambulatório infantil na perspectiva de crianças e seus acompanhantes. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 15 (2), 290-297.

Sandroni, G. A. (2008). Classe hospitalar: um recurso a mais para a inclusão educacional de crianças e jovens. *Cadernos da Pedagogia*. 2(3). Recuperado de <http://www.cadernosdapedagogia.ufscar.br>

Silva, L. F.; Cabral, I. E. & Christoffel, M. M. (2008). O brincar na vida do escolar com câncer em tratamento ambulatorial: possibilidades para o desenvolvimento. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 18(3), 75-287.

3 DISCUSSÃO GERAL

Os eventos estressores e os fortes impactos destes, como a hospitalização e o tratamento de doenças crônicas, em crianças e adolescentes afetam diretamente seu desenvolvimento e sua qualidade de vida (Kristensen, 2010; Motta, 2007). Os dois estudos apresentados nesta dissertação sugerem que a exposição a eventos estressores, como o tratamento do câncer e a hospitalização, causam impacto no desenvolvimento de crianças, sobretudo nos aspectos sociais e emocionais, bem como na utilização de estratégias de enfrentamento.

Diante de uma situação de vida estressante, a forma como o indivíduo percebe, interpreta e representa cognitivamente os processos de *coping* mostra sua avaliação da situação estressora, sendo que esta pode ser vista como um desafio a ser superado ou como uma ameaça com a qual o indivíduo se sente incapaz de lidar.

Diante dessas constatações, evidencia-se que o ambiente hospitalar se configura como fonte de diversos eventos estressores, já que as crianças hospitalizadas se deparam com inúmeros fatores que as afastam de seu ambiente familiar, escolar, da casa, dos amigos e dos grupos sociais, o que as impede de praticar atividades prazerosas, entre outros (Ferreira, 2006; Gabarra, 2005; Soares, 2002; Zannon, 1981). Assim, as estratégias de enfrentamento ocupam um papel importante no processo do tratamento e recuperação dessas crianças.

Devido ao alto índice de crianças classificadas como “clínicas” nas escalas de comportamento (CBCL 6-18 anos e Escala Comportamental A2 de Rutter), com destaque para problemas internalizantes, é importante compreender como elas reagem diante de situações problemáticas, buscando identificar quais estratégias de enfrentamento elas utilizam para lidar com essas situações. Nesse contexto, o brincar como estratégia de enfrentamento tem ocupado um espaço cada vez maior e mais eficaz no processo de hospitalização, pois ele favorece não apenas a criança, mas toda a equipe de profissionais de saúde, a família e os professores da classe hospitalar (Moraes & Enumo, 2008; Motta, 2007; Motta & Enumo, 2004a).

Entende-se que esta dissertação contribuiu para reforçar a importância do brincar no contexto da hospitalização como estratégia de enfrentamento, sendo este um mecanismo que a criança pode acionar para lidar com um ambiente a princípio aversivo. Assim, é possível afirmar que os resultados corroboram com outros estudos que já comprovaram que o brincar é um recurso benéfico na hospitalização infantil, por conseguir reter os sentimentos e a atenção da criança e, assim, minimizar o sofrimento e o estresse gerados pela hospitalização (Brow, 2001; Carvalho, 2006; Crepaldi et al., 2006; Furtado, 1999; Miltre & Gomes, 2004, Moraes & Enumo, 2008; Motta, 2007; Motta & Enumo, 2002, 2004a, 2005a, 2005b; Pedro, 2007).

Como a proposta de avaliação das estratégias de enfrentamento era ir além dos comportamentos ou instâncias de *coping*, usando as justificativas das crianças para identificar as famílias ou estratégias de *coping*, conforme

proposto por Skinner e colaboradores (Skinner et al. , 2003; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007), e relacionar essas estratégias com o fato de freqüentar a CH, os dados não são generalizantes, pois além das dificuldades para realizar essa análise – pois o enfrentamento é um construto multidimensional, assim, as estratégias de enfrentamento não se referem ao comportamento escolhidos nas pranchas, nem as justificativas para o comportamento escolhido, mas sim a relação que existe entre eles, ou seja, entre o comportamento e o seu resultado. Os resultados deste estudo apoiam os dados de Moraes e Enumo (2008), que também encontraram a *ruminação e distração* como as principais estratégias de crianças hospitalizadas. Já no estudo de Motta e Enumo (2010), a *ruminação* aparece como uma das principais estratégias no pré-teste e, após a intervenção psicológica, esta estratégia foi reduzida na amostra. Enquanto que no trabalho de Carnier (2010), com crianças em situação pré-cirúrgica entre 7 e 8 anos de idade, as estratégias mais identificadas foram: *distração, solução de problemas e busca de suporte*, seguidas das estratégias de *reestruturação cognitiva e regulação da emoção*.

Soma-se a isso, o fato de todas as crianças do estudo apresentarem comportamentos favoráveis ao processo de hospitalização, como *brincar, conversar, assistir TV, tomar remédio e estudar*. Essas escolhas podem sugerir um aspecto favorável de freqüentar a classe hospitalar, trazendo às crianças a capacidade de utilizar essas estratégias durante situações estressantes. Mesmo não sendo possível relacionar estatisticamente os relatos desses comportamentos ao fato de serem crianças em acompanhamento na CH, comportamentos mais facilitadores foram identificados ampliando a

possibilidade do uso de estratégias mais adaptativas, como a *distração*, especialmente quando se considerada a frequência desses comportamentos em estudos anteriores. Os estudos da área (Almeida & Albinati, 2009; Sandroni, 2008;) têm mostrado que a classe favorece a adesão ao tratamento e a evolução da melhora do paciente. Além disso, o fato de todas as crianças terem escolhido a cena *estudar*, sendo que este ocorre devido a presença e ao funcionamento da CH, pois todas as crianças da amostra recebiam atendimento dos professores e davam continuidade aos seus estudos, evidenciando os benefícios da CH.

Nesse novo enfoque de avaliação das estratégias de enfrentamento como já dito anteriormente, os diversos aspectos do desenvolvimento na infância e adolescência são incluídos, como o fator idade e a fase do desenvolvimento correspondente, assim são considerados três períodos para a identificação de mudanças no padrão de enfrentamento: dos 5 aos 7 anos, dos 9 aos 12 anos, e entre 12 e 14 anos de idade. Como dito anteriormente, sabe-se que há diferenças no *coping* na faixa etária de 6 a 12 anos, que é a faixa etária dessa amostra. De acordo com Barros (2003) a idade é relevante, pois crianças demonstram ansiedade diante da hospitalização de diversas maneiras, de acordo com sua faixa etária. Para esta autora crianças pequenas lidam melhor com situações concretas, pois pensam no imediato. Já crianças maiores conseguem lidar melhor com situações aversivas da hospitalização, pois já possuem controle de seus pensamentos e estados mentais.

Dessa maneira, este estudo contribui para evidenciar a necessidade de que próximas pesquisas possam investigar outras variáveis relevantes, tais como: o desempenho cognitivo, a CH na visão das crianças e dos pais, e até mesmo comparar um grupo que frequenta a CH com outro grupo que não frequenta.

Para finalizar, é necessário que pais, profissionais de saúde e professores observem os comportamentos apresentados pelas crianças que estão passando por situações adversas, especialmente a hospitalização, para que sejam identificadas e analisadas as estratégias de enfrentamento mais adaptativas nesse período de hospitalização e tratamento do câncer.

4 REFERÊNCIAS

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Achenbach TM, Rescorla, LA. Guia para profissionais da saúde mental sobre o sistema de avaliação empiricamente baseado do Achenbach (ASEBA). (Laboratório de Terapia Comportamental do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Trad.). Trabalho não publicado, Laboratório de Terapia Comportamental do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; 2004.
- American Psychological Association (2006). *Manual de estilo da APA: Regras básicas* (M. F. Lopes, Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de *coping*: Uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294.
- Associação Capixaba contra o Câncer Infantil/ACACCI. (2001). *Projeto CH*. [Documento não publicado]. Vitória, ES: Autor.
- Associação Capixaba contra o Câncer Infantil/ACACCI. (2007). *Relatório anual*. [Documento não publicado]. Vitória, ES: Autor.
- Associação Capixaba contra o Câncer Infantil/ACACCI. (2009). *ACACCI 21 anos: A construção de um sonho coletivo*. Vitória: Espaço livros Editora.

- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bersch, A. A. S. & Yunes, M. A. M. (2008). O brincar e as crianças hospitalizadas: contribuições da abordagem ecológica. *Ambiente & Educação*, 13(1), 119-32.
- Brown, C. D. (2001). Therapeutic play and creative arts helping children cope with illness, death, and grief. In A. Armstrong-Daily & S. Zarboch (Eds.), *Hospice care for children* (pp. 251-283). New York: Oxford University Press.
- Carnier, L. E. (2010). *Stress e coping em crianças hospitalizadas em situação pré cirúrgica e stress do acompanhante: Estabelecendo relações*. Dissertação de Mestrado não publicada. Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Bauru, SP.
- Carvalho, A. M., & Begnis, J. G. (2006). Brincar em unidades de atendimento pediátrico: Aplicações e perspectivas. *Psicologia em Estudo*, 11(1), 109-117.
- Castro Neto, A. (2000). As fases turbulentas da hospitalização. *Pediatria Moderna*, 36(4), 245-247.
- Costa, A. L. Jr. (2005). Psicologia da saúde e desenvolvimento humano: O estudo do enfrentamento em crianças com câncer e expostas a procedimentos médicos invasivos. In M. A. C. Dessen & A. L. Costa-Junior (Orgs.), *Ciência do desenvolvimento humano: Tendências atuais e perspectivas futuras* (pp. 171-189). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Crepaldi, M. A., Rabuske, M. M., & Gabarra, L. M. (2006). Modalidades de atuação em Psicologia Pediátrica. In M. A. Crepaldi, M. B. M. Linhares, & G. B. Perosa (Eds.), *Temas em Psicologia Pediátrica* (pp.13-55). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dias, R. R., Baptista, M. N., & Baptista, A. S. D. (2003). Enfermaria de Pediatria: Avaliação e intervenção psicológica. In M. N. Baptista, & R. R. Dias (Orgs.), *Psicologia hospitalar: Teoria, aplicações e casos clínicos* (pp. 53-73). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Dell'Aglio, D. D. (2003). O processo de *coping* em crianças e adolescentes: Adaptação e desenvolvimento. *Temas em Psicologia*, 11(1), 38-45.
- Dell'Aglio, D. D., & Hutz, C. S. (2002). Estratégias de *coping* de crianças e adolescentes em eventos estressantes com pares e com adultos. *Psicologia USP*, (1), 203-225.
- Ferreira, E. A. P. (2006). Adesão ao tratamento em psicologia pediátrica. In M. A. Crepaldi, M. B. M. Linhares & G. B. Perosa (Eds.), *Temas em Psicologia Pediátrica* (pp.147-190). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1984). If it changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.

Fonseca, E. S. (2003). *Atendimento escolar no ambiente hospitalar*. São Paulo: Memnon.

Fonseca, E. S. (1999). Classe hospitalar: Ação sistemática na atenção às necessidades pedagógico-educacionais das crianças e adolescentes hospitalizados. *Revista Temas sobre Desenvolvimento*, 8(44), 32-37.

Fonseca, E. S., & Ceccim, R. B. (1999). Atendimento pedagógico-educacional hospitalar: promoção do desenvolvimento psíquico e cognitivo da criança hospitalizada. *Revista Temas sobre Desenvolvimento*, 7(42), 24-36.

Furtado, M. C. C. (1999). Brincar no hospital: Subsídios para o cuidado de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 33(4), 364-369.

Gabarra, L. M. (2005). *Crianças hospitalizadas com doenças crônicas: A compreensão da doença*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC.

Graminha, S. S. V. (1994). A escala comportamental infantil de Rutter A2: Estudos de adaptação e fidedignidade. *Estudos de Psicologia*, 11(3), 34-42.

Graminha, S. S. V., & Coelho, W. F. (1994). Problemas emocionais e comportamentais em crianças que necessitam ou não de atendimento psicológico ou psiquiátrico [Resumo]. In Sociedade Brasileira de Psicologia (Org.), *Anais da XXIV Reunião Anual de Psicologia* (p. 258). Ribeirão Preto: SBP.

Guimarães, S. S. (1987) A hospitalização na infância. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 4(2), 102-112.

Instituto Nacional do Câncer. (2007). *Estimativa 2008: Incidência de câncer no Brasil*. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/versaofinal.pdf>. Acesso em: 20-05-2009.

Kiche, M. T.; Almeida, F. A. (2009). Brinquedo terapêutico: estratégia de alívio da dor e tensão durante o curativo cirúrgico em crianças. *Acta Paulista Enfermagem*, 22(2), 909-15.

Kristensen, C. H., Schaefer, L. S., & Busnello, F. de B. (2010). Estratégias de coping e sintomas de stress na adolescência. *Estudos em Psicologia (Campinas)*, 27(1), 21-30.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

Lipp, M., & Novaes, L. (2000). *O Stress*. São Paulo: Contexto.

Mitre, R. M. A., & Gomes, R. (2004). A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1),147-154.

Medeiros, J. G., & Gabardo, A. A. (2004). Classe hospitalar: Aspectos da relação professor-aluno em uma sala de aula de um hospital. *Revista Interação*, 8(1), 67-79.

Moraes, E. O., & Enumo, S. R. F. (2008) Estratégias de enfrentamento da hospitalização em crianças avaliadas por instrumento informatizado. *PsicoUSF*, 13(2), 221-231.

Motta, A. B. (2007). *Brincando no hospital: Uma proposta de intervenção psicológica para crianças hospitalizadas com câncer*. Tese de Doutorado não-publicada, Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo.

Motta, A. B., & Enumo, S. R. F. (2002). Brincar no hospital: Câncer infantil e avaliação do enfrentamento da hospitalização. *Psicologia Saúde & Doenças (Lisboa)*, 3(1), 23-41.

Motta, A. B., & Enumo, S. R. F. (2004a). Brincar no hospital: Estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. *Psicologia em Estudo (Campinas)*, 9(1), 19-28.

Motta, A. B., & Enumo, S. R. F. (2004b). Câncer infantil: Uma proposta de avaliação das estratégias de enfrentamento da hospitalização. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 21(3), 193-202.

Motta, A. B., & Enumo, S. R. F. (2005a). Análise de estratégias de enfrentamento não-facilitadoras da hospitalização em crianças com câncer. In H. Guilhardi, & N. C. Aguirre (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Expondo a variabilidade* (v. 15, pp. 29-38). Santo André: ESETec.

Motta, A. B., & Enumo, S. R. F. (2005b). Brincar no hospital: Uma proposta de intervenção psicológica para crianças hospitalizadas com câncer [Resumo]. In Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo (Org.), *Simpósio Nacional de Psicologia Social e do Desenvolvimento: Programas e resumos* (pp. 39-40). Vitória, ES: Autor.

Motta, A.B., & Enumo, S.R.F. (2010). Intervenção psicológica lúdica para o enfrentamento da hospitalização em crianças com câncer. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26 (3), 445-454.

Motta, A. B., Enumo, S. R. F., & Ferrão, E. S. (2006). Avaliação das estratégias de enfrentamento da hospitalização em crianças com câncer. In M. B. M. Linhares, M. A. Crepaldi & G. B. Perosa (Orgs.), *Temas em Psicologia Pediátrica* (pp. 191-218). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Moraes, E.O. (2007). *O enfrentamento da hospitalização em crianças por meio de avaliação informatizada*. Dissertação de mestrado não publicada, Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo.

Parcinello, A. T.; Felin, R. B. (2008). E agora doutor onde vou brincar? Considerações sobre a hospitalização Infantil. *Barbarói*, 28, 147-66.

Pedro, I. C. S., Nascimento, L. C, Poleti, L. C., Lima, R. A. G., Mello, D. .F., & Luiz, F.M. R. (2007). Brincar em sala de espera de um ambulatório infantil na perspectiva de crianças e seus acompanhantes. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 15(2), 290-297.

Poletto, M., & Koller, S. H. (2006). Resiliência: Uma perspectiva conceitual e histórica. In D. D. Dell'Aglio, S. H. Koller, & M. A. M. Yunes (Eds.), *Resiliência e psicologia positiva: Interfaces do risco à proteção* (pp. 19-44). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Poletto, M., Koller, S. H. & Dell'Aglio, D. D. (2008). Eventos estressores em crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social. *Ciência & Saúde Coletiva*, 407,25-36.

Robinson, K. E.; Gerhardt, C. A.; Vannatta, K. (2007). Parent and Family Factors Associated with Child Adjustment to Pediatric Cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 32 (4), 400-410.

Rocha, M. M., & Silveiras, E. F. M. (2006). Algumas novas formas alternativas de atendimento psicológico em clínicas-escola: grupos recreativos. In E. F. M. Silveiras (Org.), *Atendimento psicológico em clínicas-escola* (pp. 91-107). Campinas, SP: Alínea Editora.

Sandroni, G. A. (2008). Classe hospitalar: um recurso a mais para a inclusão educacional de crianças e jovens. *Cadernos da Pedagogia*. 2(3). Recuperado de <http://www.cadernosdapedagogia.ufscar.br>

Savóia, M. G., Santana, P., & Mejias, N. P. (1996). Adaptação do inventário de estratégias de coping de Folkman e Lazarus para o português. *Revista de Psicologia USP*, 7, 183-201.

Silva, L. F., Cabral, I. E., & Christoffel, M. M. (2008). O brincar na vida do escolar com câncer em tratamento ambulatorial: possibilidades para o

desenvolvimento. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 18(3), 275-287.

Silvaes, E. F. M., Meyer, S. B., Santos, E. O. L., & Gerencer, T. T. (2006). Um estudo de caso em cinco clínicas-escola brasileiras com a Lista de Verificação Comportamental para Crianças (CBCL). In E. F. M. Silvaes (Org.), *Atendimento psicológico em clínicas-escola* (pp. 59-72). Campinas, SP: Alínea.

Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129(2), 216-269.

Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck, M. (2007). The development of coping. *Annual Review of Psychology*, 58, 119-44.

Soares, M. R. Z. (2002). *A criança hospitalizada: Análise de um programa de atividades preparatórias para o procedimento médico de inalação*. Tese de Doutorado não-publicada, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.

Soprani, L. S., Leal, R. N., Enumo, S. R. F., Menezes, C. S., & Motta, A. B. (2005). Avaliação informatizada das estratégias de enfrentamento da hospitalização no câncer infantil [Resumo]. In Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo (Org.), *Simpósio Nacional de Psicologia Social e do Desenvolvimento: Programas e resumos* (p. 57). Vitória, ES: Autor.

Thompson, R., Jr., & Gustafson, K. E. (1995). *Adaptation to chronic childhood illness*. Washington: American Psychological Association.

Zannon, C. M. L. C. (1981). Desenvolvimento psicológico da criança: Questões básicas relevantes à intervenção comportamental no ambiente hospitalar. *Teoria e Pesquisa*, 7(2), 119-136.

ANEXOS

ANEXO A - Anexo A - modelo hierárquico no comportamento de brincar como estratégia de enfrentamento da hospitalização, proposto por Motta, 2007

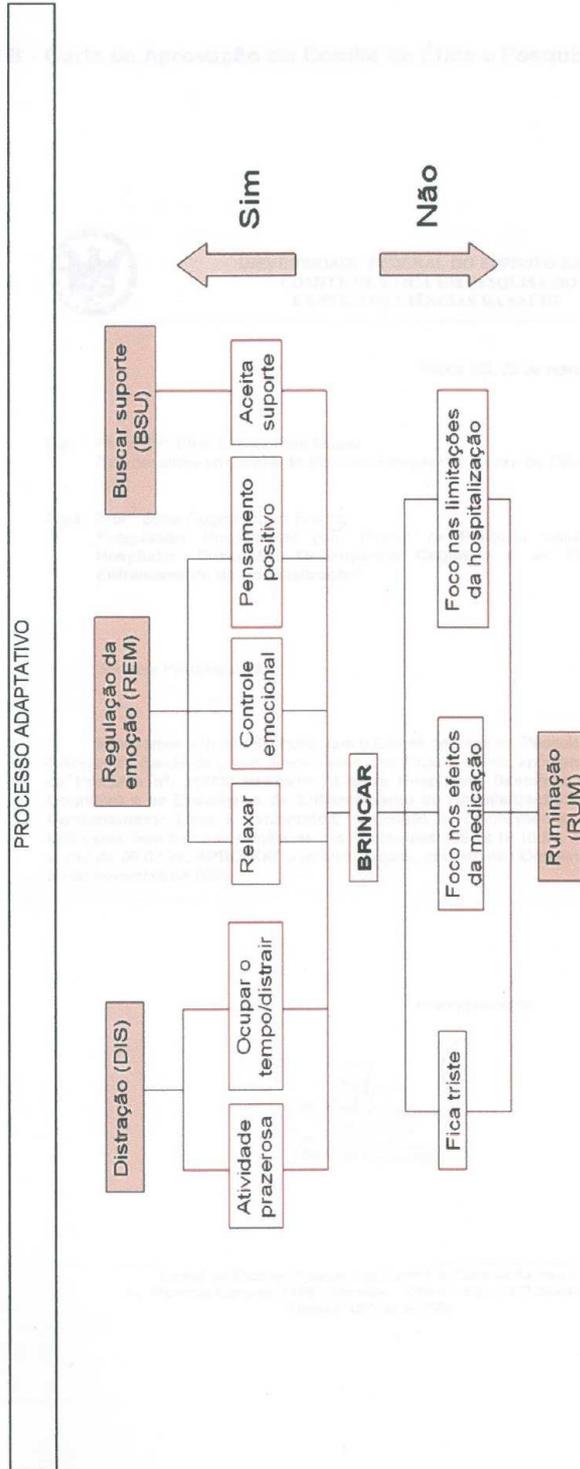


Figura A. Exemplo de diagrama com a sistematização hierárquica do enfrentamento da hospitalização, com base no comportamento de brincar (Motta, 2007, p. 269). A figura rola em ambas as direções da página, a partir da escolha – SIM ou NÃO do comportamento de brincar (instância de coping), que pode ter diferentes famílias ou categorias de coping (distração, regulação da emoção, busca por suporte ou ruminação), dependendo da funcionalidade atribuída pelo examinador ao comportamento (ser uma atividade prazerosa, ter efeito de relaxamento ou deixar a criança triste, por ex.), com base nas justificativas dadas pela criança ao escolher ou não o comportamento de br.

ANEXO B - Carta de Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CCS/UFES)**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Vitória-ES, 30 de novembro de 2009.

Da: Profa. Dr^a. Ethel Leonor Noia Maciel
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde

Para: Prof^a. Sonia Regina Fiorim Enumo
Pesquisador Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado: **“Classe Hospitalar: Descrição, Desempenho Cognitivo e as Estratégias de Enfrentamento da Hospitalização”**.

Senhora Pesquisadora,

Informamos a Vossa Senhoria, que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar o Projeto de Pesquisa nº. 217/09 intitulado: **“Classe Hospitalar: Descrição, Desempenho Cognitivo e as Estratégias de Enfrentamento da Hospitalização”** e o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, cumprindo os procedimentos internos desta Instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 292 de 08.07.99, **APROVOU** o referido projeto, em Reunião Ordinária realizada em 25 de novembro de 2009.

Atenciosamente,


Prof.ª Dr.ª Ethel Leonor Noia Maciel
COORDENADORA
Comitê de Ética em Pesquisa
Centro de Ciências da Saúde/UFES

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde
Av. Marechal Campos, 1468 – Maruípe – Vitória – ES – CEP 29.040-091.
Telefax: (27) 3335 7504

ANEXO C - Carta de Aprovação do Comitê de ética e Pesquisa (HINSG/SESA)

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP
HOSPITAL INFANTIL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Vitória, 30 de março de 2010.

Da : Profª. Dra. Silvia Moreira Trugilho
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória

Para: Paula Coimbra da Costa Pereira
Pesquisadora Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado: **“Classe Hospitalar: descrição, desempenho cognitivo e as estratégias de enfrentamento da hospitalização”**.

Senhora pesquisadora

Informamos à Vossa Senhoria, que o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Infantil Nossa da Glória, após analisar o Projeto de Pesquisa , nº de **Registro no CEP-61/2009**, intitulado: **“Classe Hospitalar: descrição, desempenho cognitivo e as estratégias de enfrentamento da hospitalização**, bem como o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, cumprindo os procedimentos internos da instituição onde o projeto será realizado, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 08292 de 08.07.99, APROVOU o referido projeto, em Reunião ordinária realizada em 30 de março de 2010.

Gostaríamos de lembrar que cabe ao pesquisador elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10/10/96, inciso IX.2. letra “c”


Profª. Dra. Silvia Moreira Trugilho
Coordenadora do CEP-HINSG/SESA

ANEXO D- Modelo de cenas do Instrumento Informatizado de Avaliação do Enfrentamento da Hospitalização - AEHcomp



Exemplo de Cena do AEHcomp na Versão Menino - Comportamento de Tomar remédio



Exemplo de Cena do AEHcomp na Versão Menina - Comportamento de Conversar

**ANEXO E- Modelo de cenas do Instrumento Informatizado de Avaliação do
Brincar no Hospital - ABHcomp**



Exemplo de Cena do ABHcomp na Versão Menino - Jogar Minigame



Exemplo de Cena do ABHcomp na Versão Menina - Ouvir história

ANEXO F – Modelo de itens da Escala Comportamental A2 de Rutter

ESTRITAMENTE CONFIDENCIAL

QUESTIONÁRIO

ESCALA A2 DE RUTTER
ADAPTADA POR GRAMINHA

Para ser respondido pelos pais

Nome da Criança:
 Data de Nascimento Sexo
 Escola Série
 Endereço
 Profissão do pai
 Escolaridade do pai (até que ano estudou)
 Profissão da mãe
 Escolaridade da mãe (até que ano estudou)

COMO PREENCHER O QUESTIONÁRIO

O questionário pergunta sobre vários tipos de comportamentos que a maioria das crianças apresentam em algumas ocasiões. Por favor, dê as respostas conforme seu filho tem sido durante os ÚLTIMOS 12 MESES.

PROBLEMAS DE SAÚDE

Abaixo está uma lista de pequenos problemas de saúde que a maioria das crianças têm em algumas ocasiões. Por favor, diga-nos com que frequência cada um desses problemas ocorre com seu filho, fazendo uma cruz no círculo correto.

	Nunca	Ocasionalme nte, mas não chega a uma ocorrer uma vez <input type="radio"/> semana	Pelo menos uma vez por semana <input type="radio"/>
A. Tem queixas de dores de cabeça	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. Tem dor de estômago ou vômito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. Asma ou crises respiratórias.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. Faz xixi na cama ou nas calças	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E. Faz cocô na roupa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F. Fica mal humorado e nervoso (isto é, fica irritado, grita e perde completamente o humor)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
G. Tem dado trabalho ao chegar na escola ou se recusando a entrar na escola.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
H. "Mata" ou "enforca" aula	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

HÁBITOS. POR FAVOR, COLOQUE UMA CRUZ NO CÍRCULO DA RESPOSTA CORRETA.

I. Ele (ela) gagueja?	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim- moderadamente	<input type="radio"/> Sim- severamente
II. Há alguma dificuldade com a fala, além da gagueira? Se "sim", por favor descreva	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim- moderadamente	<input type="radio"/> Sim- severamente
III. Ele (ela) costuma roubar ou então pegar coisas dos outros às escondidas? Se "sim" (ocasionalmente ou freqüentemente), O que ele costuma pegar? O Coisas pequenas como canetas, doces, brinquedos, pequenas quantidades de dinheiro, etc. O Coisas grandes. O Tanto coisas pequenas como as coisas grandes. Ele pega as coisas: O Na sua própria casa Em outros lugares Tanto em casa como em outros lugares.	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim- moderadamente	<input type="radio"/> Sim- severamente
IV. Há qualquer dificuldade de alimentação? Se "sim" como é? O "faz onda" e "fica enrolando" para comer O Não come o suficiente O Come em excesso O Outra, por favor, descreva.....	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim- moderadamente	<input type="radio"/> Sim- severamente
V. Há qualquer dificuldade com o sono?.... Se "sim", marque quais são: O Tem dificuldade para dormir O Tem dificuldade para pegar no sono O Tem dificuldade para acordar cedo de manhã O Acorda durante a noite O Fala dormindo O Bate a cabeça enquanto dorme	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim- moderadamente	<input type="radio"/> Sim- severamente
VI. A criança tem medo de alguma coisa (de algum objeto, pessoa ou situação)? Se "sim", por favor, descreva:	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim- moderadamente	<input type="radio"/> Sim- severamente
VII. A criança apresenta algum movimento repetitivo do corpo ou rosto ou tem tiques? Se "sim", quais? O Piscar os olhos O Repuxar a cabeça O Repuxar a boca O Contorcer o nariz O Contorcer o braço O Outro, por favor descreva:	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim- moderadamente	<input type="radio"/> Sim- severamente

Abaixo está uma série de descrições de comportamentos apresentados muitas vezes pelas crianças. Diante de cada afirmação tem três colunas- "Não se aplica", "Se aplica um pouco", "Se aplica com certeza". Se seu filho (ou filha) categoricamente apresenta o comportamento descrito pela afirmação, coloque uma cruz no círculo embaixo do "Se aplica com certeza". Se ele (ou ela) apresenta o comportamento descrito pela afirmação mas em grau menor ou menos freqüentemente, coloque uma cruz sob "Se aplica um pouco". Se, conforme você está ciente, seu filho não apresenta o comportamento, coloque uma cruz embaixo de "Não se aplica".

Por favor, coloque uma cruz diante de cada afirmação

AFIRMAÇÃO	Não se aplica	Se aplica um pouco	Se aplica com certeza
1. Muito agitado, tem dificuldade em permanecer sentado por muito tempo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Criança impaciente, irrequieta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Muitas vezes destrói suas próprias coisas ou do	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Briga freqüentemente ou é extremamente briguento com outras crianças..	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Não é uma criança muito querida pelas outras crianças.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Fica facilmente preocupado, preocupa-se com tudo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Tende a ser uma criança fechada – um tanto solitária.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Irritável. Rapidamente "perde as estribeiras".....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Freqüentemente a criança parece estar tristonha, infeliz ou angustiada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Chupa freqüentemente os dedos..	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Roe freqüentemente as unhas ou os dedos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Muitas vezes é desobediente *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Não consegue permanecer numa atividade qualquer por mais do que alguns minutos (isto é, fica muito pouco tempo ligada em uma atividade)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Tende a ter medo ou receio de coisas novas ou situações novas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. É uma criança difícil, complicada ou muito particular.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Muitas vezes fala mentira.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Maltrata outras crianças.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Fala palavrões, nomes feios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. É uma criança muito agarrada à mãe e que tenta manter-se sempre perto da mãe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Fica acanhada, tímida ou se retrai na presença de pessoas pouco conhecidas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. É uma criança insegura e que tem confiança em si mesma.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

a. Existem outros problemas? OSim ONão
Se "sim", quais?

b. A criança está em atendimento psicológico ou psiquiátrico? OSim ONão

c. Os senhores consideram que seu (sua) filho (a) está necessitando de atendimento psicológico ou psiquiátrico? OSim ONão

Assinatura:

Sr./Sra.

V. 1. O seu filho(a) tem aproximadamente quantos (as) amigos (as) íntimos (as)? nenhum 1 2 ou 3 4 ou mais
(não inclua irmãos e irmãs)

2. O seu filho (a) tem atividade com os amigos (as) fora das horas de aula aproximadamente quantas vezes por semana?
(não inclua irmãos e irmãs) Menos que 1 1 ou 2 3 ou mais

VI Em comparação com outras crianças da mesma idade, até que ponto:

	Pior	Próximo (a) da média	Melhor	<input type="checkbox"/>	não tem irmãos ou irmãs
a) Consegue relacionar-se adequadamente com os seus/suas irmãos ou irmãs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Consegue se relacionar-se adequadamente com os outras crianças?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c) Consegue comportar-se adequadamente em relação aos pais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d) Consegue divertir-se e trabalhar sozinho(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

VII. 1. Desempenho em disciplinas escolares:

Não frequenta a escola pois _____

	Maus resultados	Abaixo da média	Dentro da média	Acima da média
a) Português	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Matemática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) História ou Estudos Sociais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ciências	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outras matérias - por exemplo: computação, língua estrangeira. Não inclua educação física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
educação no trânsito, etc. g) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. O seu filho (a) frequenta algum estabelecimento ou classe de ensino especial? Não Sim - que tipo de escola ou classe?

3. O seu filho (a) repetiu algum ano? Não Sim - qual e porque?

4. O seu filho (a) teve algum problema na escola, de aprendizagem ou outro? Não Sim - Descreva-o, por favor:

Quando começaram esses problemas? _____

Os problemas mencionados já acabaram? Não Sim - quando?

O seu filho (a) tem alguma doença, deficiência física ou deficiência mental? Não Sim - Descreva-a, por favor:

Qual é a sua maior preocupação em relação ao seu filho ou filha?

Por favor, descreva os aspectos mais positivos do seu filho ou filha.

Logo abaixo, você encontrará uma lista de afirmações que descrevem as crianças. Para cada afirmação que descreva seu/sua filho(a) NESTE MOMENTO ou NOS ÚLTIMOS SEIS MESES, trace um círculo à volta do 2 se a afirmação é MUITO VERDADEIRA OU FREQUENTEMENTE VERDADEIRA em relação ao seu filho (a). Trace um círculo à volta do 1 se a afirmação é ALGUMAS VEZES VERDADEIRA em relação ao seu filho. Se a afirmação NÃO É VERDADEIRA em relação ao seu filho (a), trace um círculo à volta do 0. Por favor responda a todas as afirmações o melhor que possa, mesmo que algumas não pareçam aplicar-se ao seu filho.

0 = NÃO É VERDADEIRA (tanto quanto sabe) 1 = ALGUMAS VEZES VERDADEIRA 2 = FREQUENTEMENTE VERDADEIRA

- | | | | |
|-------|--|-------|---|
| 0 1 2 | 1. Age de maneira muito infantil para a sua idade | 0 1 2 | 31. Tem medo de pensar ou fazer alguma coisa má |
| 0 1 2 | 2. Ingere bebida alcoólica sem a aprovação dos pais(descreva) _____ | 0 1 2 | 32. Acha que deve ser perfeito(a) |
| 0 1 2 | 3. Discute muito | 0 1 2 | 33. Sente ou queixa-se de que ninguém gosta dele(a) |
| 0 1 2 | 4. Não termina o que começou | 0 1 2 | 34. Acha que os outros o perseguem |
| 0 1 2 | 5. Há poucas coisas que gosta | 0 1 2 | 35. Sente-se pior que os outros |
| 0 1 2 | 6. Faz suas necessidades fora do banheiro | 0 1 2 | 36. Tem tendência a cair muito |
| 0 1 2 | 7. É vaidoso(a) | 0 1 2 | 37. Mete-se em muitas brigas |
| 0 1 2 | 8. Não consegue concentrar-se, não consegue ficar atento (a) muito tempo | 0 1 2 | 38. As pessoas riem dele |
| 0 1 2 | 9. Não consegue tirar certos pensamentos da cabeça; obsessões (descreva-as) _____ | 0 1 2 | 39. Anda com crianças que se metem em brigas |
| 0 1 2 | 10. Não consegue ficar sentado (a), é irrequieto (a) ou hiperativo (a) | 0 1 2 | 40. Ouve sons ou vozes que não estão presentes (descreva-os) _____ |
| 0 1 2 | 11. Agarra-se aos adultos ou é muito dependente | 0 1 2 | 41. É impulsivo, ou age sem pensar |
| 0 1 2 | 12. Reclama de estar muito sozinho (a) | 0 1 2 | 42. Gosta de estar sozinho (a) |
| 0 1 2 | 13. Fica confuso (a) ou parece ficar sem saber onde está | 0 1 2 | 43. Mentir |
| 0 1 2 | 14. Chora muito | 0 1 2 | 44. Rói as unhas |
| 0 1 2 | 15. É cruel com os animais | 0 1 2 | 45. É nervoso (a), muito excitado (a) ou tenso (a) |
| 0 1 2 | 16. Manifesta crueldade, intimidação ou maldade para com os outros | 0 1 2 | 46. Tem movimentos nervosos/tiques (descreva-os) _____ |
| 0 1 2 | 17. Sonha acordado (a) ou perde-se em seus pensamentos | 0 1 2 | 47. Tem pesadelos |
| 0 1 2 | 18. Já tentou se suicidar | 0 1 2 | 48. As outras crianças não gostam dele(a) |
| 0 1 2 | 19. Requer muita atenção | 0 1 2 | 49. Tem prisão de ventre |
| 0 1 2 | 20. Destroí as suas próprias coisas | 0 1 2 | 50. Tem medo de tudo |
| 0 1 2 | 21. Destroí objetos da sua família ou de outras crianças | 0 1 2 | 51. Sente tonturas |
| 0 1 2 | 22. É desobediente em casa | 0 1 2 | 52. Sente-se muito culpado |
| 0 1 2 | 23. É desobediente na escola | 0 1 2 | 53. Come muito |
| 0 1 2 | 24. Não come bem | 0 1 2 | 54. Causa-se muito |
| 0 1 2 | 25. Não se dá bem com outras crianças | 0 1 2 | 55. Tem peso excessivo |
| 0 1 2 | 26. Não parece sentir-se culpado(a) depois de se comportar mal | 0 1 2 | 56. Tem problemas físicos sem causa conhecida do ponto de vista médico: |
| 0 1 2 | 27. Sente ciúme com facilidade | 0 1 2 | a) Sofrimentos ou dores |
| 0 1 2 | 28. Quebra as regras em casa, na escola ou em outros lugares | 0 1 2 | b) Dores de cabeça |
| 0 1 2 | 29. Tem medo de determinados animais, situações ou lugares, sem incluir a escola (descreva-os) _____ | 0 1 2 | c) Enjôo |
| 0 1 2 | 30. Tem medo de ir à escola | 0 1 2 | d) Problemas com os olhos (descreva-os) _____ |
| | | 0 1 2 | e) Problemas de pele |
| | | 0 1 2 | f) Dores de estômago ou cólicas |
| | | 0 1 2 | g) Vômitos |
| | | 0 1 2 | h) Outros (descreva-os): _____ |

0 = NÃO É VERDADEIRA (tanto quanto sabe)

1 = ALGUMAS VEZES VERDADEIRA

2 = FREQUENTEMENTE VERDADEIRA

0 1 2	57. Ataca fisicamente outras pessoas	0 1 2	84. Tem comportamentos estranhos (descreva-os)
0 1 2	58. Tira coisas do nariz, da pele ou de outras partes do corpo (descreva-as)	0 1 2	85. Tem idéias estranhas (descreva-as)
0 1 2	59. Brinca com seus órgãos sexuais em público	0 1 2	86. É teimoso (a), mal humorado (a) ou irritado
0 1 2	60. Brinca muito com seus órgãos sexuais	0 1 2	87. Muda de humor repentinamente (alegre/triste)
0 1 2	61. Os seus trabalhos escolares são fracos	0 1 2	88. Se aborrece com facilidade
0 1 2	62. É desastrado (a) ou tem falta de coordenação	0 1 2	89. É desconfiado (a)
0 1 2	63. Prefere brincar com crianças mais velhas	0 1 2	90. Fala palavrões
0 1 2	64. Prefere brincar com crianças mais novas	0 1 2	91. Fala em matar-se
0 1 2	65. Recusa-se a falar	0 1 2	92. Fala ou caminha quando está dormindo (descreva)
0 1 2	66. Repete várias vezes as mesmas ações, compulsões (descreva-as)	0 1 2	93. Fala muito
0 1 2	67. Foge de casa	0 1 2	94. Perturba os outros frequentemente
0 1 2	68. Grita muito	0 1 2	95. Tem crises de raiva/temperamento exaltado
0 1 2	69. É reservado (a) e guarda as coisas para si mesmo (a)	0 1 2	96. Pensa muito em sexo
0 1 2	70. Vê coisas que não estão presentes (descreva-as)	0 1 2	97. Ameaça as pessoas
0 1 2	71. Mostra-se pouco à vontade ou facilmente embaraçado (a)	0 1 2	98. Chupa o dedo
0 1 2	72. Provoca incêndios	0 1 2	99. Fuma, mastiga ou cheira tabaco
0 1 2	73. Tem problemas sexuais (descreva-os)	0 1 2	100. Tem problemas para dormir (descreva-os)
0 1 2	74. Gosta de se exibir, fazer palhaçadas	0 1 2	101. Falta à escola sem necessidade ("mata aula")
0 1 2	75. É tímido (a), ou envergonhado (a)	0 1 2	102. É pouco ativo (a), move-se com lentidão, tem falta de energia
0 1 2	76. Dorme menos que a maioria das crianças	0 1 2	103. É infeliz, triste ou deprimido (a)
0 1 2	77. Dorme mais que a maioria das crianças durante o dia e/ou durante a noite (descreva)	0 1 2	104. Fala alto muito
0 1 2	78. Desatento ou distrai-se facilmente	0 1 2	105. Usa álcool ou drogas sem ser para fins medicinais (descreva-as)
0 1 2	79. Tem problemas de linguagem ou dificuldades de articulação (descreva-os)	0 1 2	106. Comete atos de vandalismo
0 1 2	80. Fica de olhar parado	0 1 2	107. Urina-se durante o dia
0 1 2	81. Rouba coisas em casa	0 1 2	108. Urina na cama
0 1 2	82. Rouba coisas fora de casa	0 1 2	109. Anda sempre a choramingar
0 1 2	83. Acumula coisas que não precisa (descreva-as)	0 1 2	110. Deseja ser do sexo oposto
		0 1 2	111. Isola-se, não cria relações afetivas com os outros
		0 1 2	112. Preocupa-se muito
		0 1 2	113. Por favor escreva quaisquer problemas do seu filho ou filha que não tenham sido mencionados na lista acima:
		0 1 2	_____
		0 1 2	_____
		0 1 2	_____

POR FAVOR, CERTIFIQUE-SE QUE RESPONDEU TODAS AS QUESTÕES.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Tabela A - Caracterização Geral da Amostra (Variáveis sócio-demográficas e variáveis do tratamento médico)

C	Sexo	Idade	Escolaridade	Religião	Estado Civil dos Pais	Profissão dos Pais/Escolaridade	Morada	Diagnóstico	Tempo de Tratamento	Tempo de Internação	Gravidade Da Doença (Grau)	Recidiva	Internação Anterior	Motivo
C1	M	12	5ª série	Evangélica	Casados	Pai: Inspetor de qualidade/ensino fundamental Mãe: Dona de casa/ensino fundamental	Grande Vitória	Tumor Pineal	5 meses	20 dias	Moderado	Não	Sim	Diagnóstico
C2	F	9	3ª série	Evangélica	Casados	Pai: Auxiliar de Montador/ensino fundamental Mãe: Colhedora de café/ensino fundamental	Grande Vitória	Linfoma de Burkitt	3 anos	5 meses	Moderado	1	Sim	Medicação
C3	M	12	6ª série	Católica	Separados	Pai: Lanterneiro/ensino fundamental Mãe: dona de casa/ensino fundamental	Interior/ES	Sarcoma de Ewing	2 anos	10 meses	Grave	2	Sim	Medicação
C4	M	11	4ª série	Evangélica	Separados	Pai: Carpinteiro/ensino fundamental Mãe: Vendedora /ensino médio	Interior/ES	Leucemia Linfóide Aguda	1 ano	20 dias	Moderado	1	Sim	Intercorrência
C5	M	7	2ª série	Católica	Separados	Pai: Catraiteiro/ensino fundamental Mãe: Doméstica/ensino fundamental	Grande Vitória	Nefroblastoma Rim Esquerdo	10 meses	7 dias	Leve	1	Sim	Intercorrência
C6	M	9	3ª série	Evangélica	Casados	Pai: Pedreiro/ensino fundamental Mãe: Salgadeira/ensino fundamental	Grande Vitória	Leucemia Linfóide Aguda	4 meses	4 meses	Moderado	Não	Não	Diagnóstico
C7	M	10	4ª série	Evangélica	Separados	Pai: Pedreiro/ensino fundamental Mãe: Doceira/ensino fundamental	Interior/ES	Leucemia Mielóide Aguda	18 meses	1 mês	Grave	1	Sim	Medicação
CB	M	9	5ª série	Católica	Separados	Pai: Açougueiro/ensino fundamental Mãe: Manicure/ensino fundamental	Grande Vitória	Leucemia Linfóide Aguda	6 meses	15 dias	Grave	Não	Sim	Diagnóstico
C9	M	11	4ª série	Evangélica	Casados	Pai: Pintor/ensino fundamental	Grande Vitória	Glioma	5 meses	20 dias	Moderado	Não	Sim	Diagnóstico

C10	F	8	2ª série	Evangélica	Casados	Mãe: Diarista/ensino fundamental Pai: Motorista/ensino médio Mãe: Dona de casa/ensino fundamental	Grande Vitória	Linfoma de Burkitt	3 anos	5 meses	Moderado	1	Sim	Medicação
C11	M	11	5ª série	Católica	Separados	Pai: Porteiro/ensino fundamental Mãe: Dona de casa/ensino fundamental	Interior/ES	Osteosarcoma	2 anos	10 meses	Grave	2	Sim	Medicação
C12	F	10	4ª série	Evangélica	Separados	Pai: Vigilante/ensino fundamental Mãe: Diarista/ensino fundamental	Interior/ES	Leucemia Mieloide Aguda	1 ano	20 dias	Grave	1	Sim	Intercorrência
C13	M	6	1ª série	Católica	Separados	Pai: Porteiro/ensino fundamental Mãe: Doméstica/ensino fundamental	Grande Vitória	Carcinoma Renal	10 meses	7 dias	Leve	1	Sim	Intercorrência
C14	M	8	2ª série	Evangélica	Casados	Pai: Padeiro/ensino fundamental Mãe: Dona de casa/ensino fundamental	Grande Vitória	Leucemia Linfóide Aguda	4 meses	4 meses	Moderado	Não	Não	Diagnóstico
C15	M	9	3ª série	Evangélica	Separados	Pai: Agricultor/ensino fundamental Mãe: Dona de casa/ensino fundamental	Interior/ES	Leucemia Linfóide Aguda	18 meses	1 mês	Moderado	1	Sim	Medicação
C16	M	8	4ª série	Católica	Separados	Pai: Agricultor/ensino fundamental Mãe: Agricultora/ensino fundamental	Grande Vitória	Leucemia Linfóide Aguda	6 meses	45 dias	Grave	Não	Sim	Diagnóstico
C17	M	11	4ª série	Evangélica	Separados	Pai: Vendedor/ensino fundamental Mãe: Merendeira/ensino fundamental	Interior/ES	Leucemia Linfóide Aguda	1 ano	20 dias	Grave	Sim	Sim	Intercorrência
C18	F	9	3ª série	Evangélica	Casados	Pai: Pintor/ensino fundamental Mãe: Cozinheira/ensino fundamental	Grande Vitória	Linfoma de Burkitt	3 anos	8 meses	Grave	1	Sim	Medicação

APÊNDICE B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

I. Dados sobre a pesquisa científica:

Título da pesquisa: Classe Hospitalar: descrição e as estratégias de enfrentamento da hospitalização por crianças com câncer.

Orientadora: Profª. Drª. Sônia Regina Fiorim Enumo

Pesquisadora: Paula Coimbra da Costa Pereira (mestranda do PPGP/UFES)

II. Informações sobre o projeto:

Estamos realizando uma pesquisa no Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG) com crianças internadas por câncer que freqüentam a classe hospitalar. Queremos verificar se freqüentar a classe hospitalar melhora o desempenho cognitivo e as estratégias de enfrentamento da hospitalização em crianças. Serão realizadas sessões com as crianças (jogo assistido, e dois instrumentos computadorizados de avaliação da estratégia de enfrentamento) e entrevistas com os pais.

Os responsáveis terão direito a esclarecimentos em qualquer momento, sendo que poderão desistir de participar, sem prejuízo para a criança nos atendimentos do hospital. A identificação da criança e de seus responsáveis não será exposta nas conclusões ou publicações do trabalho. Quaisquer recursos ou reclamações poderão ser encaminhados à coordenação pelo telefone (27) 3335-2501 (Programa de Pós-Graduação em Psicologia – UFES).

Estando assim de acordo, assinam o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.*

Consentimento: Eu, _____ RG _____, abaixo assinado, responsável pelo (a) menor _____, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos, concordo em participar do estudo.

Vitória, ES, ____ de _____ de 20__.

Representante legal

Responsável pelo projeto
Paula Coimbra da Costa Pereira



**APÊNDICE C – Categorias de análise das estratégias de enfrentamento da
hospitalização (Motta, 2007, p. 275)**

1) Solução do problema (SPR) - compreende os relatos indicativos de ações dirigidas para a resolução do problema. São exemplos desta categoria de *solução do problema*: (a) os comportamentos de adesão ao tratamento (ingestão dos remédios prescritos, submissão a exames e outros procedimentos médicos); (b) quando a criança indica uma ação dirigida à minimização da situação estressante, sugerindo meios avaliados por ela como sendo mais adequados para a realização dos procedimentos e administração da medicação; (c) quando a criança relata não se esconder do médico, uma vez que reconhece que a sua melhora depende da atuação do mesmo; (d) indicação do foco no tratamento e na cura da doença, apesar dos efeitos da medicação e das restrições impostas pela hospitalização.”(p. 275) Entre as pranchas que eliciaram mais diretamente esta estratégia, está a “tomar remédio”: “*Pra ficar bom*” (C17, M, 10 anos, justificativa para o comportamento de *sempre* tomar o remédio). Mais indiretamente, verificou-se que relatos apresentados para justificar a *não* escolha dos comportamentos de “pensar em fugir” e “se esconder” também permitiram identificar a estratégia dirigida à solução do problema: “*Porque senão vai ficar mal*” (C7, M, 8 anos, justificativa para o comportamento de *não* pensar em esconder).

2) Busca por suporte (BSU) - compreende tanto os relatos indicativos de uma ação da criança em direção ao alvo de suporte (familiar, profissional da equipe hospitalar, voluntário, outra criança, pesquisador e Deus), quanto aqueles relatos que demonstravam a aceitação do suporte social disponível. Este suporte caracterizava-se por busca de ajuda instrumental, conselho, conforto e contato com as pessoas. Entre as cenas que eliciaram mais diretamente esta estratégia, estão: “rezar” e “pensar em milagre”: “*Porque ele [Deus] ajuda.*”(C12, M, 8 anos, justificativa para o comportamento de *sempre* rezar).

3) Distração (DIS) - compreende os relatos das crianças indicativos do engajamento em atividades alternativas prazerosas e possíveis no ambiente hospitalar, como forma de tentar lidar com a situação estressante. É como se, mesmo no contexto pouco favorecedor de situações agradáveis, como é o hospital, a criança conseguisse aderir a atividades alternativas, tais como brincadeiras, exercícios, assistir TV, estudar ou ler.

Esta estratégia foi registrada mesmo quando o relato da criança não era explicativo, isso porque as cenas relacionadas a esta estratégia representavam diretamente uma atividade prazerosa, entre elas “brincar”, “assistir TV”, “cantar”, “ouvir música”, “ler gibí” e “conversar”: *“Porque quando sobra um pouquinho de tempo, quando eles abem aqui a sala [referindo-se a brinquedoteca] e a gente fica enjoada de ficar deitada e vendo TV, aí a gente vem pra cá.”* (C20, 11 anos, justificativa para o comportamento de *sempre* brincar).

4) Reestruturação cognitiva (RCO) - compreende os relatos que representavam tentativas ativas da criança para mudar sua percepção sobre a situação estressante, no sentido de vê-la de uma maneira mais positiva. Esta estratégia foi registrada quando o relato da criança enfatizava a qualidade do atendimento prestado pela equipe de saúde, os recursos materiais disponíveis, a segurança do hospital, além de falas que denotavam a crença de que vai dar tudo certo, que a equipe sabe o que faz, entre outros. Em alguns casos, verificaram-se nos relatos esforços para minimizar o próprio sofrimento ou as conseqüências negativas da hospitalização, como nos casos em que a criança questionava a necessidade de apresentar emoções negativas. Entre as cenas que eliciaram esta estratégia, verificou-se que relatos apresentados para justificar a *não* escolha dos comportamentos de “chorar”, “pensar em se esconder”, “pensar em fugir”, “sentir-se triste”, “desanimar” e “sentir medo” permitiram identificar tentativas de reestruturação cognitiva: *“Não tem como. Porque ele [o médico] quer o meu bem”* (C28, M, 12 anos, justificativa para o comportamento de *não* pensar em se esconder).

5) Ruminação (RUM) - compreende os relatos indicativos de um foco passivo e repetitivo nos aspectos negativos da situação, com ênfase nos danos e perdas da situação estressante, tais como a exposição a procedimentos médicos invasivos, o afastamento familiar, a restrição de movimentos na enfermaria, entre outros. Foram incluídos ainda relatos que denotam a presença de: (a) catastrofização, quando o relato da criança indica uma supervalorização dos aspectos negativos (dor, efeitos colaterais da medicação, gravidade) característicos da situação estressante e ainda, quando a criança demonstra acreditar que o pior pode acontecer; (b) autculpa, quando o relato da criança indicava a presença do sentimento de culpa pela instalação da doença e dos efeitos colaterais do tratamento e, também, por não conseguir lidar adequadamente com a situação estressante; e (c) medo. Entre as cenas que eliciaram mais diretamente esta estratégia, estão: “chorar”, “sentir-se triste”, “desanimar” “sentir medo” e “sentir culpa”: *“Porque eu quero ir embora, ficar bem”* (C3, M, 6 anos, justificativa para o

comportamento de ficar um pouco triste). Mais indiretamente, verificou-se que relatos apresentados para justificar a *não* escolha dos comportamentos de “brincar” e outros representativos da distração, também permitiram identificar a estratégia de ruminação: “*É que eu não tenho vontade.*” (C25, F, 12 anos, justificativa para o comportamento de não brincar).

6) Afastamento social (ASO) - compreende os relatos indicativos de ações dirigidas a manter-se distante das outras pessoas ou de impedi-las de saber sobre a situação estressante ou seus efeitos emocionais. Foram incluídos ainda os relatos indicativos de isolamento social, evitação das pessoas e isolamento emocional. Embora nenhuma cena do AEHcomp tenha relação direta com a estratégia de afastamento social, verificou-se que relatos apresentados para justificar a *não* escolha dos comportamentos de “conversar” e outros representativos da distração poderiam permitir a identificação dessa estratégia de afastamento social. A cena que eliciou esse estratégia foi o “desanimar”: “*Porque penso que vou sair, mas não vou, e não tem ninguém pra fazer companhia.*” [todos os colegas de enfermaria receberam alta e ele continuou internado] (C22, M, 12 anos, justificando o porque as vezes desanima).

7) Regulação da emoção (REM) - compreende os relatos indicativos de esforços da criança para influenciar seu sofrimento emocional e expressar suas emoções construtivamente no momento e lugar apropriados, fazendo com que ela se sinta melhor. Foram incluídos ainda relatos indicativos de: (a) auto-encorajamento, quando o relato da criança caracteriza tentativas de incentivo, caracterizando uma visão positiva do manejo da situação estressante; (b) controle emocional, quando o relato da criança indica uma tentativa ou a própria capacidade de modular seus pensamentos, emoções e comportamentos, de modo a lidar melhor com a situação estressante; e (c) expressão emocional, quando o relato da criança indica uma tentativa de expressar emoções positivas diante da situação estressante. Entre as cenas que eliciaram mais diretamente esta estratégia, estão aquelas que representam atividades prazerosas, tais como “brincar”, “assistir TV”, “ler gibí”, “cantar” e “ouvir música”: “*Porque você fica um pouco mais calmo.*” (C9, M, 8 anos, justificativa para o comportamento de assistir TV). Neste caso, o envolvimento em atividades primeiramente classificadas como de distração, assumem para algumas crianças outra função, a de regulação da emoção. Mais indiretamente, verificou-se que relatos apresentados para justificar a *não* escolha dos comportamentos de “desanimar”, “chorar”, “sentir-se triste” e “sentir raiva”, também permitiram identificar a estratégia de regulação da emoção: “*Porque minha*

mãe fica contando história e eu fico alegre” (C13, M, 9 anos, justificativa para o comportamento de não desanimar).

8) Busca por informação (BIN) - compreende os relatos indicativos de tentativas de aprender mais sobre a situação estressante, tanto por meio de perguntas diretas quanto por meio da observação dos acontecimentos. Neste caso, a busca por informações sobre o diagnóstico de câncer, o tratamento, o prognóstico, bem como sobre as estratégias para o manejo da situação foram mais diretamente eliciados pela cena “buscar informações”: *“Porque eu quero saber como é a minha doença.”* (C11, M, 8 anos, justificativa para o comportamento de buscar informação).

9) Negociação (NEG) - compreende os relatos das crianças indicativos de tentativas ativas de fazer um acordo entre suas necessidades e as restrições impostas pelo contexto da hospitalização. Um exemplo é quando a criança relata uma tentativa de obter um alimento preferido, diferente daquele disponibilizado pelo hospital, fazendo um acordo ou propondo um trato com a mãe, no qual garante a manutenção de um comportamento adequado, como a ingestão sem oposição da medicação. A cena que eliciou mais diretamente esta estratégia foi a prancha “chantagem”: *“Porque eu queria um brinquedo”* (C4, M, 7 anos, justificativa para o comportamento de fazer chantagem).

10) Oposição (OPO) - compreende os relatos das crianças indicativos de comportamentos de projeção, agressão, reação de raiva, descarga e atribuição de culpa às outras pessoas. Embora pouco frequente, esta resposta de enfrentamento estava diretamente relacionada à cena “raiva”: *“Porque eu quero tomar banho quente e a minha mãe não deixa. Eu quero alguma coisa e ela não me dá.”* [manifestando raiva na fala] (C20, F, 11 anos).

11) Desamparo (DES) - compreende relatos indicativos de passividade, confusão, interferência ou exaustão cognitiva, desânimo e pessimismo. Segundo Straub (2005), o desamparo aprendido trata-se de:[...] um comportamento passivo aprendido em ciclo vicioso: a exposição a eventos adversos incontroláveis ou o fracasso continuado levam a uma postura passiva e resignada em que os indivíduos um dia param de lutar pelo sucesso. Pessoas expostas a eventos adversos crônicos que parecem incontroláveis, como doenças crônicas, podem desenvolver sintomas de desamparo. Quando seus esforços para melhorar a saúde não são recompensados com sucesso, algumas desistem e acabam desenvolvendo depressão, passividade e má saúde (p. 566). Entre as cenas que poderiam mais diretamente eliciar esta estratégia, estão: “chorar”, “sentir-se triste”,

“desanimar” e “sentir medo”. Nesta pesquisa, nenhum relato para justificar a escolha ou recusa de um comportamento no *AEHcomp* foi classificado nessa categoria.

12) Delegação (DEL) - compreende os relatos indicativos de comportamentos de dependência, busca por ajuda mal adaptativa, reclamações, queixas e autopiedade. Nesta pesquisa, nenhum relato para justificar a escolha ou recusa de um comportamento no *AEHcomp* foi classificado nessa categoria.

13) Esquiva (ESQ) - compreende os relatos indicativos de tentativas para o não envolvimento com a situação estressante, mantendo-se distante dela. Inclui ainda os relatos de fuga cognitiva, como não pensar no problema; os relatos de negação e de ações diretas de evitação. Nesta pesquisa, nenhum relato para justificar a escolha ou recusa de um comportamento no *AEHcomp* foi classificado nessa categoria.