

# Coping da hospitalização em crianças com câncer: a importância da classe hospitalar

## *Coping with hospitalization in children with cancer: The importance of the hospital school*

Paula Coimbra da Costa Pereira **HOSTERT**<sup>1</sup>  
Alessandra Brunoro **MOTTA**<sup>2</sup>  
Sônia Regina Fiorim **ENUMO**<sup>3</sup>

### 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 do estudo 18 crianças com câncer (6 a 12 anos), avaliadas pelo Instrumento Informatizado de Avaliação do Enfrentamento da Hospitalização. 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 da 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:** Ambiente hospitalar; Câncer em crianças; *Coping*.

### Abstract

*Hospitalization affects children's behavior, and it is dealt with through children's coping strategies. This study aims to describe the hospitalization coping strategies adopted by children with cancer, analyzing the importance of the Hospital Class. Eighteen (18) children with cancer, aged between 6 and 12, participated in the study. The children were evaluated*

▼ ▼ ▼ ▼ ▼

<sup>1</sup> Universidade Federal do Espírito Santo, Departamento de Fonoaudiologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Vitória, ES, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal do Espírito Santo, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Av. Fernando Ferrari, 514, Goiabeiras, 29073-910, Vitória, ES, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: A.B.MOTTA. E-mail: <alessandrabmotta@yahoo.com.br>.

<sup>3</sup> Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Campinas, SP, Brasil.

Artigo elaborado a partir da dissertação de P.C.C.P. HOSTERT, intitulada "Estratégias de enfrentamento e problemas comportamentais em crianças com câncer, na Classe Hospitalar". Universidade Federal do Espírito Santo, 2010.

Apoio: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (Processo nº 485564/2006-8 e nº 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.

using the Computerized Instrument for Assessing Hospitalization Coping Strategies 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 rumination and distraction. The children highlighted the importance of the 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 period, which indicated possible benefits for children undergoing cancer treatment.

**Keywords:** Hospital environment; Cancer in children; Coping.

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 o próprio corpo (Soares, 2002; Zannon, 1981). As consequências psicológicas da doença e do tratamento para a criança e para a família são inúmeras; por isso, 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 e tipos de intervenções médicas - fatores que são diretamente influenciados pelas características da criança e suas relações familiares. Assim, a hospitalização pode ter consequências imediatas para algumas crianças, como o aparecimento de comportamentos agressivos, pesadelos, mudanças na conduta e medo de separar-se dos 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, cabelo e pêlos, náuseas, vômitos, diarreias, inflamações de pele e mucosas, além de problemas endócrinos de crescimento. Os tratamentos prolongados, com número de internações frequentes, são devidos à recidiva da doença, ou até mesmo em consequência 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 ela 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. Esse contexto, segundo Costa Jr. (2005), inclui fatores: (a) biológicos, envolvendo 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

eles 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 estresse. 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 estresse, para se entenderem os processos emocionais, comportamentais, motivacionais,

cognitivos e sociais, mostrando como esses múltiplos subsistemas regulatórios funcionam juntos para enfrentar o estresse.

Motta (2007) e Motta e 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 que acessam seus recursos cognitivos, ambientais, afetivos, emocionais e sociais. Entre os recursos ambientais disponíveis, a Classe Hospitalar pode se constituir como um espaço que favorece comportamentos relacionados a estratégias de enfrentamento mais facilitadoras do processo adaptativo da criança.

A esse respeito, desde o Decreto-Lei nº 1.044, de 21 de outubro de 1969 (Brasil, 2002), a educação escolar hospitalar ou Classe Hospitalar tornou-se um direito da criança hospitalizada. Esta pode assim acompanhar seus estudos e não perder o ano letivo, conseguindo continuar o processo escolar (Fonseca, 2003). Assim, a Educação Especial em enfermarias pediátricas tem o objetivo de prevenir o fracasso escolar, bem como de atender às necessidades pedagógico-educacionais do desenvolvimento infantil (Fonseca, 2003; Sandroni, 2008). Além do aprendizado, a Classe Hospitalar contribui para a evolução do quadro clínico da criança, sendo uma das formas de humanização da hospitalização, tanto por acelerar a melhora do paciente quanto por contribuir para seu bem-estar (Almeida & Albinati, 2009; Sandroni, 2008).

Segundo Saldanha e Simões (2013), a Classe Hospitalar é uma modalidade de ensino “pouco explorada e apresenta muitas lacunas” (p.447) - apesar de o atendimento hospitalar existir desde 1950 -, de modo que existem poucas pesquisas na área, tanto de Saúde quanto de Educação. Os autores localizaram 101 artigos nacionais produzidos entre 1996-2010, dentre os quais analisaram 82 estudos sobre os temas: Concepções e significados (25,61%); Relação educação e saúde (15,85%);

Práticas pedagógicas e configuração didático-curricular (23,17%); Aspectos históricos, organizacionais e legais (13,42%) e Formação de professores (21,95%).

Considerando que ainda são escassos os estudos acerca da Classe Hospitalar, torna-se relevante investigar as estratégias de enfrentamento utilizadas por crianças com câncer que frequentam a Classe Hospitalar, explorando a importância por elas atribuída 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. De modo específico, buscou descrever problemas de comportamento e competência social em crianças com câncer, bem como verificar a importância dada por elas à Classe Hospitalar.

## Método

### Participantes

Participaram do estudo 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). A inclusão dos participantes nesta amostra de conveniência seguiu os seguintes critérios: a) estar internada no hospital por 7 dias no mínimo, tempo de exposição ao ambiente hospitalar que pode levar ao desenvolvimento de problemas psicológicos ou de comportamento, segundo Dias, M. N. Baptista e Baptista (2003); b) ter entre 6 e 12 anos de idade, considerando que, aos 6 anos, a criança já possui habilidades que possibilitam responder ao instrumento da pesquisa; c) estar diagnosticada e em tratamento de câncer, para compor uma amostra homogênea e com o mesmo diagnóstico; d) estar inscrita e frequentar a Classe Hospitalar, diferenciando-se aqui de estudos anteriores que utilizaram os mesmos instrumentos de coleta de dados (Carnier, 2010; Moraes & Enumo, 2008; Motta & Enumo, 2010).

A partir da consulta às fichas de dados sociais e de 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 e 2 (11,1%) com leucemia mieloide aguda. As outras 8 crianças (44,5%) apresentaram tipos de cânceres diversos: linfoma de Burkitt (6), câncer nos rins (nefroblastoma no rim esquerdo e carcinoma renal) (2), tumores nas partes moles (sarcoma de *Ewing* e osteossarcoma) (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.

### A classe hospitalar

A Classe Hospitalar do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG), chamada de "Canto do Encanto", localizada em Vitória (ES), atende crianças e adolescentes com doenças não infecto-contagiosas, 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 Classe Hospitalar 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 Classe Hospitalar, pois muitas crianças impossibilitadas de se deslocar recebem atendimento escolar na enfermaria, em seus respectivos leitos (Associação Capixaba contra o Câncer Infantil [ACACCI], 2009).

O funcionamento da Classe Hospitalar é de segundas às sextas-feiras. Os atendimentos são realizados no turno matutino (7-11 horas) e vespertino (13-17 horas), 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 ser atendidas crianças internadas em outras enfermarias. No período da tarde, a Classe Hospitalar atende prioritariamente as crianças internadas na Enfermaria de Oncologia. A frequência da criança às atividades da classe depende do tempo de permanência no hospital: as crianças internadas têm atividades diárias, enquanto aquelas em tratamento ambulatorial participam das atividades apenas nos dias do atendimento médico (ACACCI, 2009; Motta, 2007).

A Classe Hospitalar 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 do ano letivo. Assim, a criança internada e inscrita na classe tem direito ao aproveitamento de seus estudos após a alta, mediante comprovação de frequência e avaliações da Classe Hospitalar, uma vez que cada uma delas está inscrita na Secretaria de Estado da Educação (SEDU) como aluno da Classe Hospitalar. Os trabalhos são realizados por uma equipe de 10 professores (cinco em cada período) vinculados à SEDU e uma funcionária da Secretaria de Estado da Saúde, que atua como coordenadora da classe, além de familiares das crianças, voluntários da ACACCI e funcionários do HINSG (ACACCI, 2009).

## Instrumentos

Foram utilizados na coleta de dados os seguintes instrumentos:

1) Roteiro para coleta de informações sociodemográficas dos participantes, com dados sobre

sexo, idade, escolaridade, religião e moradia, bem como estado civil, escolaridade e profissão dos pais;

2) Protocolo de consulta aos dados médicos dos participantes, com dados do prontuário da enfermaria 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* (CBCL) (6-18 anos) - Lista de Verificação Comportamental para crianças/adolescentes de 6 a 18 anos (Achenbach & Rescorla, 2001; Rocha & Silveiras, 2006). Trata-se de uma 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 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV, Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais).

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 (Rocha, 2012). Neste estudo, as crianças referidas como limítrofes 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 (AEHcomp) (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 da cenas. O AEH, em versão impressa e informatizada, tem sido utilizado em pesquisas da área (Carnier, 2010; Garioli, 2011; Moraes & Enumo, 2008; Motta, 2007; Motta & Enumo, 2004; 2010).

## Procedimentos

Os instrumentos foram aplicados nas enfermarias de Oncologia Geral e Onco-Hematologia, com duração média de 30 minutos para o AEHcomp, 50 minutos para o CBCL (6-18 anos), 20 minutos para a entrevista e 40 minutos para o questionário com os pais. No início da aplicação do AEHcomp, a criança era questionada sobre o que 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), correspondentes às 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.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (Protocolo nº 217/09) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HINSG (Protocolo nº 61/2009). Dessa maneira, a

pesquisa cumpre os procedimentos internos das duas instituições, bem como as exigências das Resoluções nº 196, de 10/10/1996 (Brasil, 1996); nº 251, de 07/08/1997 (Brasil, 1997); e nº 292, de 08/07/1999 (Brasil, 1999), que regulamentam pesquisas com seres humanos.

Os instrumentos Roteiro Para Coleta de Informações Sociodemográficas dos participantes e Protocolo de consulta aos dados médicos dos participantes foram descritos de forma qualitativa para caracterização dos participantes. O AEHcomp foi respondido pela criança de forma que a cada item marcado fosse atribuído um valor, de acordo com as normas estabelecidas pelo instrumento. Assim, foi possível fazer uma pontuação para cada um dos 20 comportamentos nas cenas apresentadas, bem como 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, de acordo com as categorias propostas por Skinner e Zimmer-Gembeck (2007). No CBCL (6-18 anos), a cada um dos 138 itens foi atribuído um valor de 0 a 2 e convertido em escores T. Os dados foram divididos em escalas, e as crianças classificadas em *clínicas* e *não clínicas*, de acordo com as normas estabelecidas pelo instrumento. Os dados foram processados pelo *software Assessment Data Manager*, que roda os dados do questionário do *Achenbach System of Empirically Based Assessment*. 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 Classe Hospitalar para a criança hospitalizada, utilizou-se a análise de conteúdo.

## Resultados

### Comportamentos e estratégias de enfrentamento da hospitalização das crianças

No Instrumento Informatizado de Avaliação do Enfrentamento da Hospitalização, 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).

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

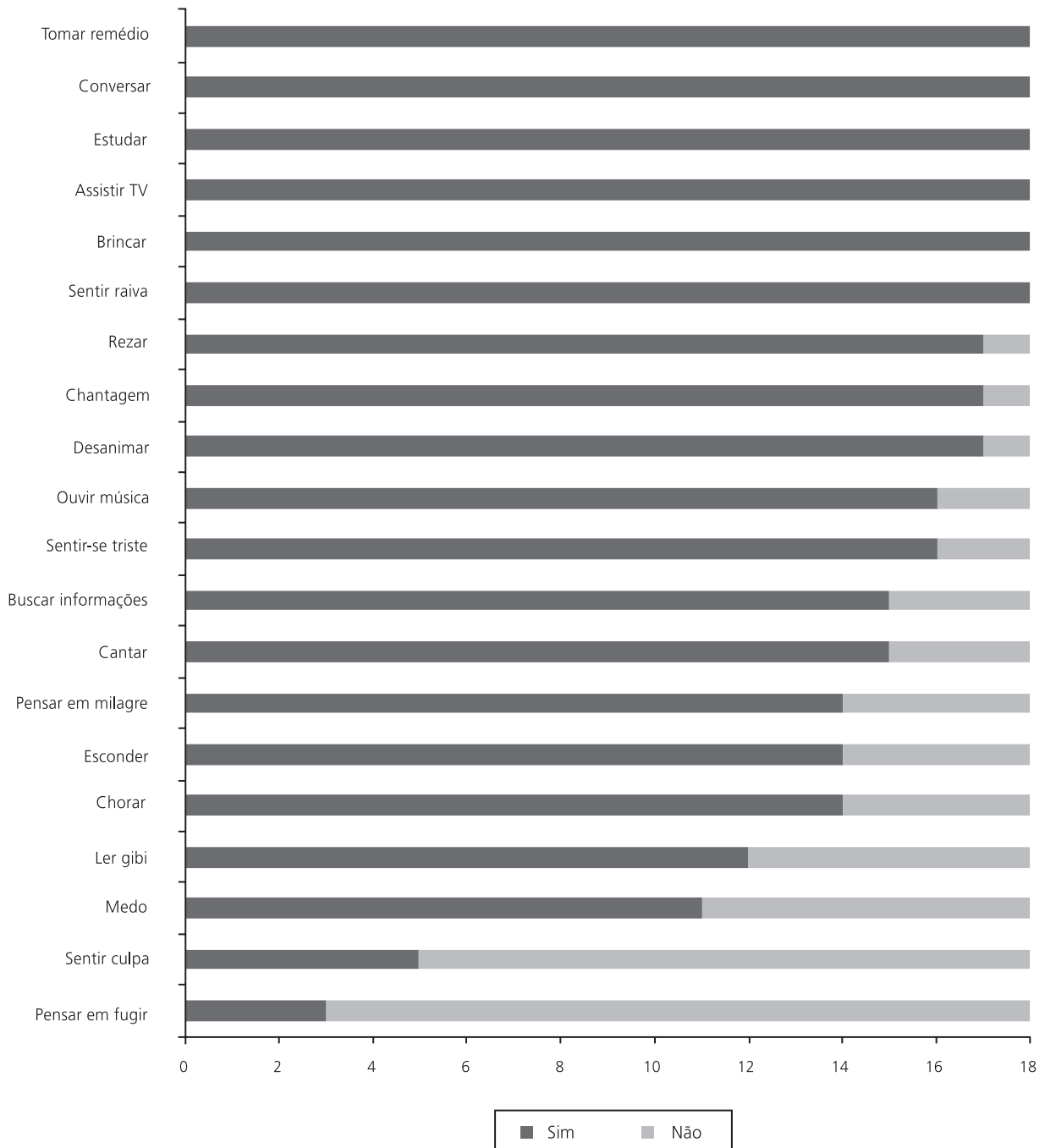


Figura 1. Frequência de escolha das cenas do Instrumento Informatizado de Avaliação do Enfrentamento da Hospitalização, apresentadas por crianças hospitalizadas classificadas em facilitadoras e não facilitadoras.

ser classificadas. Estas 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. Pra 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 tô aqui (C13, 6 anos, cena Chorar).*

A família de *coping* menos identificada foi o desamparo (2), com relatos como: *“Às vezes, eu desanimo, porque aqui não tem quase nada pra gente brincar; não dá pra 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? pra mim não ficar doente. Mas, eu vou chorar pra quê? Se eu tenho que esperar pra 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).

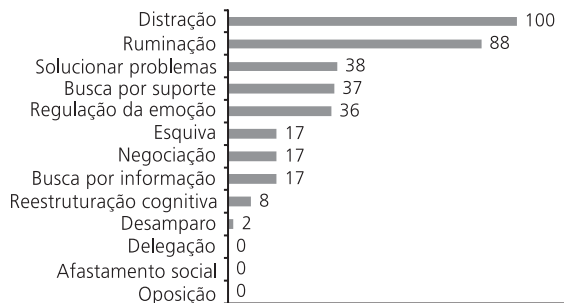


Figura 2. Frequência dos tipos de estratégias de enfrentamento apresentadas por crianças hospitalizadas.

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

Considerando que um dos objetivos deste 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, com predomínio da distração ( $n = 12$ ), quando a criança justifica o comportamento de estudar pela funcionalidade de ajudar a passar o tempo e/ou se divertir: *“Serve para passar o tempo” (C6, 9 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, 9 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, 8 anos). Estudar também mostrou ser uma possibilidade de se esquivar do estressor: "A gente esquece de tudo que é ruim nesse lugar aqui!" (C9, 9 anos).

De modo mais específico, a análise de conteúdo das respostas das crianças ao inquérito sobre a importância da Classe Hospitalar, 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 essa questão. A maioria das crianças ressaltou a importância da Classe Hospitalar 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 não 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.

## 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 em grupo. Na Escala de Problemas, 13 (72,2%) eram referentes a proble-

Tabela 1

Frequência e porcentagem de crianças hospitalizadas referidas como *clínicas*, nas escalas de problemas de comportamento do Child Behavior Checklist (6-18 anos)

Variáveis	Clínica N	% (n=18)	Média do T Score
<i>Escala de Problemas</i>			
Total de problemas	17	94,4	66,6 (±3,9)
Internalizante	13	72,2	68,1 (±2,6)
Externalizante	6	33,3	65,7 (±3,1)
<i>Síndromes comportamentais</i>			
Ansiedade/depressão	3	16,7	67,7 (±1,5)
Retraimento	9	50,0	68,3 (±3,7)
Queixas somáticas	12	66,7	69,3 (±3,9)
Problemas Sociais	7	38,9	70,0 (±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	70,0 (±1,9)
Comportamento Agressivo	3	16,7	67,0 (±1,7)
<i>Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais</i>			
Problemas afetivos	9	50,0	70,2 (±2,5)
Problemas de ansiedade	9	50,0	66,4 (±2,2)
Problemas somáticos	15	83,3	70,3 (±5,6)
Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade	5	27,8	69,6 (±3,9)
Problemas de oposição e desafio	0	-	-
Comportamento agressivo	8	44,4	67,9 (±1,6)
<i>Competências</i>			
Atividade	4	22,2	34,3 (±1,5)
Social	0	-	-
Escalor	4	-	-
Total		22,2	38,0 (±1,4)

mas 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.

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).

## Discussão

Levantou-se a hipótese de que o fato de as crianças frequentarem a Classe Hospitalar pudesse favorecer uma avaliação mais favorável da situação, o que as aproximaria 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, devido ao soro e me-

dicações. 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 da distância de parentes e amigos.

Esses resultados corroboram 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 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, 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. Já as crianças mais velhas apresentaram como principais estratégias de enfrentamento a solução de problemas, a busca de suporte e a regulação da emoção, o que pode ser entendido como maior maturidade cognitiva para justificar suas escolhas nos comportamentos e estratégias frente à hospitalização. Esses resultados apoiam os dados de Moraes e Enumo (2008), que também encontraram a ruminação e a 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, essa 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 Instrumento Informatizado de Avaliação do Enfrentamento da Hospitalização, 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 Classe Hospitalar, 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 considera a frequência desses comportamentos em estudos anteriores. Os estudos da área (Almeida & Albinati, 2009; Sandroni, 2008) têm mostrado que a Classe Hospitalar favorece uma melhora mais rápida no quadro clínico do paciente, o que se pode 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 à presença e ao funcionamento da Classe Hospitalar, 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 - o que está em consonância com a proposta da Classe Hospitalar como política pública (Zombini, Bogus, Pereira, & Pelicioni, 2012). Além disso, o comportamento de estudar esteve associado não somente à estratégia de distração, mas também às de regulação emocional, solução do problema, reestruturação cognitiva e esquiva do estressor. Esse fato mostra que a Classe Hospitalar - como espaço 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 crian-

ças com doenças crônicas (Robinson, Gerhardt, & Vannata, 2007). De outro lado, as crianças desta amostra, assistidas na Classe Hospitalar, apresentaram competências social e escolar preservadas. Nesse 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 esse ambiente (Costa Jr., 2005; Castro, 2007). Os dados obtidos neste estudo com o AEHcomp, comparados a outras pesquisas com crianças hospitalizadas que não frequentavam a Classe Hospitalar (Carnier, 2010; Garioli, 2011; Moraes & Enumo, 2008; Motta & Enumo, 2010) mostram 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 Classe Hospitalar proporciona o uso de recursos internos e externos capazes de favorecer o processo de enfrentamento da hospitalização.

Outros estudos comparativos entre grupos de crianças da mesma instituição, incluídas ou não em Classe Hospitalar, poderiam fornecer dados para compreender melhor os efeitos da inclusão em Classe Hospitalar nas estratégias de enfrentamento da hospitalização. Da mesma forma, outras pesquisas com Classe Hospitalar, por serem escassas na área da saúde em geral, especialmente na Psicologia, poderiam analisar outros aspectos, como a interação professor/aluno e aluno/aluno, o sistema de ensino-aprendizagem nesse contexto, e a avaliação da Classe Hospitalar pelos profissionais de saúde, pelos pais e pelas próprias crianças.

Em suma, este estudo trouxe a discussão da Classe Hospitalar sob a visão da Psicologia e revelou a importância atribuída pelas crianças a estarem incluídas no contexto escolar, o que faz parte da política pública de Educação Especial. Assim, pretendeu-se contribuir com os profissionais que lidam com essas crianças, na área da saúde ou educação, fornecendo-lhes informações relevantes para a construção de sua prática profissional.

## Referências

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont.
- 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), 81-141.
- Associação Capixaba contra o Câncer Infantil. (2009). *ACACCI 21 anos: a construção de um sonho coletivo*. Vitória: Espaço livros.
- Brasil. Ministério da Saúde. (1996). Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, vol. 134, nº 201, out. 1996, Seção 1, p. 21082-21085.
- Brasil. Ministério da Saúde. (1997). Resolução nº 251, de 7 de agosto de 1997. Aprova as normas de pesquisa envolvendo seres humanos para a área temática de pesquisa com novos fármacos, medicamentos, vacinas e testes diagnósticos. *Diário Oficial da União*, nº 183, set. 1997, Seção 1, p. 34.
- Brasil. Ministério da Saúde. (1999). Resolução nº 292, de 8 de julho de 1999. Norma complementar à Resolução CNS nº 196/96, referente à área específica sobre pesquisas em seres humanos, coordenadas do exterior ou com participação estrangeira e as que envolvam remessa de material biológico para o exterior. *Diário Oficial da União*, nº 177, set. 1999, Seção 1, p. 33.
- Brasil. Ministério da Educação. (2002). *Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações*. Brasília: MEC.
- 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). Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Bauru.
- Castro, E. K. (2007). Psicologia pediátrica: a atenção à criança e ao adolescente com problemas de saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 27(3), 396-405.
- 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. In 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.
- Garioli, D. S. (2011). *O impacto da dor no desenvolvimento das funções executivas e sua relação com as estratégias de enfrentamento em crianças com anemia falciforme* (Dissertação de mestrado não-publicada). Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória.
- Moraes, E. O., & Enumo, S. R. F. (2008). Estratégias de enfrentamento da hospitalização em crianças avaliadas por instrumento informatizado. *Psico-USF*, 13(2), 221-231.
- Motta, A. B. (2007). *Brincando no hospital: uma proposta de intervenção psicológica para crianças hospitalizadas com câncer* (Tese de doutorado não-publicada). Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória.
- Motta, A. B., & Enumo, S. R. F. (2004). Câncer infantil: uma proposta de avaliação das estratégias de enfrentamento da hospitalização. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 21(3), 193-202. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2004000300004>
- 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. (2012). *Evidências de validade do "Inventário de Autoavaliação para Adolescentes" (YSR/2001) para a população brasileira* (Tese de doutorado não-publicada). Universidade de São Paulo.
- 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: Alínea.
- Saldanha, G. M. M., & Simões, R. R. (2013). Educação escolar hospitalar: o que mostram as pesquisas? *Revista Brasileira de Educação Especial*, 19(3), 447-464.

- Sandroni, G. A. (2008). Classe hospitalar: um recurso a mais para a inclusão educacional de crianças e jovens. *Cadernos da Pedagogia*, 2(3). Recuperado em julho 10, 2010, de <http://www.cadernosdapedagogia.ufscar.br>
- 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.
- 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, DC: 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.
- Zombini, E. V., Bogus, C. M., Pereira, I. M. T. B., & Pelicioni, M. C. F. (2012). Classe hospitalar: a articulação da saúde e educação como expressão da política de humanização do SUS. *Trabalho, Educação e Saúde*, 10(1), 71-86.

Recebido: março 11, 2013  
Versão final: dezembro 11, 2013  
Aprovado: janeiro 30, 2014

