

Problemas de comportamento, coping da hospitalização e qualidade de vida em crianças

RESUMO

Jennifer Aline de Albuquerque Bastos

bastos.jenny@gmail.com

orcid.org/0000-0003-4707-5416

Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Cuiabá, Mato Grosso, Brasil

Tatiane Lebre Dias

tatiarelebre@gmail.com

orcid.org/0000-0002-9515-1578

Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Cuiabá, Mato Grosso, Brasil

Sônia Regina Fiorim Enumo

sonia.enumo@puc-campinas.edu.br

orcid.org/0000-0001-9038-6151

Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), Campinas, São Paulo, Brasil

OBJETIVO: Analisar em crianças internadas por doenças crônicas, com idade entre cinco e sete anos, problemas de comportamento, coping da hospitalização e qualidade de vida (QV).

MÉTODOS: A amostra foi composta de 33 crianças, com idade entre 5 e 7 anos, internadas em um hospital universitário por condições crônicas, em Cuiabá (MT), que responderam individualmente o Kidcope e o Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé. Os pais das crianças que compõem a amostra responderam o Child Behavior Checklist (1½-5 anos e 6-18 anos). Na análise dos dados seguiu o preconizado em cada instrumento.

RESULTADOS: Foram identificadas na faixa clínica para problemas de comportamento 71,4% das crianças mais novas, com destaque para problemas internalizantes, e 52,6% daquelas entre 6-7 anos, com maior frequência para problemas internalizantes. As crianças lidavam com a hospitalização com estratégias de enfrentamento (EE) de regulação emocional e busca de suporte social (EE adaptativas); mas, também com autocrítica e culpabilizando os outros (EE mal adaptativas). A maioria (59,26%) das crianças apresentou qualidade de vida positiva, relacionada à família (M=10,22; DP=2,89) e função (atividades na escola, refeições) (M=8,88; DP=3,06).

CONCLUSÕES: Esta amostra apresentou problemas de comportamento prévios à hospitalização, relacionados à ansiedade e à depressão, comuns nas doenças crônicas. Associados à presença de EE mal adaptativas, esses problemas indicam a necessidade de atenção à saúde mental das crianças internadas, podendo contribuir para melhora da sua qualidade de vida e os desfechos em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Hospitalização. Qualidade de vida. Adaptação psicológica. Criança.

INTRODUÇÃO

A hospitalização de crianças tem consequências emocionais e comportamentais, que podem interferir nos desfechos em saúde (PINQUART; SHEN, 2011; ROKACH, 2016), inclusive após a alta hospitalar. Durante o primeiro ano pós-alta, 25% das crianças apresentam problemas (RENNICK et al., 2014). Obaid (2015) destaca a ocorrência de problemas de ordem psicológica e social, como a ansiedade, o medo e o isolamento. Segundo Rokach (2016), a experiência no hospital é uma das mais estressantes e traumáticas na vida da criança, nela ocorre a associação da doença e da hospitalização com a separação dos pais e de casa. Essa situação é particularmente crítica para crianças mais novas, que têm menos condições cognitivas de compreender a doença, a hospitalização e a separação da mãe (GOSLIN, 1978).

Os estressores da hospitalização podem ter maior impacto nas condições de saúde, especialmente nas doenças crônicas, devido à condição prolongada, que pode ser agravada para famílias em risco psicossocial (OLIVEIRA et al., 2018). Neste ponto, vê-se a importância dos estudos sobre doença crônica na infância não se basearem apenas nas questões médicas relacionadas ao tratamento. Também deve-se identificar impactos que essas doenças podem ter nas crianças e nas suas famílias (NABORS et al., 2018).

Os desfechos em saúde, em termos de possíveis impactos da hospitalização no desenvolvimento infantil, são também influenciados pela forma como a criança lida com os estressores desse ambiente (COMPAS et al., 2012), assim como pelos problemas de comportamentos (PCs) prévios ou associados à doença (PINQUART; SHEN, 2011). Estima-se que entre 15% e 22% da população infanto-juvenil brasileira apresenta algum comprometimento de saúde mental, em um dado momento (MATSUKURA; FERNANDES; CID, 2012). O comprometimento ocorre principalmente nas classes sociais mais desfavorecidas, cuja prevalência chega a 35% (RIOS; WILLIAMS, 2008). Segundo Achenbach e Rescorla (2001), os PCs são do tipo externalizantes, que atuam no ambiente, como agressividade, oposição, delinquência, inabilidade social, e problemas internalizantes, voltados para a pessoa, como depressão, ansiedade, isolamento, queixas físicas e psicomotoras, problemas de atenção e de pensamento. Ademais, o comprometimento pode alterar a qualidade de vida (QV) da criança e de sua família (GUIMARÃES; ENUMO, 2015).

A QV é um desfecho comumente estudado na área da saúde que representa “[...] uma tentativa de nomear algumas características da experiência humana, sendo o fator central que determina a sensação subjetiva de bem-estar” (ASSUMPÇÃO JR. et al., 2000, p. 120). Dodge et al. (2012) observam que os estudos sobre este tema têm se concentrado nas dimensões do bem-estar, e não em sua definição. A QV relacionada à saúde/*health-related quality of life* tem sido definida como “[...] um conceito multidimensional que inclui as amplas áreas de *status* funcional, bem-estar psicológico e social, percepções de saúde e sintomas relacionados a doenças e ao tratamento” (AARONSON et al., 1991, p. 840, tradução nossa). Na idade pré-escolar, a educação (tipo de escola, relacionamento com colegas), o *status* socioeconômico familiar e os comportamentos socioemocionais da criança têm mais relações com a QV relacionada à saúde, independentemente dos sintomas da doença ou da hospitalização (VILLALONGA-OLIVES et al., 2014).

A relação entre saúde e QV, principalmente em crianças, foi investigada por Barros (2016), em população com cardiopatia congênita, constatando a influência dos aspectos relacionados à família e ao lazer. Barreire (2003), utilizando o mesmo instrumento de avaliação de QV em crianças ostomizadas, observou maiores escores nas questões relacionadas à família, às funções, ao lazer e à autonomia.

A QV, contudo, é mediada pelos processos de *coping*, em suas relações com os estressores relacionados à saúde. A definição atual, baseada na Teoria Motivacional do *Coping* (*Motivational theory of coping* – MTC) (SKINNER; ZIMMER-GEMBECK, 2016), perspectiva o *coping* como uma ação de autorregulação sob estresse. Segundo Compas et al. (2001, p. 89, tradução nossa), o *coping* inclui “[...] os esforços conscientes e voluntários para regular a emoção, a cognição, o comportamento, a fisiologia e o ambiente, em resposta a eventos estressantes”. Nesse processo, a avaliação cognitiva e a autorregulação explicariam as diferenças individuais e grupais na vulnerabilidade a eventos estressores (RAMOS; ENUMO; PAULA, 2015). Lazarus e Folkman (1984) consideram que os esforços de *coping* podem ser dirigidos para alterar a relação entre o indivíduo e as condições ambientais, constituindo um *coping* focado no problema ou na emoção, observado quando o indivíduo regula a reação emocional, alterando o modo como interpreta sua experiência. Skinner e Zimmer-Gembeck (2016), com uma perspectiva desenvolvimentista, destacam, no estudo do *coping* em crianças e adolescentes, a necessidade de se levar em consideração que esse período do desenvolvimento é caracterizado por mudanças importantes no nível cognitivo físico e psicossocial.

Segundo a perspectiva da MTC, a idade escolar (6-9 anos) é considerada a “idade de ouro” do *coping* (SKINNER; ZIMMER-GEMBECK, 2016, p. 182). A criança consegue reinterpretar intencionalmente os eventos estressantes e apresenta um amplo repertório de EE, incluindo aquelas de caráter mental, como a distração mental. São estratégias de enfrentamento (EE) mais flexíveis e adaptadas às mudanças das demandas internas e externas e as interpessoais, ajudando as crianças na recuperação de seu bem-estar. Com a ajuda dos adultos, desenvolve e aperfeiçoa um *self-system* pragmático e construtivo, incluindo a autopercepção e a autoavaliação em relação às suas necessidades psicológicas básicas de competência, com a percepção de autoeficácia em múltiplos domínios. Esse modelo interno de funcionamento contribui para o desenvolvimento de respostas orientadas para a solução de problemas. O *self-system* inclui também o sentimento de pertencimento e segurança, facilitando a busca de suporte social e de conforto; por fim, agrega os sentimentos de autodeterminação e de controle, os quais encorajam a acomodação às demandas razoáveis e a cooperação assertiva. É um período em que é possível o crescimento apesar de adversidades, promovendo a resiliência da criança e sua resistência ao estresse. Esse desfecho resiliente é possível com a exposição aos estressores e a experiência de um *coping* eficaz, sob o auxílio dos adultos.

Zimmer-Gembeck e Skinner (2011) resumem as mudanças entre o período pré-escolar (2-5 anos) e a idade escolar (6-9 anos), em termos das principais EE:

- a) solução de problemas: a ação instrumental e pedir ajuda instrumental mudam para planejar estratégias, meios alternativos mentais e reparação;
- b) distração: a distração comportamental muda para distração mental;
- c) fuga: a esquiva comportamental para esquiva mental;

- d) busca de informação: pedir informação para aprender pela experiência dos outros e por comparação social.

Motta et al. (2015), seguindo a perspectiva desenvolvimentista, analisaram o coping de 148 crianças, com idade entre 6 e 12 anos, no ambiente hospitalar, identificando como as EE mais referidas tomar remédio, conversar, assistir televisão, rezar e brincar. Lima, Barros e Enumo (2014), depois de aplicar o Kidcope em 19 crianças com câncer, com idade entre 6 e 12 anos, constataram maior frequência e eficácia do coping ativo (suporte social, reestruturação cognitiva e regulação emocional) e de esquiva (distração e pensamento mágico) e menor frequência de EE avaliadas como pouco eficazes, como o coping negativo (autocrítica). Assim, no contexto de adversidade no desenvolvimento infantil, seja por hospitalização ou condição crônica, observa-se que o coping está associado à adesão ao tratamento (CARONA et al., 2014).

Diante desse quadro, é relevante examinar o comportamento das crianças para melhor compreensão das suas reações frente ao processo de hospitalização. Além disso, é necessário que os profissionais de saúde saibam reconhecer as situações potencialmente estressantes, para a proposição de intervenções que promovam o desenvolvimento da criança. Contudo, ainda há substancial falta de estudos sistemáticos sobre as especificidades da idade e as condições associadas ao estresse, ao coping e à QV na população pediátrica (CARONA et al., 2014). Esses autores analisaram essas variáveis em 255 crianças/adolescentes com condição crônica, usando, entre outros instrumentos, o Kidcope. Os autores encontraram diferenças no uso das EE, sendo as mais relatadas avaliadas também como mais eficazes. Também verificaram correlação negativa entre regulação emocional externalizante e QV relacionada à saúde em pacientes com asma e epilepsia; nos pacientes com paralisia cerebral, verificaram correlação negativa entre autocrítica e QV.

Considerando a influência dos problemas emocionais e de comportamento e do coping da hospitalização na QV, especialmente de crianças na fase de transição para a idade escolar, inseridas no contexto hospitalar por doenças crônicas, a presente pesquisa tem como objetivo analisar em crianças internadas por doenças crônicas, com idade entre cinco e sete anos, problemas de comportamento, coping da hospitalização e QV.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Compuseram a amostra 33 crianças de 5 a 7 anos ($M_{idade}=5$ anos e 8 meses; $DP=0,83$) (5 anos=14; 6 anos=10; 7 anos=9), de ambos os sexos (14 meninas e 19 meninos), hospitalizadas por doenças crônicas, como Diabetes Mellitus, osteomielite crônica, com registros de uma a quatro hospitalizações. O quadro clínico das crianças permitia que frequentassem a brinquedoteca localizada na enfermaria pediátrica do Hospital Universitário Júlio Müller (HJUM), na cidade de Cuiabá, MT, que atende à população da região metropolitana menos favorecida em termos socioeconômicos.

Os critérios de inclusão na pesquisa foram: ser portador de doença crônica, hospitalização acima de uma semana, idade de 5 a 7 anos e autorização dos pais e da criança para participação na pesquisa. Os critérios de exclusão foram: os respondentes não compreenderem as questões propostas; e/ou não completaram as respostas do instrumento. Nenhum participante foi excluído.

INSTRUMENTOS

Para a avaliação dos indicadores de problemas de comportamento infantil, os cuidadores responderam a duas versões das escalas do Sistema Achenbach de Avaliação Empiricamente Baseada (ASEBA), cobrindo a faixa etária estudada. Responderam ainda aos seguintes questionários:

- a) inventário dos comportamentos de crianças de um ano e meio a cinco anos (Child behavior checklist for preschool – CBCL/1,5-5) (ACHENBACH; RESCORLA, 2000, 2010), versão brasileira, traduzida por Linhares et al. (2010). O inventário é composto por 100 sentenças (por exemplo: não se dá bem com outras crianças; não quer sair de casa), que devem ser respondidas pelo responsável em uma escala de três pontos (0=não verdadeira – tanto quanto se sabe; 1=um pouco verdadeira ou algumas vezes verdadeira; 3=muito verdadeira ou frequentemente verdadeira). O instrumento contém sete subescalas: ansiedade/depressão (PI); queixas somáticas (PI); reatividade emocional (PI); retraimento (PI); problemas de atenção (PE); comportamento agressivo (PE); e, problemas com o sono;
- b) lista de verificação comportamental para crianças/adolescentes de 6-18 anos (Child behavior checklist for children between 6 years and 18 – CBCL/6-18) (ACHENBACH; RESCORLA, 2001, 2010), adaptado por Bordin, Mari e Caeiro (1995). A lista é composta por 138 sentenças, das quais 118 são relativas a problemas de comportamento e 20 à Competência social, com respostas de 0 a 4 pontos, a qual inclui: atividades da criança; social (participação em grupos; relacionamento com familiares e amigos; independência para brincar) e escola (desempenho escolar). Em alguns itens, solicita-se que os pais comparem o comportamento de seu filho com o de outras crianças da mesma idade, assinalando como: abaixo da média, dentro da média ou acima da média. Contém oito subescalas: ansiedade/depressão (PI); queixas somáticas (PI); problemas de atenção (PE); violação de regras (PE); comportamento agressivo (PE); comportamento delinquente (PE); problemas de sociabilidade; e problemas com o pensamento. Os escores brutos são convertidos em escores T padronizados em ambas as versões do CBCL, que classificam a criança/adolescente nas faixas clínica, limítrofe ou normal, sendo as primeiras indicativas de encaminhamento para serviços de saúde mental. O ponto de corte para a classificação como clínica é ≥ 60 pontos e para as escalas síndromes ≥ 65 . Em pesquisas, os casos referidos na faixa limítrofe são incluídos no grupo clínico. Os resultados são agrupados em escalas (ROCHA et al., 2010): escala total de problemas de comportamento (ET), que inclui todas as subescalas; escala de internalização (EI), com as subescalas de isolamento, queixas somáticas, ansiedade/depressão; escala de externalização (EE), em que

são incluídas as subescalas de violação de regras e comportamento agressivo; e, escalas síndromes específicas de cada versão;

- c) para investigar os indicadores de *coping* foi utilizado o Kidcope (SPIRITO; STARK; WILLIAMS, 1988) com adaptação linguística de Pereira (2017). Esta é uma escala de autorrelato com 15 itens, na versão para crianças de 7-12 anos; porém, pode ser usada já a partir dos 5 anos, inclusive nos casos de doenças (PRETZLIK; SYLVA, 1999). Avalia dez EE cognitivas e comportamentais para lidar com determinada situação difícil. No caso do presente estudo, o contexto da hospitalização. Cada item tem duas questões: frequência (Fizeste isto?, respondido com 0=não ou 1=sim) e eficácia (Até que ponto isso te ajudou?, respondido em escala de três pontos: 0=nada a 2=muito). Os itens são organizados em três dimensões de *coping*, com as EE: *coping* de evitamento/esquiva: distração, isolamento social, resignação, pensamento mágico; *coping* positivo/aproximação: reestruturação cognitiva, resolução de problemas, regulação emocional, apoio social; e *coping* negativo: autocrítica, culpar os outros. Os resultados são organizados em duas escalas: Escala de Frequência; e Escala de Eficácia, indicando o quanto acha que é efetiva a EE. Não há ponto de corte para idade ou sexo, sendo apresentados dos dados descritivos da amostra (frequência e frequência relativa/porcentagem de respondentes);
- d) para avaliar os indicadores de QV foi aplicado o Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé (AUQEI) (MANIFICAT; DAZORD, 1997) adaptado por Assumpção Jr. et al. (2000). Trata-se de uma escala genérica de autoavaliação de QV de crianças, com idade entre 4 e 12 anos, por meio de imagens de faces que exprimem diferentes estados emocionais, em uma escala de quatro pontos (0=muito infeliz, 1=infeliz, 2=feliz e 4=muito feliz), usando-se quatro figuras ou faces que expressam esses diferentes estados emocionais. São lidas para a criança 26 questões, associadas a diversos domínios da QV: relações familiares, sociais, atividades, saúde, funções corporais e separação. Das questões, 18 estão contidas em quatro dimensões: função: atividades na escola, às refeições, ao deitar-se e à ida ao médico; família: opinião quanto às figuras parentais e das crianças em relação a si mesmas; lazer: férias, aniversário e relações com os avós; e autonomia. A somatória dos escores atribuídos aos itens resulta em um escore único, tendo o ponto de corte de 48 pontos, abaixo do qual a QV pode ser considerada prejudicada. A escala tem uma boa consistência interna (alfa de Cronbach=0,71) e boa validade externa ($r=0,497$).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética do HUJM da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) (Parecer nº: 1.083.963 de 28/05/2015).

PROCEDIMENTOS

Os dados foram coletados individualmente nas dependências da brinquedoteca localizada na enfermaria pediátrica do HUIJM, após autorização dos responsáveis. A aplicação dos instrumentos durou cerca de 30 minutos, sendo realizada por profissional de psicologia, previamente treinado. Os instrumentos foram aplicados em amostras diferentes, segundo a disposição dos respondentes: CBCL (n=33), Kidcope (n=26) e AUQEI (n=27).

ANÁLISE DE DADOS

A correção e a interpretação das escalas CBCL (1,5-5; 6-18), Kidcope e AUQEI foram realizadas de acordo com orientações contidas no manual dos instrumentos. Para os dados do CBCL foi utilizado o programa Assessment Data Manager (ADM) (ROCHA et al., 2010) e consideradas as variáveis presentes nos dois inventários CBCL/6-18 e CBCL/1½ -5.

RESULTADOS

As crianças menores, com até cinco anos (n=14), apresentaram problemas internalizantes (n=10), principalmente, para ansiedade e depressão (n=6); as mais velhas (6-7 anos; n=19) também apresentaram problemas internalizantes (n=10), relativos a problemas de ansiedade (n=9), seguido de ansiedade/depressão (n=6). Menos da metade do total de participantes do grupo (n=33) apresentaram PE (n=11) (Tabela 1).

Tabela 1 – Problemas de emocionais e de comportamento em crianças de 5 a 7 anos hospitalizadas

CBCL	Escore T Média (DP)	Clínico/ Limítrofe		Escore T Média (DP)	Clínico/ Limítrofe	
		n	%		n	%
Faixa etária	1,5-5	(n=14)		6-18	(n=19)	
Escala total de problemas de comportamento (ET) ¹	60,6 (9,8)	10	71,4	59,1 (9,1)	10	52,6
Escala de internalização (EI)	62,7 (8,3)	10	71,4	60,2 (8,0)	10	52,6
Ansiedade/depressão	83,6 (8,6)	6	60,0	59,9 (7,5)	6	31,6
Queixa somática	59,5 (8,4)	5	50,0	59,1 (6,1)	3	15,8
Problemas de ansiedade	62,4 (7,5)	5	50,0	62,2 (6,9)	9	47,4
Escala de externalização (EE)	56,6 (13,1)	4	40,0	55,8 (9,1)	7	36,8
Problemas de atenção ²	56,1 (8,7)	2	20,0	58,8 (8,9)	5	26,3
Comportamento agressivo	58,5 (12,2)	3	30,0	58,7 (7,8)	6	31,6
Problema desafiador de oposição ³	59,3 (10,0)	5	50,0	56,6 (6,2)	3	15,8
Problemas de déficit atenção/hiperatividade ³	55,7 (7,5)	2	20,0	59,0 (8,0)	6	31,6

Fonte: Autoria própria (2018).

Nota: DP: Desvio padrão; ¹ Ponto de corte=60 pontos; ² Somente para CBCL/1,5-5 considerado problema externalizante; ³ Escalas orientadas pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM).

Na Tabela 2 são apresentadas as EE relatadas pelas 26 crianças que responderam o Kidcope, considerando que não houve diferença no padrão de respostas das crianças mais novas (n = 10) e aquelas com sete anos (n = 16). A amostra apresentou um *coping* mais adaptativo (69% das crianças), com busca de suporte social, regulação emocional e reestruturação cognitiva. Entretanto, 59% das crianças apresentaram EE de esquiva, como distração e pensamento mágico.

Tabela 2 – Frequência e eficácia das estratégias de enfrentamento da hospitalização por crianças de cinco a sete anos internadas (n=26)

Dimensões e estratégias de enfrentamento (KIDCOPE)	Escala de frequência		Escala de eficácia			Mediana (variação)
	n (0-1)	Fa	Frequência			
			Nada (0)	Pouco (1)	Muito (2)	
<i>Coping</i> de evitamento						
Distração	20	0,76	9	6	11	9 (6-11)
Pensamento mágico	18	0,69	12	5	9	9 (5-12)
Isolamento social	13	0,50	12	6	8	8 (6-12)
Resignação	11	0,42	16	3	7	7 (3-16)
Subtotal (média)	62	0,59	49	20	35	-
<i>Coping</i> positivo/aproximação						
Suporte social	19	0,73	8	4	14	8 (4-14)
Regulação emocional	19	0,73	11	6	9	9 (6-11)
Reestruturação cognitiva	16	0,61	12	3	11	11 (3-12)
Resolução de problemas	12	0,46	14	4	8	8 (4-14)
Subtotal (média)	66	0,63	45	17	42	-
<i>Coping</i> negativo						
Autocrítica	7	0,26	21	2	3	3 (2-21)
Culpar os outros	5	0,19	21	3	2	3 (2-21)
Subtotal (média)	12	0,22	22	5	5	-

Fonte: Autoria própria (2018).

Contudo, a maioria das EE foram avaliadas como nada eficaz, especialmente aquelas relacionadas ao *coping* de evitamento, seguidas pelas EE do *coping* positivo, especialmente a resolução de problemas. As EE avaliadas como mais eficazes foram a busca de suporte social, indicadas por 14 crianças, seguida de distração e reestruturação cognitiva, sendo ambas avaliadas por 11 crianças como muito eficazes. As EE menos frequentes e avaliadas como menos eficazes foram as EE relativas ao *coping* negativo, que inclui a autocrítica e o culpar os outros (Tabela 2).

A avaliação da QV dessas crianças pelo AUQEI, obteve o escore médio total de 48,5 pontos (DP=9,02), valor um pouco acima do ponto de corte. Nessa amostra, 59,26% das crianças apresentaram escore acima da nota de corte, indicando não terem prejuízos significativos na QV, enquanto que 40,74% pontuaram abaixo da média, indicando QV prejudicada. A autonomia e o lazer são as dimensões da QV mais prejudicadas para esta amostra (Tabela 3).

Tabela 3 – Qualidade de vida segundo crianças de cinco a sete anos hospitalizadas (n=27)

AUQEI (pontuação)	Média	DP	Mediana Variação
Família (0-25)	10,22	2,69	10 (5-15)
Função ¹ (0-15)	8,88	3,06	9 (2-14)
Lazer (0-9)	7,29	1,38	7 (4-9)
Autonomia (0-15)	7,14	2,41	7 (3-12)
Total (0-78)	48,59 ²	9,02	49 (35-70)

Fonte: Autoria própria (2018).

Nota: ¹ Atividades na escola, às refeições, ao deitar-se e à ida ao médico; ² Ponto de corte = 48 pontos; abaixo=QV prejudicada.

DISCUSSÃO

Este estudo investigou 33 crianças de 5 a 7 anos hospitalizadas, em relação a algumas variáveis relevantes para os desfechos em saúde, como ter problemas de comportamento (OBAID, 2015; PINQUART; SHEN, 2011), as estratégias de enfrentamento da hospitalização (COMPAS et al., 2012; MOTTA et al., 2015) e a qualidade de vida (VILLALONGA-OLIVES et al., 2014). O estudo trouxe contribuições para a compreensão desse processo vivenciado por crianças menos favorecidas, especialmente em idade precoce, quando têm menos condições cognitivas de compreender a doença e a internação (GOSLIN, 1978). De outro lado, ao adotar a perspectiva desenvolvimentista, o presente estudo permitiu observar mudanças no enfrentamento da hospitalização na faixa etária de transição do período pré-escolar para a idade escolar (MOTTA et al., 2015; SKINNER; ZIMMER-GEMBECK, 2016; ZIMMER-GEMBECK; SKINNER, 2011).

Considerando que a existência de alguns problemas de comportamentos prévios à hospitalização se associam a certos quadros de doença crônica na infância (PINQUART; SHEN, 2011), foi possível observar, nesta amostra, que a maioria das crianças apresentou mais problemas do tipo internalizante, como ansiedade, depressão, queixas físicas e isolamento, constatação congruente com os dados de Obaid (2015). A duração da doença, a frequência das internações, a separação da família e dos amigos contribuem para essas alterações comportamentais e emocionais, assim como as condições da própria hospitalização (ROKACH, 2016).

A prevalência dos PCs, principalmente internalizantes, nos participantes mais novos (71,4%) e nos mais velhos (52,6%) mostrou-se acima do esperado em relação à população infanto-juvenil brasileira, estimada entre 15% a 22% com algum comprometimento clínico, segundo dados de Matsukura, Fernandes e Cid (2012).

Os PCs apresentados pelas crianças deste estudo assemelham-se aos encontrados por Pinquart e Shen (2011), em metanálise de 569 estudos aplicando as escalas do sistema ASEBA (CBCL, Youth Self Repor, Teacher Report Form) em crianças e adolescentes com doenças crônicas. Também encontraram alta prevalência de problemas internalizantes e externalizantes nas crianças mais novas, em relação aos pares saudáveis. Os autores alertam para o sofrimento psicológico e a necessidade de encaminhamentos dessa população para serviços de saúde mental.

Um dos mediadores da QV nessa população, o *coping* da hospitalização por essas crianças foi mais positivo (busca de suporte social, reestruturação cognitiva) do que de esquiva (distração e pensamento mágico). Essas EE foram consideradas mais eficazes no enfrentamento da situação estressora que é a hospitalização. São dados semelhantes aos encontrados por Lima, Barros e Enumo (2014), com o mesmo instrumento, e por Motta et al. (2015), mostrando um padrão relacionado também ao desenvolvimento nessa idade.

Em termos desenvolvimentistas, as crianças menores apresentaram EE típicas da idade, como distração, regulação emocional e suporte social, evidenciando diversificação de repertório (SKINNER; ZIMMER-GEMBECK, 2016; ZIMMER-GEMBECK; SKINNER, 2011). Já as crianças mais velhas apresentaram com maior frequência as EE de distração, pensamento mágico e busca de suporte social, mostrando um processo de autorregulação voltado para as mudanças decorrentes da doença e hospitalização, no qual a ajuda do adulto e as demandas internas se fazem presentes. Tais dados permitem afirmar que algumas crianças precisam de suporte ou de atendimento que lhes ensinem a lidar com o estresse gerado pela hospitalização, assim como dos seus familiares (NABORS et al., 2018).

A QV positiva identificada na maior parte das crianças da amostra está relacionada à família, evidenciando sua importância para a criança hospitalizada. A melhor avaliação da QV também se apoia nas questões relativas à escola, às refeições e às idas ao médico, atividades estas que dependem também da família. De outro lado, o baixo escore no fator autonomia, também identificado em outros estudos (BARROS, 2016; BARREIRE et al., 2003), pode estar relacionado à atitude de superproteção e às dificuldades dos pais em reconhecer que o filho tem capacidades semelhantes ou iguais as de outras crianças saudáveis (BARROS, 2016).

As questões referentes à autonomia e ao lazer estavam mais prejudicadas na percepção das crianças, indicando que o adoecimento e a hospitalização influenciam de forma negativa sua QV. Esse quadro difere das crianças com cardiopatia congênita do estudo de Barros (2016), em que 18 de 25 crianças apresentaram QV satisfatória, especialmente nos domínios relativos ao lazer e à família. Férias, aniversário e relações com os avós são importantes para a sensação subjetiva de bem-estar (BARREIRE et al., 2003), e podem estar prejudicadas na percepção dessas crianças diante da hospitalização.

Os resultados evidenciam a importância da família na percepção da criança, por proporcionar QV positiva e suporte para enfrentar a situação estressora. A família mostra-se como uma instituição social fundamental para a criança, tendo como função à manutenção da segurança, o suprimento de recursos, a garantia da educação, servindo como porto seguro que fornece apoio para a criança enfrentar os problemas e os desafios que ela encontrará ao longo do seu desenvolvimento (CARVALHO et al., 2009).

As relações do *coping* com a QV em crianças hospitalizadas, estudadas por Carona et al. (2014), evidenciaram fraca associação entre a QV e o *coping* , e correlação negativa entre QV e EE de distração, retraimento social e autocrítica. Uma subamostra de crianças com epilepsia apresentou algumas EE semelhantes às do presente estudo (autocrítica e culpar os outros), mas com fraca e negativa associação com QV. Essas relações não foram aqui estudadas, limitando o presente estudo, que tem caráter descritivo. Assim, é recomendável analisar as relações entre essas variáveis posteriormente com uma amostra maior. O estudo trouxe, porém, contribuições para uma área menos estudada nessa população de crianças com doenças crônicas (CARONA et al., 2014), analisando o *coping* e a QV, e acrescentando dados sobre outra variável relevante, que são os problemas de comportamento prévios à hospitalização. São variáveis que influenciam na adesão ao tratamento e nos desfechos em saúde na criança (COMPAS et al., 2012; PINQUART; SHEN, 2011).

Behavior problems, hospitalization coping and quality of life in children

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze behavioral problems, hospitalization coping and quality of life (QoL) in children hospitalized for chronic diseases, aged between five and seven years.

METHODS: The sample consisted of 33 children, aged between 5 and 7 years, hospitalized in a university hospital due to chronic conditions in Cuiabá (MT), who answered individually the Kidcope and the Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfanté Imagé. The parents of the children in the sample answered the Child Behavior Checklist (1½-5 years and 6-18 years). In the analysis of the data followed the one recommended in each instrument.

RESULTS: 71.4% of the youngest children were identified in the clinical range for behavioral problems, with emphasis on internalizing problems, and 52.6% of those between 6-7 years old, with a higher frequency for internalizing problems. The children dealt with hospitalization with coping strategies (EE) for emotional regulation and seeking social support (adaptive EE); but also with self-criticism and blaming others (EE maladaptive). The majority (59.26%) of the children presented a positive quality of life related to the family ($M = 10.22$, $SD = 2.89$) and function (school activities, meals) ($M = 8.88$; 3.06).

CONCLUSIONS: This sample presented behavioral problems prior to hospitalization, related to anxiety and depression, common in chronic diseases. Associated with the presence of maladaptive EE, these problems indicate the need for attention to the mental health of hospitalized children, which may contribute to the improvement of their quality of life and health outcomes.

KEYWORDS: Hospitalization. Quality of life. Psychological adaptation. Child.

AGRADECIMENTOS

Apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Mato Grosso (FAPEMAT).

REFERÊNCIAS

AARONSON, N. K. et al. Quality of life research in oncology: past achievements and future priorities. **Cancer**, v. 67, n. 3, p. 839-843, Feb. 1991. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1986855>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

ACHENBACH, T. M.; RESCORLA, L. A. **Manual for the ASEBA preschool forms & profiles**. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families, 2000.

ACHENBACH, T. M.; RESCORLA, L. A. **Manual for the ASEBA school-age forms & profiles**. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families, 2001.

ACHENBACH, T. M.; RESCORLA, L. A. **Mental health practitioners' guide for the Achenbach system of empirically based assessment (ASEBA)**. 7th ed. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families, 2010.

ASSUMPÇÃO JR., F. B. et al. 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**, São Paulo, v. 58, n. 1, p. 119-127, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/0D/0D/v58n1/1267.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2018. 

BARREIRE, S. G. et al. Qualidade de vida de crianças ostomizadas na ótica das crianças e das mães. **Jornal de Pediatria**, v. 79, n. 1, p. 55-62, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v79n1/v79n1a10>>. Acesso em: 15 nov. 2018. 

BARROS, L. A. F. Qualidade de vida em crianças portadoras de cardiopatia congênita. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, Ponta Grossa, v. 8, n. 1, p. 3-15, 2016. Disponível em: <<https://revistas.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/3527>>. Acesso em: 15 nov. 2018. 

BORDIN, I. A. S.; MARI, J. J.; CAEIRO, M. F. Validação da versão brasileira do “Child Behavior Checklist” (CBCL) (Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência): dados preliminares. **Revista ABP-APAL**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 55-66, abr./jun. 1995.

CARONA, C. et al. Pediatric health-related stress, coping and quality of life. **Paediatrics Today**, v. 10, n. 2, p. 112-128, 2014. Disponível em:

<<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/45403/1/Pediatric%20health-related%20stress%2c%20coping%20and%20QoL.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2018.



CARVALHO, D. M. de. et al. Avaliação do comportamento infantil: uma revisão da literatura. In: FÓRUM DE ESTUDOS MULTIDISCIPLINARES, 3., 2009, Franca.

Anais... Franca: Uni-FACEF, 2009. Disponível em:

<<http://legacy.unifacem.com.br/novo/3fem/Inic%20Cientifica/Arquivos/Dayla.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

COMPAS, B. E. et al. Coping with chronic illness in childhood and adolescence.

Annual Review of Clinical Psychology, v. 8, p. 455-480, Apr. 2012. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3319320/>>. Acesso em: 15

nov. 2018.

COMPAS, B. E. et al. Coping with stress during childhood and adolescence:

problems, progress, and potential in theory and research. **Psychological Bulletin**,

v. 127, n. 1, p. 87-127, Jan. 2001. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11271757>>. Acesso em: 15 nov. 2018.



DODGE, R. et al. The challenge of defining wellbeing. **International Journal of**

Wellbeing, v. 2, n. 3, p. 222-235, 2012. Disponível em:

<<https://www.internationaljournalofwellbeing.org/index.php/ijow/article/view/89>>.

Acesso em: 15 nov. 2018.

GOSLIN, E. R. Hospitalization as a life crisis for the preschool child: a critical

review. **Journal of Community Health**, v. 3, n. 4, p. 321-346, 1978. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/730842>>. Acesso em: 15 nov. 2018.



GUIMARÃES, C. A.; ENUMO, S. R. F. Impacto familiar nas diferentes fases da

leucemia infantil. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 66-78, dez.

2015. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872015000300006>.

Acesso em: 15 nov. 2018.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal, and coping**. New York: Springer, 1984.

LIMA, A. S.; BARROS, L.; ENUMO, S. R. F. Enfrentamento em crianças portuguesas hospitalizadas por câncer: comparação de dois instrumentos de avaliação. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 31, n. 4, p. 559-571, out./dez. 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/3953/395335435011.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2018. 

LINHARES, M. B. M. et al. **Versão brasileira do "Child behavior checklist for ages 1½ a 5"**. Manual for ASEBA preschool forms & profiles. Burlington: University de Vermont, 2000.

MANIFICAT, S.; DAZORD, A. Evaluation de la qualité de vie de l'enfant: validation d'un questionnaire, premiers résultats. **Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence**, v. 45, n. 3, p. 106-114, 1997. Disponível em: <http://www.myobase.org/index.php?lvl=notice_display&id=25224#.W-3MdvkIjIV>. Acesso em: 15 nov. 2018.

MATSUKURA, T. S.; FERNANDES, A. D. S. A.; CID, M. F. B. Fatores de risco e proteção à saúde mental infantil: o contexto familiar. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade São Paulo**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 122-129, maio/ago. 2012. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/49066>>. Acesso em: 06 dez. 2018.

MOTTA, A. B. et al. Comportamentos de coping no contexto da hospitalização infantil. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 32, n. 2, p. 331-341, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2015000200331&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 15 nov. 2018. 

NABORS, L. et al. Family coping during hospitalization of children with chronic illnesses. **Journal of Child and Family Studies**, v. 27, n. 5, p. 1482-1491, May 2018. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s10826-017-0986-z>>. Acesso em: 15 nov. 2018. 

OBAID, K. B. Psychosocial impact of hospitalization on ill children in pediatric oncology wards. **Journal of Nursing and Health Science**, v. 4, n. 3, p. 72-78, May/June 2015. Disponível em: <<http://www.iosrjournals.org/iosr-jnhs/papers/vol4-issue3/Version-5/H04357278.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

OLIVEIRA, C. M. M. de. et al. Estresse, autorregulação e risco psicossocial em crianças hospitalizadas. **Saúde e Desenvolvimento Humano**, Canoas, v. 6, n. 1, p. 39-48, 2018. Disponível em:

<https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/saude_desenvolvimento/article/view/4132>. Acesso em: 15 nov. 2018. 

PASTEGA, M. G. **A qualidade de vida da criança durante a internação hospitalar**. 2016. 184 f. Dissertação (Mestrado em Gestão da Clínica) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2016.

Disponível em:

<<https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/8102/DissMGP.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

PEREIRA, H. G. **Adaptação transcultural para o português (Brasil) do instrumento Kidcope**. 2017. 109 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017. Disponível em: <<https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/23530/2/HedyanneGueriraPereira DISSERT.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

PINQUART, M.; SHEN, Y. Behavior problems in children and adolescents with chronic physical illness: a meta-analysis. **Journal of Pediatric Psychology**, v. 36, n. 9, p. 1003-1016, Oct. 2011. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21810623>>. Acesso em: 15 nov. 2018.



PRETZLIK, U.; SYLVA, K. Paediatric patients distress and coping during medical treatment: a self-report measure. **Archives of Disease in Childhood**, v. 81, n. 6, p. 525-527, 1999. Disponível em:

<<https://adc.bmj.com/content/archdischild/81/6/525.full.pdf>>. Acesso em: 15

nov. 2018. 

RAMOS, F. P.; ENUMO, S. R. F.; PAULA, K. M. P. de. Teoria motivacional do coping: uma proposta desenvolvimentista de análise do enfrentamento do estresse. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 32, n. 2, p. 269-279, abr./jun. 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/3953/395351949011.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2018. 

RENNICK, J. E. et al. Children's psychological and behavioral responses following pediatric intensive care unit hospitalization: the caring intensively study. **BMC Pediatrics**, v. 14, p. 276, 2014. Disponível em:

<<https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2431-14-276>>.

Acesso em: 15 nov. 2018. 

RIOS, K. S. A.; WILLIAM, L. C. A. Intervenção com famílias como estratégia de prevenção de problemas de comportamento em crianças: uma revisão. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 4, p. 799-806, out./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.laprev.ufscar.br/documentos/arquivos/artigos/2008-rios-e-williams.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2018.

ROCHA, M. M. et al. **Guia para profissionais da saúde mental sobre o sistema Achenbach de avaliação empiricamente baseada (ASEBA)**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2010.

ROKACH, A. Psychological, emotional and physical experiences of hospitalized children. **Clinical Case Reports and Reviews**, v. 2, n. 4, p. 399-401, 2016. Disponível em: <<https://www.oatext.com/pdf/CCRR-2-227.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2018. 

SKINNER, E. A.; ZIMMER-GEMBECK, M. J. **The development of coping: stress, neurophysiology, social relationships, and resilience during childhood and adolescence**. New York: Springer, 2016. 

SPIRITO, A.; STARK, L. J.; WILLIAMS, C. Development of a brief checklist to assess coping in pediatric patients. **Journal of Pediatric Psychology**, v. 13, p. 555-574, 1988. Disponível em: <<https://nationalmentoringresourcecenter.org/index.php/toolkit/item/245-life-adaptive-coping-with-stress.html>>. Acesso em: 15 nov. 2018. 

VILLALONGA-OLIVES, E. et al. Pediatric health-related quality of life: a structural equation modeling approach. **PLoS ONE**, v. 9, n. 11, e113166, 2014. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0113166>>. Acesso em: 15 nov. 2018. 

ZIMMER-GEMBECK, M. J.; SKINNER, E. A. The development of coping across childhood and adolescence: an integrative review and critique of research. **International Journal of Behavioral Development**, v. 35, n. 1, p. 1-17, 2011. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0165025410384923>>. Acesso em: 15 nov. 2018. 

Recebido: 31 mar. 2018.

Aprovado: 12 jul. 2018.

DOI: <http://dx.doi.org/10.3895/rbqv.v10n4.8112>.

Como citar:

BASTOS, J. A. de A.; DIAS, T. L.; ENUMO, S. R. F. Problemas de comportamento, coping da hospitalização e qualidade de vida em crianças. **R. bras. Qual. Vida**, Ponta Grossa, v. 10, n. 4, e8112, out./dez. 2018. Disponível em: <<https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/8112>>. Acesso em: XXX.

Correspondência:

Jennifer Aline de Albuquerque Bastos

Rua Zulmira Canavarros, número 368, Centro Norte, Cuiabá, Mato Grosso, Brasil.

Direito autoral:

Este artigo está licenciado sob os termos da Licença Creative Commons-Atribuição 4.0 Internacional.

