

**BRINCAR NO HOSPITAL:
CÂNCER INFANTIL E AVALIAÇÃO DO
ENFRENTAMENTO DA HOSPITALIZAÇÃO**

Alessandra Brunoro Motta* & Sônia Regina Fiorim Enumo

Programa de Pós-Graduação em Psicologia: Universidade Federal do Espírito Santo – Brasil

RESUMO: A hospitalização pode trazer prejuízos ao desenvolvimento da criança com câncer. Para lidar com essa situação, o brincar tem funcionado como estratégia de enfrentamento. Analisando a importância do brincar no hospital, esta pesquisa avaliou as estratégias de enfrentamento da hospitalização, a partir de relatos de 28 crianças, meninas e meninos (6 a 12 anos), inscritas no Serviço de Oncologia de um hospital público de Vitória, ES, Brasil. Propôs-se um instrumento de avaliação do enfrentamento da hospitalização: AEH (Avaliação das Estratégias de Enfrentamento da Hospitalização), com 41 pranchas ilustradas, divididas nos Conjuntos: A – Enfrentamento da Hospitalização e B – Brincar no Hospital. Os resultados indicaram respostas de enfrentamento mais positivas (brincar, ler gibi, conversar, rezar) do que negativas (esconder-se, sentir culpa, chantagear). Brincar correspondeu a 78,6% das respostas relacionadas ao que a criança hospitalizada gostaria de fazer, justificado pela função lúdica. O instrumento mostrou-se adequado à compreensão e atendimento psicológico da hospitalização.

Palavras chave: Câncer infantil, Estratégias de enfrentamento da hospitalização e brincar no hospital.

**PLAYING AT THE HOSPITAL:
CHILD CANCER AND ASSESSMENT INSTRUMENT OF
COPING WITH HOSPITALIZATION**

ABSTRACT: Hospitalization may harm the development of the child with cancer. In order to deal with this situation, playing has worked as a coping strategy. Analyzing the importance of playing in the hospital, this research has evaluated the coping strategies in hospitalization based upon 28 children who testified. These children ranged from 6 to 12 years old and they were signed up at the Oncology Ward of a public hospital in Vitória, ES. An instrument of assessment of coping with hospitalization was proposed: Assessment Instrument of Coping with Hospitalization, with 41 illustrative sketch boards split in sets: A – Coping with Hospitalization and B – Playing in the Hospital. The results indicated coping responses which were a lot more positive (playing, reading comics, praying) than negative ones (hiding, feeling guilty, emotional blackmailing). Playing was 78,6% of the answers related to what the hospitalized child would like to do, justified by its role as a learning tool. The instrument proved to be appropriate to the comprehension and psychological care during hospitalization.

Key words: Child cancer; Coping strategies in hospitalization and playing at the hospital.

* Contactar para E-mail: abmotta.vix@zaz.com.br

Os dados epidemiológicos sobre o câncer na infância têm mostrado que o avanço científico na área de oncologia infantil levou a um aumento considerável das chances de cura, observando-se no Brasil um índice de 70% de remissão da doença, quando o diagnóstico é precoce e o tratamento, especializado (Brasil/INCA, 2000). Ao incitar uma nova perspectiva para o tratamento e prognóstico do câncer na infância, esse avanço trouxe também a necessidade de um cuidado com o paciente e sua doença em termos da manutenção de sua qualidade de vida e bem-estar emocional. Nesse sentido, não seria suficiente somente prolongar a vida de crianças com câncer, era preciso cuidar também de suas possíveis dificuldades emocionais e de socialização (Barbosa, Fernandes, & Serafim, 1991).

A possibilidade de cura não ameniza a necessidade de que a criança seja submetida a procedimentos médico-hospitalares invasivos e dolorosos, como é o caso da quimioterapia, um dos recursos freqüentemente utilizados contra o câncer na infância, na medida em que é o mais eficaz para a leucemia, tipo de câncer mais comum na infância (Brasil/INCA, 2000). No caso da quimioterapia, efeitos colaterais como o mal-estar geral, febre, vômitos, diarreia, úlceras na boca, queda do cabelo, imunodepressão, entre outros, sugerem que a mesma constitui-se, de fato, uma segunda doença para a criança e sua família (Valle, 1997).

Tais condições impostas pelo tratamento do câncer demandam um tempo considerável de hospitalização, quer seja para que o tratamento seja realizado, quanto para que os cuidados necessários, quando surge uma intercorrência, sejam tomados.

No que se refere à hospitalização, Mendéz, Ortigosa, e Pedroche (1996) classificam-na a partir de aspectos como: ambiente físico incomum, rotina hospitalar, ruptura das atividades cotidianas, ausência dos familiares, parentes e amigos, procedimentos médico invasivos, entre outros. Estes, por sua vez, podem ser potencializados pela gravidade da doença e agressividade do tratamento, como é o caso do câncer, podendo desencadear na criança reações de *stress*, como o retraimento, a apatia, o choro, a irritabilidade, entre outras (Lipp, 1991).

Pode-se concluir que o tratamento do câncer, tendo como uma de suas necessidades a hospitalização freqüente e prolongada, caracteriza-se como um período de enorme *stress* físico e emocional, tanto para a criança quanto para os seus familiares. Nesse sentido, a criança precisa se adaptar a essa nova situação, sendo necessária a utilização de estratégias para enfrentar tais circunstâncias adversas.

Ao se falar de estratégias de enfrentamento, é válido ressaltar que o emprego do termo, nesta pesquisa, considera todas as formas, adequadas ou não, de se lidar com problemas, a exemplo do seu correspondente em inglês – *coping*.

Em revisão sobre o conceito e a metodologia de *coping*, Cerqueira (2000)

afirma que o estudo do *coping* constitui-se uma área problemática, especialmente pela falta de clareza conceitual e por questões metodológicas presentes nos estudos que visam medi-lo.

Analisando as pesquisas sobre *coping* em crianças, Antoniazzi, Dell'Aglio, e Bandeira (1998) alertam para o pequeno número de pesquisadores que se dedicam a essa área, indicando a necessidade de elaboração e adequação de instrumentos dirigidos a crianças e adolescentes em condição de *stress*.

No que se refere aos aspectos estressores da hospitalização, verifica-se que, no câncer infantil, são os procedimentos médicos invasivos aqueles que mais têm sido abordados nos estudos da área, tanto em nível nacional (Bertazzi & Pandini, 1992; Costa Jr., 1999, entre outros) quanto internacional (Van Dongen-Melman & Saders-Woudstra, 1986; Manne, Bakeman, Jacobsen, & Redd, 1993; Chen, Zeltzer, Craske, & Katz, 2000; entre outros).

Entre as possíveis estratégias utilizadas por crianças para enfrentar condições estressantes como a hospitalização e, conseqüentemente, os procedimentos médicos invasivos, encontra-se o brincar, recurso utilizado pela criança e pelos profissionais no contexto hospitalar.

A inserção do brincar no hospital motivou estudos sobre a sua importância no processo de humanização hospitalar. Assim, é possível indicar sua aplicação terapêutica ao proporcionar às crianças atividades estimulantes e divertidas, que trazem calma e segurança (Lindquist, 1993) ou destacar sua utilização específica por meio do palhaço, com a função de alegrar o ambiente, amenizar as sensações desagradáveis da hospitalização, humanizando o contexto hospitalar, como mostraram Masetti (1997), com os “Doutores da Alegria” e Françani, Zilioli, Silva, Sant’ana, e Lima (1998), com os palhaços da “Companhia do Riso”.

Em outros tipos de intervenção psicológica que utilizam estratégias para a redução do *stress* induzido pela hospitalização, é possível identificar componentes lúdicos, como estímulos para uma adaptação positiva. Nesse caso, conta-se com o “ensaio comportamental”: oferta de materiais hospitalares de brinquedo para que a criança possa, ao manipular o brinquedo, expressar seus temores e ansiedades frente aos instrumentos que serão utilizados com ela ou as “técnicas de imaginação/distração”: quando a criança é solicitada a imaginar e fantasiar uma história com um herói que ela admire, para que este possa ajudá-la a enfrentar com segurança a ansiedade provocada pela situação de hospitalização (Mendéz, Ortigosa, & Pedroche, 1996).

Diante desses dados sobre os aspectos positivos trazidos pelo brincar em situação de hospitalização, é possível pensar sobre a possibilidade do brincar se constituir em uma estratégia adequada para o enfrentamento da hospitalização. Assim, esta pesquisa teve dois objetivos gerais: (a) identificar e avaliar, a partir do relato da própria criança, as estratégias por elas utilizadas para enfrentar a hospitalização, procurando analisar a importância dada ao brincar pela criança, como estratégia de enfrentamento; e (b) elaborar uma proposta para avaliar as

estratégias de enfrentamento da hospitalização em crianças com câncer, enfatizando algumas atividades lúdicas (brincar) possíveis na situação hospitalar.

MÉTODO

Participantes

Participaram desta pesquisa 28 crianças (19 meninos e 9 meninas), com idade entre 6 e 12 anos (média de 9 anos), em tratamento no Serviço de Onco-Hematologia de um hospital infantil público, em Vitória/ES, Brasil.

A escolaridade variou da pré-escola até a 6ª série do Ensino Fundamental, com uma concentração maior de crianças na 2ª série (32,1%).

Sobre a condição clínica das crianças, 71,4% eram portadoras de leucemia, 64,3% encontravam-se na fase de manutenção do tratamento, verificando-se que 85,7% não haviam apresentado recidivas da doença.

Material

Para a coleta de dados, foram utilizados como instrumentos: (a) um roteiro para registro de dados obtidos em prontuários médicos e fichas de dados sociais; (b) um roteiro de entrevista sobre o Serviço de Oncologia e (c) um instrumento especialmente elaborado para a avaliação das estratégias de enfrentamento da hospitalização.

Procedimento

A pesquisa foi executada em quatro etapas:

- 1ª etapa: identificação dos sujeitos a partir do cadastro de pacientes;
- 2ª etapa: coleta de informações gerais para a caracterização dos sujeitos a partir de prontuários médicos e de fichas sociais e do Serviço de Oncologia, por meio de entrevista com uma assistente social;
- 3ª etapa: elaboração do instrumento de avaliação das estratégias de enfrentamento, descrito a seguir.

O instrumento proposto recebeu o nome de AEH – Instrumento de Avaliação das Estratégias de Enfrentamento da Hospitalização – e teve como base para a sua elaboração outros instrumentos disponíveis sobre *stress*, ansiedade infantil e qualidade de vida: a Escala de Stress Infantil – ESI – (Lipp & Luccarelli, 1998), o Inventário de Ansiedade Traço-Estado – IDATE-C

(Spielberg, 1983), o *Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé* – AUQEI, de Manificat e Dazord (Assumpção, Kuczynski, Sprovieri, & Aranha, 2000), a adaptação do Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus feita por Savóia, Santana, e Meijas (1996) e a Escala de Avaliação do Comportamento da Criança, proposto por Löhr e Silveiras em 1998 (Löhr, 1998).

Para uma maior adequação do instrumento aos sujeitos, foram feitas observações prévias, informais, do cotidiano da criança no ambulatório e na enfermaria do hospital, quando registrou-se comportamentos indicativos de formas de enfrentar aquela situação (brincar, chorar, dormir, ler, entre outros).

Em termos metodológicos, o instrumento elaborado baseou-se nos dados de Fávero e Salim (1995) a respeito do uso do desenho como instrumento de coleta de dados, em sua pesquisa sobre conceitos de saúde, doença e morte. Analisando os desenhos de crianças entre 6 e 15 anos, Fávero e Salim (1995) levaram em conta aspectos como a cor, a característica do traço utilizado, o tamanho, a postura, a presença ou não de elementos componentes, entre outros. Com base nesses trabalhos, foi proposto o AEH, que é composto por:

- a) um roteiro de entrevista com 05 perguntas a serem feitas para a criança sobre: (a) suas estratégias de enfrentamento da hospitalização (pensamentos, sentimentos e atitudes), (b) o que gostaria de fazer no hospital e (c) o brincar (definição e preferência do quê e com quem brincar no hospital);
- b) um caderno de desenho espiral com 21 cenas desenhadas em preto-e-branco sobre temas que retratam possíveis estratégias de enfrentamento da hospitalização – Conjunto de Pranchas A – Enfrentamento da Hospitalização. Este Conjunto A contém cenas que representam comportamentos classificados previamente como *positivos* (brincar, assistir TV, cantar e dançar, rezar, estudar, conversar, ouvir música, ler gibi, tomar remédio e buscar informações) e *negativos* (chorar, brigar, esconder, ficar triste, desanimar, fazer chantagem, pensar em fugir, sentir culpa, sentir medo, pensar em milagre e dormir);
- c) um caderno de desenho espiral com 24 tipos de brincadeiras desenhadas em preto-e-branco – Conjunto de Pranchas B – Brincar no Hospital. Este Conjunto B permitiu investigar, de modo mais específico, a importância atribuída ao brincar pela criança no seu processo de enfrentamento da hospitalização. Foi utilizada a classificação por família de brinquedos, proposta pelo Sistema Esar¹, que permite diferenciar as expressões lúdicas, categorizando os brinquedos em: jogos de exercício (E), simbólico (S), de acoplagem (A) e de regras simples e complexas (R) (Garon, 1996). Com o objetivo de ampliar as

¹ Esar: Sistema de classificação de jogos e brinquedos, criado por Denise Garon, psicopedagoga pré-escolar, analista de jogos e brinquedos, e professora do Collège Professionel de Saint-Foy, Quebec, Canadá (Garon, 1996).

possibilidades de escolha das atividades lúdicas, foi acrescentada uma categoria com brincadeiras que abrangiam atividades recreativas diversas (AD), como: assistir televisão, ler gibi, cantar e dançar, ouvir e contar, que não puderam ser classificadas pelo Sistema Esar. Assim, o Conjunto B – Brincar no Hospital contemplava os seguintes tipos de brincadeiras: *jogos de exercício* (jogar bola e tocar instrumentos); *jogos simbólicos* (fantoques, palhaço, desenhar e médico); *jogos de acoplagem* (montagem, modelagem, recorte/colagem e quebra-cabeça); *jogos de regras* (baralho, minigame, dominó, bingo e dama) e *atividades recreativas diversas* (assistir TV, ler gibi, ouvir histórias, vários brinquedos e cantar e dançar) e; folhas de registro das respostas.

- 4ª etapa: aplicação das provas para a investigação das estratégias de enfrentamento da hospitalização da criança com câncer. Para o registro das respostas das crianças no Conjuntos A – Enfrentamento da Hospitalização e no Conjunto B – Brincar no Hospital, foram oferecidos à criança cinco círculos de velcro, de tamanho e cores iguais, que deveriam ser fixados no círculo preso ao caderno de respostas. Dessa forma, a criança deveria fixar 01 (um) círculo, quando achasse que havia feito apenas *às vezes* o que estava na figura; 02 (dois) círculos, no caso de *quase sempre*; 03 (três) círculos, no caso de *sempre* e; nenhum, para o caso de *nunca* ter feito. Após a escolha de cada figura, a criança era questionada sobre o motivo de sua resposta.

RESULTADOS

Os resultados serão divididos em três grandes partes para a apresentação.

1ª parte – Resultados sobre a caracterização da Instituição

Sobre a participação do hospital no desenvolvimento de atividades recreativas no Serviço de Oncologia foi relatado que não existia qualquer projeto escrito ou uma proposta institucional com este fim. Existia, sim, uma sala de recreação cujos responsáveis não eram especializados. Contribuindo para um maior suporte psicossocial, as crianças e familiares contavam com o apoio da ACACCI, a qual fornece, entre outras coisas, voluntários capacitados e supervisionados para a recreação no hospital. Os pacientes internados na Enfermaria de Oncologia contavam com atividades recreativas diárias (desenho, pintura, jogos diversos, dramatização, contos de história e bingo), sob a responsabilidade de voluntários da ACACCI. No Ambulatório, não havia recreação diária, na medida em que, não existiam voluntários disponíveis.

2ª parte – Resultados referentes à elaboração do instrumento – AEH

Com o objetivo de verificar se os desenhos estavam coerentes com o que se desejava transmitir, foi realizada uma análise da adequação das pranchas, a partir da descrição da criança. Para tanto, foram criadas as seguintes categorias: (a) adequada sem ajuda (A): quando a criança descrevia e nomeava a prancha corretamente e sem a ajuda da pesquisadora; (b) adequada com ajuda (Aa): nesta categoria, considerou-se a resposta adequadamente dada pela criança com a ajuda da pesquisadora, que, neste caso, fazia perguntas, no sentido de direcionar e facilitar a compreensão da criança sobre o tema abordado pela prancha e (c) inadequada (I): incluíram-se aquelas respostas muito diferentes daquela esperada para a prancha.

De um modo geral, os resultados referentes à adequação das pranchas do Conjunto A – Enfrentamento da Hospitalização mostraram que 88,4% das descrições das pranchas, feitas pelas crianças, foram consideradas *adequadas*, indicando necessidade de revisão das pranchas A6 – Ficar triste e A16 – Sentir medo, uma vez que, as descrições recebidas não atingiram o percentual mínimo de 80% de adequação. As pranchas A5 – Esconder e A15 – Sentir culpa atingiram 80% de adequação após passarem por alterações em seu desenho; a partir da 11ª e 14ª criança entrevistadas, respectivamente.

O grupo de pranchas representativas de estratégias de enfrentamento positivas apresentou um percentual de adequação superior (94,6%) àquele observado no grupo de pranchas representativas de estratégias negativas (82,8%). De fato, as cenas das pranchas sobre estratégias positivas caracterizam-se por conteúdos mais simples de serem representados graficamente, porque referem-se mais a ações do que a sentimentos ou pensamentos. Além disso, pode-se pensar que perceber situações mais prazerosas pode ser mais fácil do que descrever situações de conflito ou desprazer.

No Conjunto B – Brincar no Hospital, 95,5% das descrições das pranchas, feitas pelas crianças, foram consideradas *adequadas*; somente as pranchas B10 – Ouvir música e B12 – Médico passaram por alterações, atingindo 100% de adequação.

O local de aplicação das entrevistas (ambulatório e enfermaria) e a presença ou ausência de acompanhante durante a aplicação não afetaram o tempo médio de duração das entrevistas, que foi de 49,75 minutos, de acordo com os testes de média: Teste Levene e Teste T.

3ª parte – Resultados referentes às respostas das crianças hospitalizadas com câncer às pranchas do AEH e ao Roteiro de Entrevista

Os resultados relativos às respostas das crianças nas pranchas do Conjunto A – Enfrentamento da Hospitalização indicam um percentual de 53,2% de respostas *sim* (às vezes, quase sempre e sempre) e 46,8% de respostas *não*. As pranchas que receberam o maior número de respostas *sim* foram, em sua maioria, aquelas

representativas de estratégias de enfrentamento positivas: brincar (A1 – 92,9%), assistir TV (A4 – 89,3%), rezar (A8 – 82,1%) e tomar remédio (A18 – 92,9%), como pode ser confirmado a partir do gráfico na Figura 1.

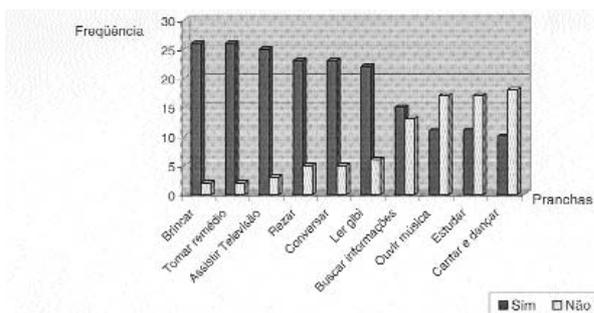


Figura 1. Frequência de respostas às pranchas do AEH relacionadas a estratégias positivas de enfrentamento da situação hospitalar, dadas por crianças com câncer

A prancha A20 – Dormir teve 85,7% de respostas *sim*, sendo a mais escolhida entre as pranchas relacionadas a estratégias negativas de enfrentamento. As pranchas que receberam o maior número de respostas *não* foram: brigar (A3 – 100%), esconder (A5 – 92,9%), pensar em fugir (A12 – 96,4%) e sentir culpa (A15 – 82,1%).

As pranchas A2 – Chorar, A6 – Ficar triste, A16 – Sentir medo, A9 – Desanimar, A19 – Pensar em milagre e A20 – Dormir, representativas de estratégias negativas de enfrentamento da hospitalização, receberam um número de respostas *sim* superior ao de respostas *não*, como pode ser visto no gráfico da Figura 2.

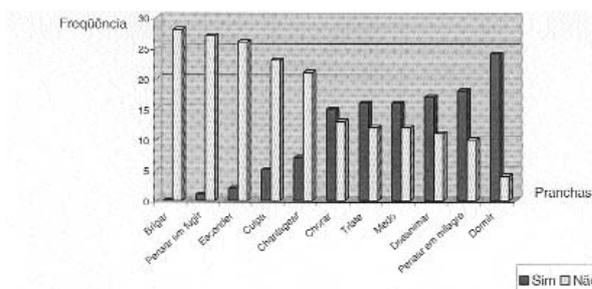


Figura 2. Frequência de respostas às pranchas do AEH relacionadas a estratégias negativas de enfrentamento da hospitalização, dadas por crianças com câncer

Para a análise das justificativas das respostas dadas pelas crianças nas pranchas, foi realizada uma categorização, cujo processo será descrito a seguir.

Em um primeiro momento, o conjunto de justificativas foi separado em duas categorias – (1) *respostas afirmativas*, composta por respostas *sim*, *às vezes*, *quase sempre* e *sempre* e (2) *respostas negativas*, constituída de respostas *não*, *às vezes* e *quase sempre*, dependendo da direção que a criança dava a sua resposta.

Em um segundo momento, utilizando-se o referencial da análise funcional do comportamento¹ (Skinner, 1953), considerou-se que cada comportamento avaliado poderia acontecer em função de situações antecedentes que o desencadeava e/ou em função das conseqüências que o mesmo poderia trazer para a criança, as quais poderiam justificar suas respostas afirmativas e negativas. Assim, a partir deste referencial, foram criadas as categorias descritas a seguir.

1) Categorias fundamentadas em eventos antecedentes à resposta analisada:

Categoria 1.1 Ambiente hospitalar – características do ambiente hospitalar justificavam tanto a ocorrência, quanto a não ocorrência do comportamento.

Categoria 1.2 Contexto da doença e do tratamento – acontecimentos característicos do contexto da doença e do tratamento justificavam tanto a ocorrência, quanto a não ocorrência da resposta.

Categoria 1.3 Característica da criança – características pessoais, crenças, valores e regras da criança justificam a ocorrência e a não ocorrência da resposta.

Categoria 1.4 Contexto familiar – quando atitudes dos familiares, experiências vividas em casa e restrições à convivência diária com parentes e amigos, ao brincar e a outros aspectos do seu cotidiano justificavam tanto a ocorrência, quanto a não ocorrência da resposta.

2) Categorias fundamentadas em eventos conseqüenciais à resposta analisada:

Categoria 2.1. Conseqüências positivas – quando a resposta acontecia em função de conseqüências avaliadas como positivas pela criança: sensações e sentimentos positivos, aprendizagem, controle da situação, diminuição e eliminação da aversividade da situação, conhecimento geral sobre a doença, passar de ano, ganhar o que quer, ter companhia e a atividade por si só.

¹ De um modo geral, a análise funcional é usada para compreender o comportamento de um indivíduo. Nesta perspectiva, existe um comportamento, considerado uma variável dependente, para o qual se investigam as causas. Estas, por sua vez, chamadas variáveis independentes, referem-se às condições externas das quais o comportamento é função (Skinner, 1953).

Categoria 2.2. Conseqüências negativas – quando a resposta acontecia em função de conseqüências avaliadas como negativas pela criança: sensações e sentimentos negativos, rejeição social, mal-estar físico, aumento da aversividade da situação, exposição aos outros e conseqüências negativas para si próprio e para os outros.

Os resultados indicaram que as escolhas ou não das pranchas relativas a estratégias de enfrentamento da hospitalização positivas decorreram tanto de eventos antecedentes, relacionados principalmente ao ambiente hospitalar, quanto de eventos conseqüentes relacionados às conseqüências positivas proporcionadas.

No que se refere às escolhas ou não das pranchas representativas de estratégias negativas de enfrentamento da hospitalização, viu-se que estas deveram-se tanto a eventos antecedentes relacionados principalmente ao *contexto da doença e do tratamento* quanto a eventos conseqüentes. Verificou-se que os procedimentos médicos invasivos, como punções, exame de sangue e injeções, foram freqüentemente indicados como geradores de estratégias de enfrentamento negativas, sendo comuns relatos como: “Só choro quando vai pegar minha veia. (Q) Porque tem vez que fica furando um montão de vez, aí, eu choro” (C24, F, 9 anos).

Foi realizada, também, uma análise fatorial que agrupou as pranchas do Conjunto A – Enfrentamento da Hospitalização em 8 fatores: Fator 1 – Atividades Cotidianas [A10- Estudar; A13 – Ouvir música e A20 – Dormir], Fator 2 – Distração x Tristeza e Esquiva [A5 – Esconder; A6 – Ficar triste e A17 – Ler gibi (sentido inverso)]; Fator 3 – Distração x Fuga [A4 – Assistir TV; A7 – Cantar e Dançar (sentido inverso) e A12 – pensar em fugir (sentido inverso)], Fator 4 – Autocontrole x Ansiedade [A1 – Brincar; A2 – Chorar (sentido inverso); A13 – Conversar e A16 – Sentir medo], Fator 5 – Pensamento Mágico-religioso x Abatimento [A8 – Rezar (sentido inverso) e A9 – Desanimar], Fator 6 – Adesão x Ganhos Secundários da Doença [A11 – Fazer chantagem (sentido inverso) e A18 – Tomar remédio], Fator 7 – Autopunição x Pensamento Mágico-religioso [A15 – Sentir culpa e A19 – Pensar em milagre] e Fator 8 – Suporte Social [A21 – Buscar informações]. Tal análise mostrou que havia alguma coerência psicológica para a escolha das crianças em cada uma das pranchas do Conjunto A – Enfrentamento da Hospitalização, indicando que as crianças demonstraram refletir sobre seus comportamentos e sentimentos.

Por meio do roteiro de entrevista, verificou-se que a atividade de brincar foi a mais citada (38,6% dos relatos). Esse dado é esperado, na medida em que a atividade lúdica faz parte da rotina desse hospital. Outro dado que destacou-se nas entrevistas está relacionado às respostas referentes à *rotina da hospitalização*, que caracterizaram 21% das respostas dadas pelas crianças, provavelmente justificados por se referir à atividades comuns no contexto hospitalar.

Quando questionadas sobre o que gostariam de fazer enquanto permanecem no hospital, novamente o brincar foi citado (78,6%).

Ao investigar como as crianças hospitalizadas deste estudo definiam o brincar, verificou-se que 67,8% das crianças definiram o brincar a partir de sua função lúdica, considerando suas conseqüências de divertimento, alegria e prazer: “(...) eu acho que brincar, assim, é uma coisa divertida. A gente brinca para se distrair, para se alegrar, quando está mais triste, mais para baixo. Eu acho que brincar é isso” (C4, F, 12 anos). Pareceu comum entre as crianças (25%) definir o brincar relatando as brincadeiras e brinquedos utilizados para brincar: “É brincar de várias coisas. Brincar de boneca, de casinha, de brincadeira, de pique e esconde; é brincar de estudar, ficar lendo” (C13, F, 12 anos).

A maioria das crianças relatou que gostaria de brincar com as próprias crianças que freqüentavam o hospital, justificando sua escolha pelo fato de “ser do mesmo tamanho”. Outra grande parte das crianças citaram os *profissionais* que trabalham no hospital, tanto formalmente (médico, enfermeira, assistente social e psicóloga) quanto informalmente (voluntários da recreação).

Com os dados obtidos a partir das entrevistas, foi possível caracterizar o brincar do ponto de vista das crianças hospitalizadas com câncer. Percebeu-se que o brincar faz parte dos comportamentos mais freqüentemente realizados pelas crianças no hospital. Além disso, brincar foi citado como atividade que gostariam de fazer e/ou continuar fazendo, porque trazia conseqüências positivas, relacionadas à função lúdica do brincar, o qual é fonte de divertimento, a alegria e a felicidade. Considerando que o brincar é típico da infância, ninguém melhor do que as próprias crianças para compartilharem entre si experiências lúdicas no hospital.

O conhecimento desses aspectos do brincar entre crianças hospitalizadas com câncer visou complementar os dados a serem obtidos a partir do Conjunto B – Brincar no hospital. Por meio da aplicação das pranchas deste Conjunto B, foi possível identificar os tipos de brincadeiras que as crianças mais gostariam de fazer no hospital.

O conjunto de justificativas do Conjunto B – Brincar no Hospital foi, inicialmente, classificado em: *respostas afirmativas* e *respostas negativas*.

Em um segundo momento, já diferenciado daquele descrito na categorização do Conjunto A – Enfrentamento da Hospitalização, percebeu-se que ocorreram respostas em que as crianças empenhavam-se em explicar, de maneira extensiva, sua escolha ou nomear claramente a razão pela qual gostaria de ter determinada atividade disponível no ambiente hospitalar. Elaborou-se, então, as categorias, descritas a seguir.

Categoria 1 – Respostas explicativas: quando a criança procurava se justificar por meio de exemplos ou experiências vividas com a brincadeira representada e a partir desta categoria, foram elaboradas algumas subcategorias: (a) Ambiente Hospitalar: criança relatava experiências vividas no hospital, seja para a escolha ou para recusa do brincar; ou citava o ambiente hospitalar como favorecedor tanto para a ocorrência quanto para a não ocorrência da atividade; (b) contexto da

brincadeira: características particulares ao contexto da brincadeira (brinquedos, ações, exemplos de brincadeiras); (c) contexto familiar: a criança recordava suas experiências com a brincadeira; (d) características da criança: características pessoais, crenças, valores e regras da criança; (e) aspectos afetivos e emocionais: a criança justificava a escolha ou a recusa da brincadeira, relatando sentimentos e sensações positivas e/ou negativas; e (f) conseqüências específicas: a criança relatava conseqüências positivas e/ou negativas específicas de determinada prancha para justificar seja a escolha ou a recusa.

Categoria 2 – Respostas não explicativas: caracterizadas por: é bom/é ruim; eu gosto/eu não gosto; é legal/é chato.

Analisando os resultados obtidos no Conjunto B – Brincar no Hospital, verificou-se que as brincadeiras propostas nas pranchas foram bastante escolhidas pelas crianças estudadas, destacando-se a freqüência de respostas *sempre*, que atingiu mais de 50% das escolhas. Quando se agruparam as respostas *às vezes*, *quase sempre* e *sempre*, constituindo um grupo de respostas *sim*, obteve-se 79,6% de respostas afirmativas às pranchas deste Conjunto B. No que diz respeito às respostas *não*, ou seja, à recusa da brincadeira, houve 20,4% das respostas.

Esses resultados parecem indicar que o brincar, de um modo geral, está presente nas pretensões da criança quando está hospitalizada. Ela quer brincar e parece não selecionar muito o tipo de brincadeira que gostaria de fazer. Isso pode acontecer seja por uma privação, em que o brincar é restrito por falta de condições financeiras para adquirir um brinquedo, seja pela privação comumente imposta no ambiente hospitalar em relação ao brincar. Então, quando é permitido escolher, mesmo que no papel, o que gostaria de brincar, parece que cuida-se para não desperdiçar possibilidades.

Os resultados observados indicaram, ainda, que as pranchas referentes às atividades de recortar e colar (prancha B22 – Recorte e Colagem) e ao cantar e dançar (prancha B23 – Cantar e Dançar), foram as únicas em que a resposta *não* se sobressaiu, mesmo que discretamente. Assistir TV (B1 – 92,8%) e jogar bingo (B19 – 92,8%) foram as brincadeiras mais escolhidas, atingindo mais de 90% das escolhas.

Analisando as escolhas das crianças por tipos de brincadeiras, verificou-se que, em relação aos jogos de exercício, tocar instrumentos (B13 – 85,7%) foi o mais escolhido, por ser divertido e facilitar a aprendizagem; as escolhas e rejeições para jogar bola não foram justificadas de modo detalhado; o que pode ser confirmado no gráfico da Figura 3.

Entre os jogos simbólicos, desenhar (B9 – 89,2%) e brincar com palhaço (B8 – 78,6%) foram as brincadeiras mais escolhidas. O contexto da brincadeira justificou as respostas afirmativas nas pranchas A8 – Palhaço, A9 – Desenhar, A12 – Médico e A16 – Fantoques. Provavelmente, os materiais (objetos coloridos e atraentes) e as possibilidades do que fazer com eles levaram as crianças a escolherem tais atividades no hospital (vide Figura 4).

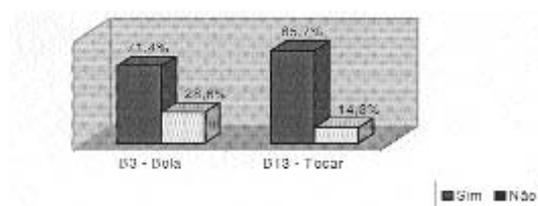


Figura 3. Respostas das crianças com câncer às pranchas do Conjunto B – Jogos de Exercício

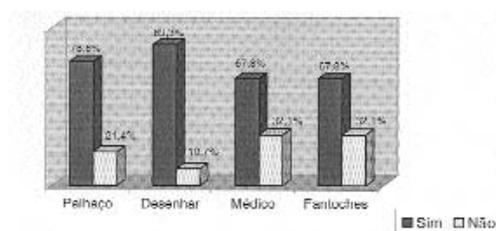


Figura 4. Respostas das crianças com câncer às pranchas do Conjunto B – Jogos Simbólicos

Quando analisados os jogos de acoplagem, verificou-se que, com exceção da prancha B22 – Recorte e colagem, as brincadeiras foram bem escolhidas: montagem (B4 – 89,2%), modelagem (B20 – 85,7%) e quebra-cabeça (B24 – 85,7%). As escolhas desses jogos foram justificadas pelo *contexto da brincadeira*, havendo, porém, a ocorrência de respostas *não explicativas* (vide Figura 5).

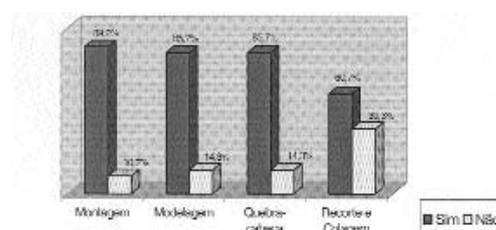


Figura 5. Respostas das crianças com câncer às pranchas do Conjunto B – Jogos de Acoplagem

Em relação aos jogos de regras, bingo (B19 – 92,9%) e minigame (B11 – 85,8%) foram as brincadeiras mais escolhidas, como pode ser verificado no gráfico da Figura 6.

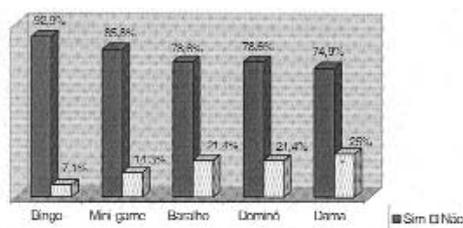


Figura 6. Respostas das crianças com câncer às pranchas do Conjunto B – Jogos de Regras

Com exceção da prancha A19 – Bingo, que teve a maior parte de suas escolhas justificada pela *conseqüência* de ganhar um prêmio, as outras pranchas tiveram suas escolhas justificadas principalmente pelo *contexto da brincadeira* e pelos *aspectos afetivos e emocionais* positivos que a acompanham. A característica típica desse tipo de jogo – a competição – esteve presente nos relatos, que enfatizaram seu aspecto positivo relacionado à emoção.

No que se refere às *atividades recreativas diversas*, assistir TV (B1 – 92,8%), ler gibi (B5 – 89,3%) e ouvir histórias (B10 – 89,3%) foram as brincadeiras mais escolhidas, como se verifica no gráfico da Figura 7.

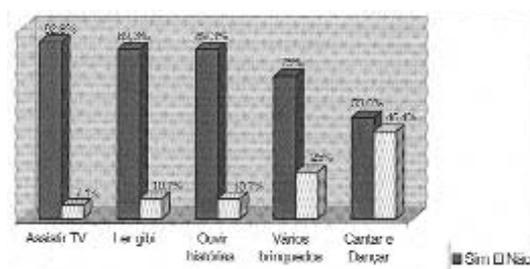


Figura 7. Respostas das crianças com câncer às pranchas do Conjunto B – Atividades Recreativas Diversas

O *contexto da brincadeira* mostrou-se relevante, principalmente para a escolhas das atividades de ouvir histórias (B10) e brincar com brinquedos variados (B17); *aspectos afetivos e emocionais* relacionaram-se à maior parte das respostas afirmativas na prancha B1 – *Assistir TV*; *conseqüências* positivas relacionadas à aprendizagem foram as justificativas mais relatadas pelas crianças na prancha B5 – *Ler gibi*, juntamente com seus *aspectos afetivos e emocionais*, e, por fim, cantar e dançar (B23) teve suas poucas respostas afirmativas sem justificativas detalhadas.

Procurando ressaltar uma possível aplicação clínica do instrumento proposto, na medida em que permite a elaboração de um parecer ou laudo

psicológico da criança hospitalizada, foi realizada uma análise individual de cada criança por meio de um relato de caso. A extensão da análise não permite descrevê-la neste artigo.

DISCUSSÃO

Esta pesquisa se propôs a estudar como crianças com câncer enfrentam a hospitalização, elaborando um instrumento para a avaliação de suas estratégias de enfrentamento, com ênfase nas possibilidades do brincar no contexto hospitalar. Procurou-se conhecer esse tema por meio do relato da própria criança, uma vez que há pesquisas mostrando divergências entre a auto-avaliação infantil e as percepções de familiares e da equipe médica que cuida da criança (Assumpção et al., 2000; Löhr, 1992).

Um fator merecedor de atenção na discussão dos resultados, refere-se à proposição de um material cuja função é avaliar as estratégias de enfrentamento a partir do que pode ser considerado como positivo e negativo; adequado e inadequado para a adaptação à situação de hospitalização. Nesse sentido, é pouco provável que as estratégias de enfrentamento propostas nesta pesquisa sejam adequadas para a medida e a avaliação de estratégias de enfrentamento em outros contextos. De outro lado, este cuidado atende às exigências para o avanço metodológico dessa área de estudo: considera-se que são mais úteis medidas de estratégias de enfrentamento voltadas para populações e contextos específicos do que a proposição de medidas mais gerais (Cerqueira, 2000).

Considerando a adequação da classificação prévia das pranchas em positivas e negativas, verificou-se que esta mostrou-se adequada na maioria das cenas. Em algumas pranchas, porém, tal classificação gerou controvérsias, como na prancha A20 – Dormir, que, tendo sido classificada como resposta indicativa de uma estratégia de enfrentamento negativa, por caracterizar-se como um afastamento da situação a ser enfrentada, mostrou um resultado diferente dentro do contexto de enfrentamento da hospitalização.

Para evitar tais controvérsias e levando-se em consideração as particularidades das crianças ao justificarem suas escolhas entre as pranchas, propõe-se como alteração, para a proposição final do instrumento, que as pranchas relativas às estratégias de enfrentamento sejam apresentadas às crianças (tanto em situação de pesquisa como na clínica hospitalar) sem uma classificação prévia em positivas e negativas, podendo a mesma ser feita após a obtenção dos relatos.

Ainda em termos metodológicos, pode-se considerar que a proposição de pranchas com desenhos ampliou as possibilidades de expressão dos sentimentos, comportamentos e pensamentos das crianças com câncer sobre a hospitalização. Essa ampliação pode ser constatada frente à diferença de

conteúdos obtidos por meio das questões abertas e das questões intermediadas pelas pranchas.

Em se tratando de um recurso para auxiliar a equipe de saúde mental, o material proposto pode subsidiar as técnicas de modificação de conduta a serem instauradas, no sentido de tornar mais positivas e adequadas as estratégias de enfrentamento utilizadas pelas crianças hospitalizadas. Assim, quando se identificam na criança respostas indicativas de estratégias negativas, como desânimo, medo, tristeza e choro frente à exposição a procedimentos médicos, podem ser incorporadas, ao tratamento psicológico da criança hospitalizada, técnicas que facilitam o enfrentamento adequado, como, por exemplo, o relaxamento e controle da respiração, a imaginação e a distração, o ensaio de conduta e o reforçamento positivo, entre outras, citadas no estudo sobre a preparação da hospitalização infantil de Méndez e colaboradores (1996).

Considerando a possível contribuição para as ações institucionais voltadas à promoção de uma qualidade de vida adequada no ambiente hospitalar, o material proposto pode indicar alguns caminhos: quando a criança relata não fazer uso de estratégias positivas, como, por exemplo, brincar, assistir TV, ouvir música, estudar, buscar informações, verifica-se, pelas suas justificativas, a necessidade de que o ambiente hospitalar forneça recursos materiais e humanos para que ela possa usar tais estratégias.

O material proposto não é apenas uma escala que mede valores numéricos do comportamento, uma vez que usa o inquérito para aprofundar as respostas. Este é um diferencial, juntamente com o estímulo do desenho para as perguntas a serem feitas para a criança, e também a forma de registro oferecida, que assemelha-se a um jogo. Este caráter lúdico do material mostrou ser capaz de envolver e motivar a participação da criança na entrevista.

A partir do material proposto, foi possível verificar que os procedimentos médicos invasivos estão presentes como potenciais estressores e são eles que desencadeiam, na maioria das crianças, respostas indicativas de estratégias de enfrentamento negativas, as quais, por sua vez, podem prejudicar a adaptação global da criança ao contexto hospitalar. Diante disso, discute-se a importância do investimento em técnicas que visem a alterar tais estratégias ou então a associá-las a outras mais positivas. Questiona-se por que as estratégias positivas utilizadas pelas crianças, como o brincar, não são também usadas para enfrentar o *stress* frente aos procedimentos invasivos.

Do ponto de vista da criança, o interesse e o uso da brincadeira devem-se principalmente ao efeito imediato que têm, ao se divertir e se entreter. E a criança faz uso dele quando e porque o hospital fornece recursos para tanto. Ao brincar no hospital, a criança altera o ambiente em que se encontra, aproximando-o de sua realidade cotidiana, o que pode ter um efeito bastante positivo em relação a sua hospitalização. Com isso, a própria atividade recreativa, livre e desinteressada, tem um efeito terapêutico, quando se

considera terapêutico tudo aquilo que auxilia na promoção do bem-estar da criança.

Por outro lado, o brincar pode ter uma aplicação que é preferível chamar de técnica no lugar de terapêutica. Esta aplicação refere-se principalmente ao seu uso junto à criança hospitalizada, como, por exemplo, para ajudá-la na compreensão e na adaptação mais adequada ao procedimento médico invasivo (Garcia, 1996) e como recurso para a técnica de imaginação/distração, utilizada para a adaptação de crianças à hospitalização (Méndez e colaboradores, 1996), entre outros já citados.

Ao escolherem o quê gostariam de brincar no hospital, as crianças identificaram razões específicas para suas respostas. Contudo, de um modo geral, não apresentam muitas restrições aos tipos de brincadeiras, mostrando que o importante é brincar. Para tanto, esforços deveriam ser empenhados por parte da instituição, no sentido de organizar atividades recreativas que subsidiem o uso do brincar como uma estratégia de enfrentamento positiva.

Propor um estudo com a pretensão de contribuir para a área interdisciplinar da Psicologia e Saúde, no sentido de esboçar um material para uso clínico do psicólogo, trazendo informações a respeito da experiência da criança com câncer no enfrentamento de sua hospitalização, colocou-se como um grande desafio.

Nesse sentido, o que foi apresentado nesta pesquisa não está metodologicamente fechado, trata-se de um caminho que, dentro de suas limitações, mostrou-se coerente e capaz de ajudar a levar o psicólogo a compreender a criança hospitalizada.

Sobre as crianças, destacam-se seus esforços para enfrentar a hospitalização e compreende-se que, em alguns casos, fica difícil encontrar estratégias para superar adequada ou positivamente os excessos aversivos a que são frequentemente expostas. Ao se permitir que falem de sua condição, aumentam suas possibilidades de vivenciar uma maior autonomia sobre suas próprias vidas, na medida em que seus relatos podem direcionar mais adequadamente a intervenção.

Os resultados obtidos neste trabalho indicam novos caminhos para a pesquisa na área. Pesquisas mais dirigidas a determinados conteúdos das pranchas, como, por exemplo, as crenças religiosas e o pensamento mágico-religioso como estratégias utilizadas por crianças com câncer para enfrentar a hospitalização; ou pesquisas mais abrangentes, que visam comparar como a criança relata enfrentar a hospitalização e como seus familiares pensam sobre o que ela faz nesse contexto.

Por fim, considere-se a possibilidade de que esta pesquisa se caracterize principalmente como um estudo-piloto para a realização de um trabalho fundamentalmente metodológico, planejado para ser submetido a análises estatísticas consistentes, afim de ser validado como um instrumento capaz de contribuir para o diagnóstico e para a intervenção junto à criança hospitalizada.

REFERÊNCIAS

- 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.
- Assumpção, F., Kuczynski, E., Sprovieri, M.H., & Aranha, E.M.G. (2000). Escala de Avaliação de Qualidade de Vida: Validade e confiabilidade de uma Escala para Qualidade de Vida em crianças de 4 a 12 anos. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 58 (1), 119-127.
- Barbosa, J.A., Fernandes, M.Z., & Serafim, E.S. (1991). Atuação do Psicólogo no Centro de Oncologia Infantil: Relato de uma experiência. *Jornal de Pediatria*, 67, 344-347.
- Bertazzi, R.G.M., & Pandini, A.L.R. (1992). Reações psicológicas evocadas em crianças com câncer submetidas a radioterapia. *Revista de Psicologia Hospitalar*, 2 (2), 21-27.
- Brasil/INCA. (2000). *Particularidades do Câncer Infantil*. Brasília, DF: Instituto Nacional do Câncer-INCA.
- Cerqueira, A.T.A.R. (2000). O Conceito e Metodologia de Coping: Existe consenso e necessidade?. In R.R. Kerbauy (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição: Psicologia Comportamental e Cognitiva – Conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na inovação e no questionamento clínico* (Vol. 5, pp. 279-289). Santo André/SP: Arbytes Editora.
- Chen, E., Zeltzer, L.K., Craske, M.G., & Katz, E.R. (2000). Children's Memories for Painful Cancer Treatment Procedures: Implications for distress. *Child Development*, 71 (4), 933-947.
- Costa Jr., A.L. (1999). Psico-Oncologia e Manejo de Procedimentos Invasivos em Oncologia Pediátrica: Uma revisão de literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12 (1), 107-118.
- Fávero, M.H., & Salim, C. M. R. (1995). A relação entre os conceitos de saúde, doença e morte: Utilização do desenho na coleta de dados. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 11 (3), 181-191.
- Françani, G.M., Zilioli, D., Silva, P.R.F., Sant'ana, R.P.M., & Lima, R.A.G. (1998). Prescrição do Dia: Infusão de alegria. Utilizando a Arte como Instrumento na Assistência à Criança Hospitalizada. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*, 6 (5), 27-33.
- Garcia, I. (1996). Crianças Submetidas a procedimentos invasivos e/ou dolorosos: Intervenções psicossociais. *Pediatria Moderna*, 32 (6), 656-658.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lindquist, I. (1993). *A Criança no Hospital: Terapia pelo Brinquedo* (R.Z. Altman). São Paulo, SP: Scritta. (Original publicado em 1970).
- Lipp, M.E.N. (1991). *Como Enfrentar o Stress Infantil*. São Paulo, SP: Ícone.
- Lipp, M.E.N., & Lucarelli, M.D.M. (1998). *Manual da Escala de Stress Infantil – ESI*, São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Löhr, S.S. (1992). *Uma análise de entrevistas com acompanhantes e de observação de crianças com leucemia numa tentativa de sua compreensão psicológica*. Dissertação de Mestrado não publicada, Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Löhr, S.S. (1998). *Crianças com câncer: Discutindo a intervenção psicológica*. Tese de Doutorado não publicada, Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Löhr, S., & Silveiras, E.F.M. (1998). Escala de Avaliação do comportamento da criança. In Löhr, S.S. (Ed.), *Crianças com câncer: Discutindo a intervenção psicológica* (pp. 136-138). Tese de Doutorado não publicada, Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Manne, S.L., Bakeman, R., Jacobsen, P., & Redd, W.H. (1993). Children's coping during invasive medical procedures. *Behavior Therapy*, 24, 143-158.

- Masetti, M. (1997). *Soluções de palhaços: Transformações na realidade hospitalar*. São Paulo: Palas Athena.
- Méndez, F.X., Ortigosa, J.M., & Pedroche, S. (1996). Preparación a la hospitalización infantil (I): Afrontamiento del estrés. *Psicologia Conductual*, 4 (2), 193-209.
- Savóia, M.G., Santana, P.R., & Mejias, N.P. (1996). Adaptação do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus para o Português. *Psicologia USP*, 7 (1/2), 183-201.
- Skinner, B.F. (1978). *Ciência e Comportamento Humano* (J.C. Todorov & R. Azzi). 4ª Ed., São Paulo: Martins Fontes (Original publicado em 1965).
- Spielberg, C.D. (1983). *Manual do Inventário de Ansiedade Traço-Estado – IDATE-C* (A.M.B. Biaggio & L. Natalício). Rio de Janeiro, RJ: CEPA (Original publicado em 1970).
- Valle, E.R.M. (1997). *Câncer Infantil: Compreender e agir*. São Paulo: Editorial Psy.
- Valle, E.R.M., & Françoso, L.P.C. (1992). Depoimento de crianças com câncer no curso de seu tratamento quimioterápico. *Revista de Psicologia Hospitalar do HC*, 2 (1), 27-34.
- Van Dongen-Melman, J.E.W.M., & Sanders-Woudstra, J.A.R. (1986). Psychosocial Aspects of Childhood Cancer: A review of the literature. *Journall of Child Psychology and Psychiatry.*, 27 (2), 145-180.