

Revista da Graduação

Vol. 4

No. 1

2011

29

Seção: FACULDADE DE PSICOLOGIA

**Título: Percepções e Ajustamento à Doença em
Crianças Acometidas pelo Câncer**

Autores: Letícia Leuze Machado e Margareth da Silva Oliveira

Este trabalho está publicado na Revista da Graduação.

ISSN 1983-1374

<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/graduacao/article/view/8822/6186>

Percepções e Ajustamento à Doença em Crianças Acometidas pelo Câncer

Child's Perspective and Psychological Adjustment to Cancer

*Letícia Leuze Machado**
*Margareth da Silva Oliveira***

* Aluna de graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

** Professora Adjunta da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Resumo

O diagnóstico de câncer é frequentemente encarado como uma ameaça à vida e suscita nos pacientes reações diferentes. No caso de câncer pediátrico, a doença é vista como uma interrupção de desenvolvimento e traz grandes mudanças para toda a família. Este estudo objetivou estudar as percepções dos pacientes oncológicos sobre a experiência de ter câncer na infância, bem como seu ajustamento a tal situação através de depoimentos publicados na internet. Encontrou-se que as estratégias de enfrentamento foram as mais mencionadas pelas crianças em seus depoimentos e os problemas de comunicação os menos mencionados. Os resultados encontrados podem indicar novos caminhos de intervenção psicológica com pacientes acometidos por essa doença. Ademais, o estudo vem a contribuir para uma melhor compreensão sobre a experiência de ter câncer na infância.

Palavras-chave: câncer; crianças; estratégias de enfrentamento.

Abstract

The diagnosis of cancer is frequently faced as a threat to life and makes patients experience different reactions. When facing pediatric cancer, the disease is faced as a developmental rupture and causes great changes to the entire family. This study had the objective of studying, through interviews published on the internet, the experience of having childhood cancer through the eyes of the oncological patients, as well as their adjustment to their disease. It was found that coping strategies were the most mentioned by the children and the communication problems the least mentioned. The results found in this study can indicate new paths for future psychological interventions with this type of patients. Further, this study contributes to a better understanding over the childhood cancer experience.

Keywords: cancer; children; coping strategies.

INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença multifatorial, e caracteriza-se como uma massa de tecido anormal de crescimento descontrolado que se multiplica facilmente pelo corpo. Esse tecido não causa nenhum benefício fisiológico aos tecidos vizinhos e pode migrar para outras partes do corpo (ELIAS e SAUCIER, 2006). Acomete cerca de 100 em cada 1.000.000 de crianças a cada ano em todo o mundo (FRANÇOSO, 2001), sendo que 70% dessas conseguem ser curadas quando recebem o diagnóstico precocemente e fazem tratamento adequado em centros especializados (CAMARGO e MARX, 2000).

Apesar das estatísticas, sabe-se que a notícia do diagnóstico de câncer faz com que os pacientes vivenciem muitas perdas e fantasias em relação à morte e a dor (SILVA, LOUREIRA e SOUSA, 2004), conceitos estreitamente vinculados a representação social dessa enfermidade (RAMOS, CARVALHO e MANGIACAVALLI, 2007). No caso de um diagnóstico de câncer pediátrico, todo o estigma social ligado ao conceito da doença exacerba-se, e o apoio que os familiares e a equipe multidisciplinar podem oferecer ao paciente é fundamental (CARVALHO, 2002).

O desenvolvimento dos indivíduos é fortemente relacionado ao grupo familiar. Quando em face de uma doença crônica, o apoio que os familiares podem oferecer ao paciente é fundamental (CARVALHO, 2002). Se o grupo familiar possui um bom entendimento sobre a doença e estratégias eficientes para o enfrentamento desta, todo o processo de tratamento do paciente é facilitado. Além disso, Crepaldi, Linhares e Perosa (2006) consideram que o grupo familiar é essencial para uma adesão ao tratamento pediátrico.

Além de exposições aos procedimentos invasivos, as crianças e seus familiares também estão sujeitos a outras circunstâncias tão estressantes quanto os aspectos médicos. Em geral, eles têm de se adaptar a um ambiente diferente, uma nova rotina, restrição do convívio familiar e, inclusive, afastamento escolar (FARIAS e CASTRO, 2004).

Valle (1997) acrescenta ainda que, é freqüente o aparecimento de ansiedade gerada pelas implicações do câncer, ocasionando uma diminuição da qualidade de vida, tanto do paciente quanto das pessoas que o cercam. A descrença na eficácia dos tratamentos e dúvidas quanto a origem da doença e sua evolução são questões freqüentemente vistas no tratamento de doentes oncológicos. Tais questões podem acabar por acarretar fantasias negativas a respeito de sua condição, aumentando ainda mais seu sofrimento.

Para Motta (2002) o câncer é uma vivência desestruturante para a criança, pois provoca uma ruptura no seu crescimento e desenvolvimento, exigindo que ela se

redimensione como ser-no mundo. A autora ainda acrescenta que a experiência de hospitalização gera ansiedade, o que acaba por alterar as percepções, emoções e compreensão dos pequenos sobre suas vivências.

Alguns estudos sobre esse tópico vêm sendo feitos. Ao pesquisar sobre a adaptação psicológica de crianças australianas em tratamento de câncer e seus familiares, Sawyer et al. (2000) encontraram que os problemas psicológicos eram significativamente maiores imediatamente após o diagnóstico. Porém, nas testagens seguintes – feitas anualmente, durante quatro anos – não havia diferenças significativas, o que sugeriria que as famílias apresentaram boa adaptação ao evento estressor.

Contrastantemente, Robinson et al. (2007) averiguaram em seu estudo que pais de crianças com câncer afirmam que, com o avanço do tratamento, as crianças apresentam sintomas de vulnerabilidade. Embora as crianças não tenham se mostrado tão influenciáveis pelo funcionamento dos pais quando comparadas à crianças do grupo controle. Os autores sugerem que esse dado pode ter aparecido em razão de as crianças com câncer terem mais acesso à serviços de apoio psicossocial, embora esses possam passar a não ser mais suficientes para protegê-las contra o estresse conforme o avanço da doença.

Reinfjell et al. (2009), buscando investigar a saúde mental e ajustamento psicossocial de crianças em remissão de leucemia linfoblástica aguda (LLA) encontrou que elas apresentavam mais problemas de ajustamento e de saúde mental do que crianças saudáveis. O funcionamento social, emocional e comportamental de crianças com câncer também foi explorado por Noll et al. (1999). Através de informações concedidas pelos amigos, professores, pais e pelas próprias crianças, os autores averiguaram que as crianças em tratamento quimioterápico não diferiam significativamente das crianças saudáveis, embora fossem vistas pelos professores como mais sociáveis e pelos amigos como sendo mais facilmente aceitas socialmente.

Os dados obtidos em tal estudo podem indicar a utilização de estratégias de enfrentamento (*coping*). Segundo Lazarus e Folkman (1984), estar em *coping* significa que o indivíduo está tentando se livrar da situação estressante. Para Stroebe e Stroebe (1999) o *coping* é um recurso psicológico e as formas de ajustamento para situações estressantes são muitas, variando de pessoa para pessoa.

Motta e Enumo (2002) ao aplicarem um instrumento de avaliação de estratégias de enfrentamento da hospitalização em crianças entre seis e doze anos, averiguaram que havia respostas de enfrentamento mais positivas do que negativas. As respostas positivas diziam

respeito a atitudes como brincar, conversar e rezar, enquanto que as respostas negativas diziam respeito a esconder-se, sentir culpa e chantagear.

Apesar desses recursos psicológicos, ter câncer é um evento importante na infância e parece interferir na construção de identidade (BENITES, 2004). A forma como o paciente irá reagir, segundo Cardoso (2007), dependerá muito da sua personalidade e do estágio em que a doença se encontra.

Portanto, o trabalho aqui proposto, abordará as repercussões do câncer na percepção das crianças adoentadas, bem como as estratégias de enfrentamento das quais elas se utilizam a fim de trazer esses aspectos para discussão e possivelmente ajudar em práticas futuras de intervenção psicológica com pacientes oncológicos. Sendo assim, optou-se por se utilizar de depoimentos publicados na internet para que houvesse uma menor exposição dos participantes a conteúdos, muitas vezes, considerados traumáticos, respeitando, assim, os aspectos éticos vinculados à pesquisa.

MÉTODO

Amostra

Foram utilizados quinze depoimentos de pacientes oncológicos disponíveis na internet, dos quais 86,76% estavam em língua inglesa e em forma de vídeo (n=13), enquanto 13,33% estavam em português e em forma escrita (n=2). Das crianças que forneceram seus depoimentos, 46,67% eram do sexo masculino (n=7), 53,33% do sexo feminino (n=8) e tinham idades entre 4 e 14 anos (M= 10,67; DP= 3,13). Quanto às doenças, 20% da amostra tinha tumores cerebrais (n=3), 13,33% leucemia (n=2), 13,33% rabdosarcoma (n=2), 6,67% câncer ósseo (n=1), 6,67% câncer no rim (n=1), 6,67% osteosarcoma (n=1), 6,67% linfoma de hodgkin (n=1), e 6,67% tumor na hipófise (n=1). Em três das entrevistas (20%) não era informado o tipo de câncer das crianças. Onze crianças estavam em tratamento (73,33%) e 4 em remissão (26,67%).

Procedimentos

Os depoimentos de pacientes oncológicos utilizados nesse estudo estavam publicados em forma de texto em *websites* e vídeos no *Youtube*. A busca foi realizada no *Google* e no *Youtube* com as seguintes palavras-chave em português e em inglês: criança, câncer, depoimento, entrevista, childhood cancer, interview, living with cancer e children. Dentre os depoimentos resultantes da busca, foram selecionados para análise apenas aqueles em que as

crianças relatavam em primeira pessoa as sensações que vivenciaram durante o processo de descoberta e/ou tratamento do câncer. Excluiu-se da amostra os depoimentos narrados por maiores de 15 anos, baseado nas estimativas de câncer na infância realizadas pela American Cancer Society (2010), no qual consideram crianças apenas os indivíduos com idade até 14 anos.

Para tanto, todos os depoimentos que surgiram nas buscas foram lidos e/ou assistidos a fim de determinar se estavam de acordo com os critérios de inclusão do estudo. Os depoimentos escritos que foram incluídos na amostra estavam todos em português. Entretanto, os depoimentos em vídeo que fecharam critério de inclusão, estavam todos em inglês e, portanto, foram traduzidos e transcritos para o português para posterior análise.

Análise de dados

Todos os depoimentos incluídos na amostra foram analisados e classificados em diferentes categorias. As categorias utilizadas foram estabelecidas de acordo com os conteúdos apresentados. Algumas foram criadas, e outras inspiradas nos instrumentos a seguir: Inventário de estratégias de *coping* (SAVÓIA, SANTANA e MEJIAS, 1996), Inventário QOLCC (Quality of Life for Cancer Children) de Yeh, Chao e Hung (2004) e Escala PIE (Perceived Illness Experience Scale) de Eiser, Kopel, Cool e Grimer (1999) não validados para o português.

Para a classificação, sete grandes categorias divididas em subcategorias foram estabelecidas: Aspectos físicos (Aparência física e Interferência em atividades); Aspectos Psicossociais (Sentimentos e Expectativas); Aspectos Sociais (Preconceito e Prejuízo social); Comunicação; Doença/Tratamento (Sintomas, Reação e Tratamento); Entendimento; e Estratégias de Enfrentamento (Atividades recreativas, Confronto, Afastamento, Autocontrole, Suporte social, Fuga-esquiva, Resolução de problemas e Reavaliação positiva e Religiosidade). Tais categorias foram especificadas a fim de facilitar a extração de dados sobre as percepções das crianças quando do diagnóstico e durante o processo de tratamento do câncer, bem como as estratégias das quais se utilizaram para melhor se ajustarem à doença. Além disso, para facilitar a análise dos dados, diferenciou-se as estratégias de enfrentamento entre estratégias comportamentais e estratégias cognitivas. As estratégias comportamentais dizem respeito às atividades recreativas, enquanto que as estratégias cognitivas envolvem as estratégias de confronto, afastamento, autocontrole, suporte social, fuga-esquiva, resolução de problemas, reavaliação positiva e religiosidade.

A partir disso, foram feitos recortes de falas que foram analisados com base na busca teórica realizada previamente. Duas pessoas fizeram as classificações das falas a fim de tornar esse estudo mais fidedigno. A partir dessas classificações, fez-se um levantamento do número de vezes que cada categoria aparece em todas as falas, bem como as subcategorias mais frequentes.

Realizou-se também uma análise das estratégias utilizadas pelos diferentes grupos etários. Dividiu-se a amostra em três diferentes grupos de acordo com os estágios cognitivos descritos por Piaget (1978) a fim de determinar o tipo de estratégia mais utilizada por cada faixa etária. O grupo 1 diz respeito aos participantes de 4 à 6 anos, condizendo ao estágio pré-operatório; O grupo 2 inclui participantes de 7 à 11 anos, condizendo ao estágio operatório concreto; e o grupo 3 inclui participantes de 12 à 14 anos, condizendo ao estágio de operações formais.

RESULTADOS

A partir da análise realizada, verificou-se que houve um total de 161 respostas classificadas. Dessas respostas, quando se considerando as sete grandes categorias classificatórias, verificou-se que, 26,70% apontavam para questões relacionadas a estratégias de enfrentamento (n=43); 21,73% para tratamento e a doença em si (n=35); 19,25% para aspectos psicossociais da doença (n=31); 14,90% para entendimento sobre a doença e todo o processo de tratamento (n=24); 7,25% para aspectos físicos ocasionados pela doença (n=12); 6,83% para aspectos sociais relacionados à doença (n=11); e 3,10% para aspectos relacionados à comunicação envolvida no processo (n=5).

Analizou-se também quais subcategorias aparecem com mais frequência nos depoimentos prestados pelas crianças. Verificou-se que a mais frequente foi a de Entendimento sobre a doença com 14,91% (n=24); seguida de 13,04% para a categoria Tratamento (n=21); 12,42% para Sentimentos (n=20); 6,83% para Expectativa (n=11); 4,97% para Sintomas (n=8); 4,97% para Atividades recreativas (n=8); 4,97% para Suporte social (n=8); 4,35% para Interferência em atividades (n=7); 3,72% para Prejuízo social (n=6); 3,72% para Reação à doença (n=6); 3,72% para Reavaliação positiva (n=6); 3,11% para Aparência física (n=5); 3,11% para Preconceito (n=5); 3,11% para Comunicação (n=5); 2,48% para Confronto (n=4); 2,48% para Autocontrole (n=4); 2,48% para Religiosidade (n=4); 1,87% para Afastamento (n=3); 1,87% para Fuga-esquiva (n=3); e 1,87% para Resolução de problemas (n=3).

Dentre as estratégias de enfrentamento utilizadas (n=43), as estratégias Atividades recreativas e Suporte social foram as mais citadas com 18,61% (n=8), seguidas de 13,94% de Reavaliação positiva (n=6), 9,30% de Confronto (n=4), 9,30% de Autocontrole (n=4), 9,30% de Religiosidade (n=4), 6,98% de Afastamento (n=3), 6,98% de Fuga-esquiva (n=3) e 6,98% de Resolução de problemas (n=3).

Verificou-se na análise de estratégias utilizadas pelos diferentes grupos etários, que, para as subcategorias de estratégias de enfrentamento do grupo 1 (n=2), apenas a estratégia comportamental foi citada, resultando em 100% das respostas vinculadas às atividades recreativas. Para o grupo 2 (n=27), a estratégia comportamental apareceu em 22,22% das respostas (n=6), enquanto que as estratégias cognitivas apareceram com 77,78% das respostas (n=21). Dessa categoria, 22,22% das respostas diziam respeito à estratégia de enfrentamento de Suporte social (n=6), 14,82% à estratégia de Confronto (n=4), 11,11% à estratégia de Reavaliação positiva (n=3), 7,41% à estratégia de Religiosidade (n=2), 7,41% à estratégia de Afastamento (n=2), 7,41% à estratégia de Autocontrole (n=2), 3,70% à estratégia de Fuga-esquiva (n=1) e 3,70% à estratégia de Resolução de problemas (n=1).

Em contrapartida, o grupo 3 (n= 14) não apresentou nenhuma resposta vinculada à estratégias comportamentais, resultando em 100% das respostas vinculadas à estratégias cognitivas. Dessas estratégias, a estratégia de confronto não foi citada, 21,42% diziam respeito à estratégia de Reavaliação positiva (n=3), 14,29% à estratégia de Autocontrole (n=2), 14,29% à estratégia de Suporte social (n=2), 14,29% à estratégia de Fuga-esquiva (n=2), 14,29% à estratégia de Resolução de problemas (n=2), 14,29% à estratégia de Religiosidade (n=2) e 7,13% à estratégia de Afastamento (n=1).

DISCUSSÃO

O estudo produziu uma análise do conteúdo expresso por crianças portadoras de câncer quando falando de sua doença, classificando-o em 20 categorias ao todo. Sabe-se que todo o processo do diagnóstico e do tratamento do câncer acarreta grande estresse emocional tanto no paciente quanto nos familiares e, por ser todo o tratamento cercado por incertezas e instabilidade, é importante que se investigue o que pensam as crianças durante esse processo.

Estratégias de Enfrentamento

Nas entrevistas, o fator de estratégias de enfrentamento (*coping*) foi citado em 26,70% dos relatos (n=43). De acordo com Lazarus e Folkman (1984), esse fator é importante quando

utilizado pelas pessoas para lidar com as situações estressantes. O inventário de Estratégias de *Coping* de Lazarus e Folkman, validado para o português (SAVÓIA et. al., 1996), é um instrumento amplamente utilizado para averiguar essas estratégias e contém oito fatores que indicam as mais utilizadas. Para o presente estudo, nos deteremos em apenas alguns: Suporte social, Reavaliação positiva, Confronto, Autocontrole, Afastamento, Fuga-esquiva e Resolução de problemas. Além desses, outras duas estratégias de enfrentamento são citadas na literatura: Atividades recreativas (MOTTA e ENUMO, 2002) Religiosidade (FARIA e SEIDL, 2005; FARIA e SEIDL, 2006; SANCHEZ, FERREIRA, DUPAS e COSTA, 2010).

A Atividade recreativa, única estratégia comportamental do estudo, foi a mais citada juntamente com a estratégia cognitiva de Suporte social. Para Motta e Enumo (2002), respostas comportamentais tais como brincar, conversar e ler são respostas de enfrentamento positivas. Nos relatos analisados, as crianças demonstram preferência por atividades gráficas, como visto abaixo:

“No hospital eu fiz um desenho” (C2, masculino, 8 anos)

“Eu sempre escrevi em meu quarto e o decorei. Enquanto eu estava no hospital, eu fiz um vídeo” (C9, feminino, 11 anos)

Benites (2004) acrescenta que desenhar também é uma forma de brincadeira, além de poder ser tomado como via de expressão de sentimentos. Quanto às estratégias de enfrentamento cognitivas, o Suporte social foi a mais citada. Ele diz respeito à procura de informações feita pelos pacientes e ao suporte emocional que recebem (KRISTENSEN, SCHAEFER e BUSNELLO, 2010). O fato de ter aparecido com mais frequência do que as outras estratégias de enfrentamento cognitivas corrobora com resultados de estudos anteriores que demonstraram uma preferência das crianças ocidentais em utilizar essa estratégia para lidar com o câncer (ALDRIDGE e ROESCH, 2007; COLE, BRUSCHI, e TAMANG, 2002).

De acordo com Dóro, Pasquini, Medeiros, Bitencourt e Moura (2004) é essencial que o paciente seja beneficiado pela rede social de apoio durante todo o decorrer do tratamento da doença, fato este que pode ser melhor ilustrado através dos discursos das pacientes abaixo:

“Meus amigos permaneceram comigo durante todo o meu tratamento e isso foi muito importante para mim” (C10, feminino, 14 anos)

“Por isso que o acampamento é tão importante para mim, porque todos aqui sabem pelo o que você está passando” (C4, feminino, 11 anos)

Segundo Lemos, Lima e Mello (2004), o maior suporte vivenciado pelas crianças com câncer vem da própria família, pois são esses quem assumem a rotina hospitalar, tais como as

internações, os retornos ambulatoriais e os cuidados com as medicações e, geralmente, são os que recebem a notícia do diagnóstico juntamente com a criança, conforme ilustrado abaixo:

“Meu papai e minha mamãe estavam lá segurando minha mão um pouquinho” (C13, feminino, 10 anos)

Fatiadou, Barlow, Powell e Langton (2008) colocam ainda que o fator Suporte social tem papel fundamental para o desenvolvimento de otimismo em relação aos resultados do tratamento em pacientes oncológicos, embora muitas vezes a doença diminua a habilidade da criança e de seus familiares de manter relações sociais. Para Wallander e Varni (1998) não são as conexões sociais em si que são protetivas contra o sofrimento emocional, mas sim como os indivíduos as percebem e interpretam.

Além disso, Oliveira, Dantas e Fonsêca (2005) afirmam que crianças que não contam com uma rede social adequada apresentam um maior número de reações físicas durante o tratamento comparadas à crianças com redes de apoio social adequadas. De acordo com os autores, o apoio dos familiares também pode contribuir para que as crianças sintam-se mais seguras e protegidas, podendo reagir mais positivamente a situação de doença.

Correia (2010) acrescenta ainda que pessoas que tem bom grupo de apoio, tendem a fazer mais esforços para criar significados positivos à situações estressantes, resultando em maior crescimento pessoal. É justamente à isso que se refere a Reavaliação positiva. De acordo com Silva (2005), a situação de adoecimento pode ser vista como uma oportunidade de mudar positivamente sua vida e reavaliar valores e condutas, como expresso no recorte de falas a seguir:

“Eu penso que por mais que o câncer machuque você, no final, quando você sobrevive ao tratamento, o tratamento e toda a experiência, fazem de você mais forte. Então você vai de quase fraco até mais forte do que você era no início. Te dá uma nova perspectiva de vida” (C6, feminino, 12 anos)

Os pacientes que buscam fazer o enfrentamento através desse fator, de acordo com Sanchez et. al. (2010), tendem a apresentar menos angústia. Essa estratégia é utilizada comumente entre pacientes em tratamento radioterápico e é relacionada à aspectos de satisfação com a vida e bem-estar subjetivo. A fala a seguir pode ser tomada como exemplo de possível bem-estar subjetivo em relação ao fato de estar em estado de remissão da doença:

“Eu acho que a experiência de um veterano é muito parecida com a experiência de sobreviver ao câncer, porque você está voltando de uma guerra, você está voltando da luta pela sua vida” (C7, feminino, 14 anos)

Para Kristensen et. al. (2010), a estratégia de Confronto diz respeito aos esforços agressivos do sujeito em busca de alterar a situação estressora na qual está. No exemplo a seguir, o menino expressa a vontade de lutar contra sua doença além é claro, de se ver como lutando para honrar o amigo Jason, morto por um câncer:

“Eu vou lutar contra o câncer por Jason (amigo) todos os dias” (C11, masculino, 9 anos)

Para Quintana, Arpina, Pereira e Santos (2007) apesar de as passarem a se utilizar da estratégia de Confronto a fim de conseguir realizar o tratamento apesar de não necessariamente gostarem do ambiente hospitalar. A paciente a seguir demonstra a utilização dessa estratégia de *coping* ao falar sobre sua vontade de vencer a doença, apesar das adversidades:

“Eu só sei que eu nunca devo desistir” (C13, feminino, 10 anos)

De acordo com Batista (2008), essa estratégia também promove a possibilidade de perceber e aproveitar melhor as oportunidades a fim de controlar a situação estressora. Em alguns casos, as crianças podem encontrar soluções para encararem situações que poderiam vir a evitar se não fizessem uso dessa estratégia, como na fala abaixo, onde ao invés de evitar sair na rua, C6 encontrou uma maneira de confrontar o problema:

“Eu vestia um boné porque não queria que ninguém visse minha careca” (C6, feminino, 12 anos).

A estratégia de Autocontrole engloba os esforços realizados pelo sujeito a fim de regular seus próprios sentimentos e ações (KRISTENSEN et. al., 2010). Essa estratégia também se refere a busca dos pacientes por pensamentos e idéias positivas em relação ao processo e evitação de idéias negativas (SILVA, 2005), como no exemplos a seguir:

“Eu tentei ao máximo para me manter positiva e manter a esperança” (C9, feminino, 11 anos)

“Se pensar nos pontos positivos, ajuda a curar mais rápido” (C6, feminino, 12 anos)

Essa estratégia de *coping* foi investigada por um grupo de pesquisadores de Hong Kong e chegou-se a conclusão de que é a mais utilizada por crianças orientais para o enfrentamento do câncer (LI, CHUNG, HO, CHIU e LOPEZ, 2010). De acordo com os autores, esse tipo de estratégia é mais utilizada quando o paciente acredita que não há possibilidade de modificar a situação. A seguir, exemplo da fala de C7 quanto a utilização dessa estratégia no momento do diagnóstico:

“Eu queria muito chorar, mas estava segurando” (C7, masculino, 14 anos)

O ato de se deparar com a nova realidade imposta acarreta incertezas e sentimentos de desespero (MONTEIRO et al., 2008), portanto, dependendo do estágio do tratamento, pode haver momentos em que o paciente realmente pense que não há possibilidade de modificar a situação e utilize-se de estratégias como a criança C7 a fim de tentar se manter tranquilo frente à situação ameaçadora.

Existem outros recursos utilizados pelos pacientes com esse mesmo objetivo, como o Afastamento, a estratégia menos citada nos relatos juntamente com Fuga-esquiva e Resolução de problemas. Segundo Kristensen et. al. (2010), ele está vinculado a esforços cognitivos de desprendimento e minimização da situação. Para Cardoso (2007), isso acontece porque a idéia de possível morte se faz presente a todo instante e a utilização desse recurso é útil para lidar com sentimentos de impotência que oscila em situações como essa. Porém, os comportamentos gerados em decorrência dessa estratégia, podem vir a prejudicar o curso do tratamento, dependendo da intensidade com que for utilizada.

Para Li et. al. (2010), essa estratégia também pode ser identificada pela recusa em pensar sobre a situação ou pela tentativa do paciente de tentar esquecer o problema. Ambas as situações podem ser ilustradas a seguir:

“Abraçei minha mãe para bloquear todas as outras coisas que o médico estava dizendo” (C5, feminino, 14 anos)

“Eu tentava não pensar sobre o câncer” (C9, feminino, 11 anos)

Essa estratégia pode ser positiva quando de curta duração em situações onde há uma limitação de possibilidades de ações diretas dos pacientes para resolução do problema (DRAGESET, LINDSTROM e UNDERLID, 2010), como no caso do câncer, onde há uma perda do controle de sua vida e, conseqüentemente, passa-se a ter a vida sob o manejo médico. Essa estratégia pode vir a ser desadaptativa se tiver maior duração, pois implica na não-adaptação do paciente a situação estressora.

Da mesma maneira, a estratégia de Fuga-esquiva corre o mesmo risco. Essa estratégia é utilizada com o objetivo de escapar ou evitar a situação estressora (KRISTENSEN et. al., 2010), através de pensamentos fantasiosos ou comportamentos evitativos (LI et. al., 2010). Como no recorte de fala abaixo:

“Eu quero estar em um lugar ensolarado, seguro e fora do hospital” (C9, feminino, 11 anos).

De acordo com Deimling et. al. (2006), esse tipo de *coping* é esperado na fase inicial da doença e pode ser adaptativo na medida em que pode ajudar o paciente a integrar a doença a sua vida cotidiana de uma forma não abrupta. Provavelmente em razão disso não apareceu

com tanta frequência nos relatos, pois as crianças que concederam os depoimentos já estavam em processo de tratamento há algum tempo. No exemplo a seguir, C7 fala sobre os primeiros pensamentos que teve quando soube da doença e do tratamento que viria. Ele demonstra vividamente a utilização da estratégia de Fuga-esquiva:

“Me fixei em pensar nas coisas que eu poderia ter feito, como correr, praticar esportes, ser tipo uma criança normal” (C7, masculino, 14 anos)

Hampel, Rudolph, Stachow, Laß-Lentzsch e Petermann (2005) descrevem que esse tipo de estratégia não é comum em crianças pequenas e tende a estar mais presente em adolescentes. No presente estudo, essa estratégia foi citada em apenas 1,87% dos relatos (n=3). Quando analisando sua frequência nos diferentes grupos etários, verificou-se que no grupo 3 foi mencionada duas vezes (14,29%), o que foi maior do que no grupo 2, onde foi citada uma vez (3,71%), e do que no grupo 1, onde não foi citada nenhuma vez, o que indica que sua utilização foi maior nas crianças mais velhas do que nas crianças menores. Junior (2009) argumenta ainda que, esse tipo de *coping* se correlaciona com afeto negativo e parece desenvolver mal-estar subjetivo, podendo levar o paciente a quadros de estresse. No entanto, o estresse pode vir a ser útil, servindo como impulso para tomada de decisões e resolução de problemas, melhorando o funcionamento do paciente (BATISTA, 2008).

A Resolução de problemas, outra estratégia citada em apenas 1,87% dos relatos (n=3), envolve os esforços do indivíduo de alterar a situação, focando-se no problema (KRISTENSEN et. al., 2010). Esse tipo de *coping* se relaciona, ao contrario do Fuga-esquiva, com afetos positivos e bem-estar subjetivo, bem como melhora de humor e menos sintomas pós-traumáticos (IOBST et. al., 2009; JUNIOR, 2009). A seguir, os recortes de fala da paciente C5 demonstram as atitudes tomadas por ela a fim de fazer da sua experiência o menos traumática possível:

“Lembro de pegar uma caneta de uma das enfermeiras e escrever ‘eu te amo’ no joelho da minha perna e essa foi a última coisa que eu basicamente fiz pela minha perna [...] Comecei em uma escola nova e eu queria mostrar as crianças que eu era como eles, então no meu primeiro dia de aula eu fiz um pequeno texto sobre minha perna e sobre minha situação e como isso afetava a minha vida” (C5, feminino, 14 anos)

O fato de essa ter sido uma das estratégias menos citada pelas crianças, pode indicar que também foi a menos utilizada por eles. Isso pode se decorrer do fato de que os pais ou responsáveis são os que tendem mais a se focar nas etapas de resolução do tratamento, pois são eles os responsáveis por levar os pacientes às consultas. Esse fato foi investigado por Del Bianco Faria e Cardoso (2010), que comprovaram em seu estudo sobre cuidadores de crianças

com câncer, que realmente a estratégia de Resolução de problemas é a mais utilizada por eles e pouco utilizada pelas crianças.

Alguns autores sugerem também que essa estratégia pode abarcar também a esfera religiosa (FORNAZARI e FERREIRA, 2010; KRISTENSEN et. al., 2010), embora outros autores tratem desse fator separadamente (FARIA e SEIDL, 2005). Como forma didática, no presente estudo optou-se por fazer da Religiosidade uma categoria a parte da de Resolução de problemas.

A Religiosidade, que ocupou 2,48% dos relatos (n=4), é um conceito amplamente discutido, contudo, optou-se aqui pela definição de Worthington, Kurusu e McCullough (1996), em que a religiosidade é vista como a crença, valorização ou devoção a algum poder considerado superior para enfrentar situações de estresse (FARIA e SEIDL, 2006). No presente estudo, a religiosidade não demonstrou ser fortemente utilizada pelas crianças da amostra. Abaixo, alguns depoimentos que evidenciam o uso dessa estratégia:

“Nós pedimos sempre pra Ele me curar e nós nunca paramos e temos lido a Bíblia o tempo todo” (C13, feminino, 10 anos)

De acordo com Sanchez et. al. (2010), essa estratégia é importante na medida em que se apresenta como busca pela construção do significado da vida. Além disso, quando em nível moderado, está associada à diminuição da depressão.

“Eu acredito que para Deus nada é impossível” (C15, masculino, 14 anos)

O depoimento acima expressa a crença religiosa da criança em Deus e em sua capacidade de tirá-la da situação da doença. Silva e Acker (2007) afirmam que é através da busca de forças na fé que o paciente sente-se acolhido pela proteção de um ser poderoso que o acompanha e o ajuda a enfrentar todo o processo. Por essa razão, a religiosidade é uma estratégia bastante adaptativa em situações como essa.

Existem estudos que afirmam que as estratégias de enfrentamento não são igualmente utilizadas pelas diferentes faixas etárias (LI, CHUNG, WONG e HO, 2010; LI et. al., 2010). No presente estudo, ao se comparar as estratégias utilizadas pelos diferentes grupos etários, constatou-se uma diferença significativa entre eles. No grupo 1 – de crianças menores – apenas a estratégia comportamental foi citada. No grupo 2, a estratégia comportamental também foi citada na mesma frequência que a estratégia cognitiva de Suporte social. E no grupo 3 – de crianças mais velhas – a estratégia comportamental não foi citada, ficando a maioria das respostas referentes a estratégia cognitiva de Reavaliação positiva.

Os resultados obtidos corroboram com os achados de que crianças mais novas ainda não atingiram a maturidade cognitiva necessária para entender completamente os estressores e

portanto não conseguem assimilar a situação tão bem quanto crianças mais velhas (LI et. al., 2010). Em geral, as crianças mais velhas tendem a se utilizar de controles internos (estratégias cognitivas) ao invés de controles externos (estratégias comportamentais), porque apresentam capacidades cognitivas eficazes para controlar os medos e a ansiedade (OLIVEIRA et. al., 2005).

Doença / Tratamento

O impacto do tratamento é bastante presente para as crianças e muitas vezes, ocasiona sentimentos de ansiedade quanto aos sintomas ou recidiva da doença (EISER, HAVERMANS e KERNAHAN, 1995). Nos depoimentos analisados, 21,73% dos relatos apresentavam questões relacionadas à doença e o tratamento (n=35), divididos entre as subcategorias Tratamento (n=21), Sintomas (n=8) e Reação (n=6).

O tratamento do câncer demanda um tempo grande de hospitalizações e, portanto, toma um considerável espaço dentro da vida dos pacientes e por essa razão, é esperado que a maior parte dos depoimentos quanto a doença envolvam o aspecto do tratamento desta. A seguir, o relato de algumas crianças sobre essa situação:

“30 dias de radiação e 10 meses de quimio” (C2, feminino, 8 anos)

“Meu tratamento seria quimioterapia e cirurgia para remover a minha perna direita” (C5, feminino, 14 anos)

“Eu tenho esses tubos em meu corpo, um é vermelho e o outro é branco. Então eles põem a minha medicação aqui nessa bomba e depois aqui dentro pro meu corpo e é assim que eu tomo minha medicação!” (C9, feminino, 11 anos)

Da mesma forma, os sintomas causados pela doença ou os sintomas de efeitos colaterais do tratamento ocupam a vida das crianças. Françoso (2001) relata que em seu trabalho com grupos de crianças portadoras de câncer, esses eram os tópicos mais frequentes das conversas do grupo. Nos relatos estudados, informações sobre os sintomas apareceram da seguinte forma:

“Eu vomito” (C1, masculino, 9 anos)

“Um dia eu comecei a ter dores de cabeça” (C11, masculino, 9 anos)

“Eram dores de cabeça terríveis e eu não conseguia controla-las, mesmo com remédios, não funcionava” (C13, feminino, 10 anos)

Em contrapartida, a subcategoria Reação à doença foi a menos citada pelas crianças, ainda que com frequência considerável. A grande maioria dos pacientes que recebe o

diagnóstico reage da mesma maneira, procurando de início razões ou circunstâncias que os levou àquele momento (DÓRO et al., 2004), reação esta expressa em um dos depoimentos:

“Quando eu ouvi que tinha câncer...Eu estava tipo “como peguei isso? De onde isso veio?” Minha mãe estava perto e eu perguntei “Eu vou morrer? O que vai acontecer? Eu vou morrer?” (C6, feminino, 12 anos)

O período do diagnóstico gera também reações de choque entre os membros da família, sendo vivenciado como um tempo de incertezas e sentimentos de angústia diante da possibilidade de morte (MENEZES, PASSARELI, DRUDE e SANTOS, 2007). Além dessa possibilidade, a doença está diretamente ligada a interrupção frustrante do percurso da vida, tornando angustiante a vivência a qual passam a ser submetidos o paciente e as pessoas que o cercam (MONTEIRO et al., 2008). Em razão disso, ocorrem reações como as descritas a seguir:

“Depois de ouvir a palavra câncer eu peguei uma caixa de lenços e comecei a chorar” (C5, feminino, 14 anos)

“Eu me lembro de ter ouvido uma batida na porta e o grupo todo de oncologistas entrou na sala e eu me lembro de saber que aquela seria uma notícia ruim” (C2, feminino, 8 anos)

Aspectos Psicossociais

O câncer infantil, de acordo com Menezes et. al. (2007) têm impacto sobre o paciente e a família, tornando-os vulneráveis ao sofrimento psíquico. A categoria Aspecto psicossocial, portanto, abarca o estado de humor, ansiedade ou expressão de medos (LIMA, GUERRA, e LEMOS, 2009). Nos depoimentos estudados, 19,25% abarcavam esse aspecto (n=31). As subcategorias que essa estratégia inclui são Sentimentos e Expectativas.

De acordo com Almeida (2005), a hospitalização é uma experiência marcada pelo sofrimento, e pode vir a gerar raiva e agressividade na criança. A depressão também, segundo Valle (1997), é um dos aspectos emocionais que mais acomete os pacientes oncológicos:

“De repente você fica todo deprimido, e brabo” (C9, feminino, 11 anos)

Dentre os sentimentos mais comuns em pacientes oncológicos estão sensações de raiva, culpa, tristeza, irritabilidade, ansiedade, medo, choque, descrença, entre outros (BERGAMASCO e ÂNGELO, 2001). Nos depoimentos das crianças do presente estudo, alguns sentimentos foram mencionados, como segue abaixo:

“Às vezes, me faz sentir triste porque eu não gosto desse câncer e as vezes me faz sentir feliz, porque o câncer está indo embora” (C3, masculino, 4 anos)

“Eu ficava muito preocupada” (C6, feminino, 12 anos)

“Eu não me sinto normal” (C8, masculinos, 10 anos)

Quanto às expectativas, Alencar, Lamêgo e Pereira (2007) afirmam que elas são fortemente influenciadas pelo vínculo e segurança transmitida pelos profissionais responsáveis pelo tratamento. Entre as expectativas mais comuns em pacientes com câncer está a esperança de cura e o desejo de voltar para casa (CAMPOS, RODRIGUES, MACHADO e ALVAREZ, 2007). Essas foram exatamente as expectativas mencionadas pelas crianças do presente estudo:

“Eu tenho esperança. Tenho certeza de que um dia meu câncer irá embora” (C7, masculino, 14 anos)

“Eu estou confiante de que eles vão tirar todo o câncer e eu não terei mais de passar por tudo isso” (C8, masculino, 10 anos)

Entendimento

A criança, por menor que seja, sente necessidade de saber o que está acontecendo com ela (CAMPOS et. al., 2007), e mesmo que nada seja dito pelos pais ou pela equipe diretamente à ela, a criança sempre acaba sabendo o que tem (VALLE, 2007). Na amostra, essa foi a subcategoria mais freqüente e de acordo com Yeh et al. (2004), ela envolve as informações concedidas por outras pessoas, o conhecimento da criança sobre o que aconteceu com ela, sobre o progresso da doença e o prognóstico.

Françoso (2001) afirma ainda que esse entendimento está fortemente relacionado às informações concedidas pelos adultos, embora também varie de acordo com o desenvolvimento cognitivo-emocional das crianças. Através das informações fornecidas à elas, as crianças formam seus próprios conceitos sobre a doença, compatíveis com a sua maturação cognitiva, como pode se observar a seguir:

“Tenho tumor cerebral [...] tenho que ficar doente (C1, masculino, 9 anos)

“Se tivessem esperado mais uma semana ou coisa assim, o meu olho teria vindo pra fora” (C2, feminino, 8 anos)

“Eu tinha uma parte da minha cabeça que estava mal, é chamado de osteosarcoma” (C12, masculino, 6 anos)

Todos os depoimentos acima estão em linguagem simples e explicam à sua maneira o que entendem sobre o que está lhes acontecendo. C1 parece entender que deve ficar doente em razão do tumor e não que o tumor o faça ficar doente. Provavelmente esse entendimento provém de alguma falha na comunicação de um adulto para com ele. Enquanto C2 expressa

em sua fala o entendimento que faz sobre a gravidade de sua doença, C12 encontrou a melhor maneira de entender seu tumor caracterizando-o como uma parte da sua cabeça que *não estava bem*. Pode parecer uma linguagem simplória, mas é, na verdade, extremamente adequada a maturação cognitiva de uma criança de seis anos. Uma criança mais velha, por sua vez, será capaz de explicar o que é um tumor de uma forma muito mais madura e próxima da realidade, como se observa abaixo:

“Câncer é uma doença onde um grupo de células em qualquer parte do seu corpo se multiplica rapidamente para formar um tumor, e então, esse tumor pode se espalhar e crescer em qualquer outra parte do seu corpo e eventualmente começam a destruir o que eles chamam de as “células boas” do corpo” (C5, feminino, 14 anos)

“Eu tenho rabdomiosarcoma, o que é tumor de tecidos moles que acabou acontecendo no meu olho” (C7, masculino, 14 anos)

Segundo Ribeiro e Junior (2009) é importante que as crianças entendam características fundamentais sobre sua doença para evitar situações de preconceito, por exemplo. Abaixo temos um exemplo desse conhecimento:

“O câncer apenas acontece com você, não é de passar para as pessoas” (C7, masculino, 14 anos)

Além disso, a criança deve entender todos os procedimentos pelos quais passará (RIBEIRO e JUNIOR, 2009) a fim de diminuir o medo e a ansiedade perante o desconhecido. Abaixo, depoimento de C8 sobre o tratamento que vem fazendo:

“Quimioterapia mata as células cancerígenas” (C8, masculino, 10 anos)

Por mais simplória que a explicação seja, há uma diferença na reação das crianças em relação a sua rotina hospitalar. A partir de explicações como essas concedidas pelos adultos, a criança passa a ser uma participante ativa e colaborativa no processo, a medida em que entende o sentido dos procedimentos e as restrições que o tratamento impõe (QUINTANA et. al., 2007).

Aspectos Físicos

O aspecto físico, de acordo com Lima et. al., (2009), diz respeito à presença de sintomas ou à incapacidade de realizar tarefas devido à imobilidade, dor ou mal-estar. Para alguns autores, esse fator engloba também a aparência física decorrente dos tratamentos (EISER et. al., 1995; FRANÇOSO, 2001).

Para a classificação das falas analisadas no presente estudo, subdividiu-se esse aspecto em duas subcategorias: Aparência física e Interferência em atividades. A interferência em

atividades é caracterizada como a interrupção ou dificuldade de realizar atividade de rotina, antes realizadas com destreza (YEH et. al., 2004), bem como incapacidade de desempenhar atividades apropriadas à idade, relacionadas à mobilidade (LIMA et. al., 2009). A seguir, exemplos de interferência em atividades citadas pelas crianças:

“Fazem dois anos que não vou à escola” (C7, masculino, 14 anos)

“Eu tenho que ficar em casa e é muito difícil porque parece que estou trancado em um lugar e não posso sair...o que é verdade, eu não posso sair!” (C8, masculino, 10 anos)

Os dois relatos acima trazem conseqüências bastante comuns vivenciadas por crianças com câncer (EISER et. al., 1999; MENEZES et. al., 2007; SANCHEZ et. al., 2010). A partir do início dos tratamentos quimioterápicos há uma queda no sistema imunológico e é recomendável que essas crianças fiquem em reclusão ou usem máscaras para que não fiquem tão vulneráveis à doenças oportunistas (HERMAN e MIYAZAKI, 2007), portanto, muitas vezes, elas se vêem, assim como C7 e C8 fora de suas atividades habituais e, portanto, sofrendo interferência em suas atividades devido ao câncer.

Além desses fatores, o câncer e seu tratamento geram uma série de efeitos colaterais, que incluem a alteração significativa da aparência física (REMEDI, MELLO, MENOSSI, e LIMA, 2008). Em grupos terapêuticos de crianças portadoras de câncer, a aparência física é um dos temas principais durante as discussões e muitas crianças compartilham suas impressões sobre as seqüelas físicas da doença e do tratamento (FRANÇOSO, 2001). A seguir, alguns exemplos cabíveis a essa subcategoria:

“Agora eles (amigos) vão me ver careca” (C6, feminino, 12 anos)

“Meu cabelo caiu” (C7, masculino, 14 anos)

A queda dos cabelos foi à questão mais mencionada dentro da subcategoria Aparência física, tanto no que diz respeito ao efeito colateral do tratamento, como mencionado por C7, ou como preocupação pela diferenciação das outras crianças, como exposto por C6. De acordo com Anders e Lima (2004), a perda de cabelos, dentre as dificuldades que permeiam a mudança da auto-imagem, é realmente a mais importante para as crianças, pois é o que acaba por diferenciá-la dentre as outras crianças e também o que as caracteriza mais visivelmente como portadoras de câncer.

Aspectos Sociais

O Aspecto social diz respeito à capacidade do indivíduo de manter relações sociais (LIMA et. al., 2009). Ele abarca também as impressões que as crianças têm de que outras crianças não querem ser suas amigas e que implicam com ela em relação a sua aparência

física (YEH et al., 2004), denotando assim, aspectos de preconceito e prejuízo social, ambas subcategorias desse item.

O preconceito para com a doença parte do conceito social do câncer (RAMOS et. al. 2007). De todas as maneiras, o paciente acaba vivenciando a doença como cercada por conotações negativas e se sente muitas vezes como numa batalha perdida contra essas representações (LORENCETTI e SIMONETTI, 2005). A seguir, o depoimento de C10 que ilustra bem essa percepção sobre a conotação da doença:

“Muitas pessoas pensam que o câncer é uma sentença de morte” (C10, feminino, 14 anos)

Ademais, estudos científicos apontam que o câncer é visto como uma doença contagiosa por muitas pessoas (WEIHERMANN, 2000; RAMOS et. al. 2007). Consequentemente, isso influencia a maneira de as pessoas se relacionarem com portadores de câncer, o que explica os relatos de algumas crianças em relação ao preconceito que sofrem diariamente:

“Algumas pessoas sentem nojo, tipo você vai me passar câncer ou alguma coisa assim.” (C7, masculino, 14 anos)

“Algumas pessoas riam de mim porque pensavam que eu era diferente” (C12, masculino, 6 anos)

Além da dificuldade de se conseguir freqüentar a escola durante o tratamento do câncer, pode haver uma evasão desse tipo de paciente do ambiente escolar especialmente em razão da convivência com os pares, que inclui momentos de rejeição e deboche (ROLIM e GÓES, 2009). De acordo com Eiser et. al. (1995), essas experiências de preconceito vêm a causar a rejeição de pares, além de dificuldades de integração na escola, ocasionando, portanto em um prejuízo social em todos os níveis. Na fala de C5 podemos perceber a rejeição sofrida por ela no ambiente escolar:

“Eu era a menina que não era convidada para as festas” (C5, feminino, 14 anos)

A paciente C5 teve uma das pernas removidas no tratamento contra o câncer, e por sofrer esse tipo de exclusão social, optou por sair da escola. Em contrapartida, buscou em outra escola se colocar de maneira diferente e explicar o que lhe havia acontecido, a fim de evitar uma reação negativa dos pares, o que se faz extremamente importante para a construção de sua auto-imagem (ANDERS e LIMA, 2004).

Comunicação

A comunicação é a melhor estratégia de clarificação sobre todos os aspectos da doença (MAURICE-STAM, 2007). No instrumento sobre qualidade de vida em crianças com câncer de Yeh et. al. (2004), a comunicação é abordada como relacionada a dificuldade do paciente de dizer aos pais, aos médicos ou às enfermeiras como se sentem ou mesmo fazer perguntas à eles. Esse aspecto também diz respeito a se sentirem incompreendidos pelas pessoas ou mesmo de não terem com quem conversar sobre a doença, como mencionado na fala a seguir:

“Quando você é uma criança com câncer, ninguém entende você verdadeiramente”
(C4, feminino, 11 anos)

De acordo com França (2001) muitos de seus pacientes sentiam dificuldade dos adultos de lhe relatarem informações sobre a doença e de não conseguirem entender suas apreensões quanto a isso. Nos relatos analisados, esse foi o item que apareceu com menor frequência, o que poderia indicar que essa não era uma das maiores dificuldades vivenciadas pelas crianças, embora quando presentes estivessem nos mesmos moldes mencionados por França (2001):

“A enfermeira se aproximou e ela estava tentando me dizer que tudo acabaria bem e eu me lembro de pensar que ela realmente não entendia” (C5, feminino, 14 anos)

Maurice-Stam (2007) acrescenta ainda que os pais e as crianças evitam falar entre si sobre os sentimentos despertados pela doença. De acordo com ele, isso seria uma estratégia protetiva para se resguardarem da confrontação com os sentimentos negativos do outro, entretanto se esses sentimentos forem fortes demais para serem contidos a necessidade de apoio se torna dominante.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo ateu-se em aspectos que dizem respeito aos significados que os pacientes atribuem à doença e a forma como a encaram. Geralmente, nessas situações, revela-se, por parte das crianças, uma grande necessidade de compartilhar medos, angústias e sentimentos despertados por aquele momento, e é nosso papel, como cuidadores, fornecer a eles esse espaço. Embora todos esses sentimentos e adversidades estejam presentes durante todo o processo, é importante averiguarmos o que para a criança tem mais valência naquele momento e o que mais tem lhe tomado energia cognitiva.

Na amostra do presente estudo, os resultados pareceram demonstrar que as crianças, apesar de todas as adversidades, procuraram manter suas atenções voltadas para o entendimento da doença através da busca de informações sobre o câncer e seu tratamento. É

possível que em razão disso, a categoria de estratégias de enfrentamento tenha sido a mais freqüente, pois a partir desse movimento em busca do conhecimento, as crianças foram capazes de encontrar estratégias de enfrentamento adequadas para lidar com os estressores. Provavelmente, em razão dessas estratégias que elas seguiram aderindo ao tratamento.

Quando há uma maior propensão do paciente aos aspectos negativos da doença, é importante que se façam intervenções psicológicas no sentido de desenvolver nele um maior repertório de estratégias de *coping* a fim de que o tratamento médico siga também da melhor maneira possível. Todas as categorias abordadas no estudo estão diretamente relacionadas à pesquisas sobre a qualidade de vida de pacientes oncológicos, portanto é importante que se desenvolvam mais pesquisas em que se abordem todos esses aspectos num acompanhamento horizontal dos pacientes para que possamos compreender melhor a vivência do câncer em todas as suas etapas.

É importante destacar também que para intervenções psicológicas mais efetivas, é necessário que o psicólogo caracterize a situação em que pretende atuar apropriando-se do caso (VALLE, 1997). Para tal, é essencial saber alguns aspectos importantes, tais como: dados de identificação do paciente, história de vida e outros aspectos que possam ajudar a conhecê-la melhor, além de algumas características sobre a doença, sua evolução e tratamento, bem como os significados que a criança atribui à experiência de estar doente e suas necessidades atuais (VALLE et al., 2001). Em suma, é importante uma escuta atenta do paciente, buscando averiguar sempre os aspectos relacionados à qualidade de vida, para que as intervenções sejam efetivas e adequadas a necessidade de cada um.

REFERÊNCIAS

ALDRIDGE A. A.; ROESCH S. C. Coping and adjustment in children with cancer: a meta-analytic study. **J Behav Med**;305(2),115–129. 2007.

ALENCAR, M.P.; LAMÊGO, A.N.; PEREIRA, L.M.C. **Famílias com crianças com câncer**. 2007. Disponível em: http://www.frb.br/ciente/Impressa/Psi/2004.2/SAUDE_Alda.pdf, acessado em 16/11/10.

ALMEIDA, F. A. Lidando com a morte e o luto por meio do brincar: a criança com câncer no hospital. **Boletim de psicologia**, vol. LV, 123, 149-167. 2005.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Cancer facts and figures**. 2010. Disponível em: <http://www.cancer.org/Research/CancerFactsFigures/CancerFactsFigures/cancer-facts-and-figures-2010>, acessado em 10/08/10.

ANDERS, J.C.; LIMA, R. A. G. Crescer como transplantado de medula óssea: repercussões na qualidade de vida de crianças e adolescentes. **Rev Latino-am Enfermagem**, 12(6), 866-74. 2004.

BATISTA, P. M. P. M. M. **Stress e coping nos enfermeiros dos cuidados paliativos em oncologia**. Dissertação de mestrado, Universidade do Porto, 2008.

BENITES, C. C. A. **A estruturação da identidade em crianças com câncer: aspectos psicodinâmicos e psicossociais**. Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2004.

BERGAMASCO, R.B.; ANGELO, M. O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 47(3), 277-282. 2001.

BOEY GIVES GLORY TO HER KING. Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=m2bb5unTCfI>>. Acesso em: 15/07/10.

BRAIN TUMOR CHILD'S "KID CAM" - ST. LOUIS CHILDREN'S HOSPITAL. Disponível em : <<http://www.youtube.com/watch?v=hAJ7I4o001Q>>. Acesso em: 15/07/10.

CANCER NEVER TOUCHED BOEY'S SPIRIT. Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=cvj-0RUpteo>>. Acesso em: 15/07/10.

CAMARGO, M.C.; MARX, A.G. **Reabilitação Física no Câncer de Mama**. São Paulo: Ed.Roca, 2000. 188 p. 2000.

CAMPOS, E. M. P.; RODRIGUES, A. L.; MACHADO, P.; ALVAREZ, M. Intervenção em grupo: experiência com mães de crianças com câncer. **Psicologia em Estudo**, Maringá, 12(3), 635-640. 2007.

CAMPOS, T. C. P. **Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais**. São Paulo: EPU. 1995.

CARDOSO, F.T. Câncer infantil: aspectos emocionais e atuação do psicólogo. **Revista SBPH**, 10(1). 2007.

CARVALHO, M. M. Psico-oncologia: história, características e desafios. **Psicologia USP**, 13(1), 151-166. 2002.

CHOMP CHILDHOOD CANCER- ADAM'S STORY. Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=Aq58edGfPIU>>. Acesso em: 15/07/10.

COLE, P. M.; BRUSCHI, C. J.; TAMANG, B. L. Cultural differences in children's emotional reactions to difficult situations. **Child Dev**, 73(3), 983-996. 2002.

CORREIA, A. C. R. **Coping e auto-eficácia em pais de crianças e adolescentes com diabetes tipo 1**. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto, 2010.

CREPALDI, M. A.; LINHARES, M. B. M.; Perosa, G. B. **Temas em psicologia pediátrica**. São Paulo: Casa do psicólogo. 2006.

DEIMLING, G. T.; WAGNER, L. J.; BOWMAN, K. F.; STERNS, S.; KERCHER, K.; KAHANA, B. Coping among older-adult, long-term cancer survivors. **Psycho-Oncology** 15, 143-159. 2006.

DEL BIANCO FARIA, A. M.; CARDOSO, C. L. Aspectos psicossociais de acompanhantes cuidadores de crianças com câncer: stress e enfrentamento. **Estudos de Psicologia**, 27(1), 13-20. 2010.

DÓRO, M. P.; PASQUINI, R.; MEDEIROS, C. R.; BITENCOURT, M. A.; MOURA, G. L. O câncer e sua representação simbólica. **Psicologia ciência e profissão**, 24(2), p.120-133. 2004.

DRAGESET, S.; LINDSTROM, T. C.; UNDERLID, K. Coping with breast cancer: between diagnosis and surgery. **Journal of Advanced Nursing**. 66(1), 149-158. 2010.

EISER, C.; HAVERMANS, T.; KERNAHAN, J. Development of a measure to assess the perceived illness experience after treatment for cancer. **Archives of disease in childhood**, 72, 302-307. 1995.

EISER, C.; KOPEL, S.; COOL, P.; GRIMER, R. The Perceived Illness Experience Scale (PIE): reliability and validity revisited. **Child: Care, Health and Development**, 25 (3), 179-190. 1999.

ELIAS, L.J.; SAUCIER, D. M. **Neuropsychology: clinical and experimental foundations**. Boston : Person/Allyn & Bacon, 560 p. 2006.

FACE OF COURAGE: KIDS LIVING WITH CANCER PART 1. Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=iDKNtYuuveo>>. Acesso em: 15/07/10.

FACE OF COURAGE: KIDS LIVING WITH CANCER PART 2. Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=iwKmp-218IU>>. Acesso em: 15/07/10.

FACE OF COURAGE: KIDS LIVING WITH CANCER PART 3. Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=glV8jbxEk-A>>. Acesso em: 15/07/10.

FARIA, J. B.; Seidl, E. M. F. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. **Psicologia: reflexão e crítica**, 18(3), 381-389. 2005.

FARIA, J. B.; SEIDL, E. M. F. Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Psicologia em Estudo**, 11, 155-164. 2006.

FARIAS, M. G.; CASTRO, S. M. Diagnóstico laboratorial das leucemias linfóides agudas. **J. Bras. Patol. Med. Lab.**, v. 40, n.2, p. 91-98. 2004.

FATIADOU, M.; BARLOW, J. H.; POWELL, L. A.; LANGTON, H. Optimism and psychological well-being among parents of children with cancer: an exploratory study. **Psycho-Oncology**, 17, 401-409. 2008.

FERRANDIS, E. D.; VAILLO, Y. A.; GARRIDO, M. J. G.; LÓPEZ, S. H.; SOLER, C. L. General distress, posttraumatic stress symptoms, and coping strategies in parents of children with cancer. **Temas em psicologia**, 16(1), 47-61. 2008.

FORNAZARI, S. A.; FERREIRA, R. E. R. Religiosidade/Espiritualidade em Pacientes Oncológicos: Qualidade de Vida e Saúde. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 26(2), 265-272. 2010.

FRANÇOSO, L. P. C. **Vivências de crianças com câncer no grupo de apoio psicológico: estudo fenomenológico**. Ribeirão Preto, 2001. Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, 2001.

GET TO KNOW JACK. Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=AF1j95WLJSo>>. Acesso em: 15/07/10.

GRUPO DE ASSISTÊNCIA À CRIANÇA COM CÂNCER - GACC. Disponível em: <<http://www.gaccbahia.org.br/>>. Acesso em: 19/07/10.

GRUPO EM DEFESA DA CRIANÇA COM CÂNCER - GRENDACC. Disponível em: <<http://www.grendacc.org.br/depoimentos.html>>. Acesso em: 19/07/10.

HAMPFEL, P.; RUDOLPH, H.; STACHOW, R.; LAB-LENTZSCH, A.; PETERMANN, F. Coping among children and adolescents with chronic illness. **Anxiety, Stress, and Coping**, 18 (2), 145-155. 2005.

HERMAN, A. R. S.; MIYAZAKI, M. C. O. S. Intervenção psicoeducacional em cuidador de criança com câncer: relato de caso. **Arq Ciênc Saúde**, 14(4), 238-44. 2007.

I DON'T HAVE CANCER ANYMORE. Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=Y0PW6Xcnxm4>>. Acesso em: 19/07/10.

IOBST, E. A. et. al. Brief report: problem solving and maternal distress at the time of a child's diagnosis of cancer in two-parent versus lone-parent. **Journal of Pediatric Psychology**. 2009.

JUNIOR, W. P. **Resiliência: análise das estratégias de enfrentamento de pacientes em tratamento radioterápico**. Dissertação de mestrado, Universidade Católica de Goiás, 2009.

KRISTENSEN, C. H.; SCHAEFER, L. S.; BUSNELLO, F. B. Estratégias de coping e sintomas de stress na adolescência. **Estudos de Psicologia**, 27(1), 21-30. 2010.

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

LEMOS, F. A.; LIMA, R. A. G.; MELLO, D. F. Assistência à criança e ao adolescente com câncer: a fase da quimioterapia intratecal. **Rev Latino-am Enfermagem**, 12(3), 485-93. 2004.

LI, H. C. W.; CHUNG, O. K. J.; WONG, M. L. E.; HO, K. Y. Coping behaviour checklist for Chinese children: development and psychometric testing. **Journal of advanced nursing**, 66(7), 1633-1643. 2010.

LI, H. C. W.; CHUNG, O., K., J.; HO, K. Y. E.; CHIU, S. Y.; LOPEZ, V. Coping strategies used by children hospitalized with cancer: an exploratory study. **Psycho-Oncology**. 10.1002/pon.1805. 2010.

LIMA, L.; GUERRA, M. P.; LEMOS, M. S. Adaptação da escala genérica do Inventário Pediátrico de Qualidade de Vida — Pediatric Quality of Life Inventory 4.0 — PedsQL, a uma população portuguesa. **Estudos psicométricos**, 8, 83-95. 2009.

LIVING WITH CANCER INTERVIEW. Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=k_7w67rq1rY>. Acesso em: 19/07/10.

LORENCETTI, A.; SIMONETTI J. P. As estratégias de enfrentamento de pacientes durante o tratamento de radioterapia. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, 13(6), 944-50. 2005.

MACEDO, K.B. A administração simbólica nas organizações: uma nova forma de religião? **Sociedade e Cultura**, 9(1), 131-142. 2006.

MAURICE-STAM, H. **Surviving childhood cancer: Quality of life, course of life, and coping**. Dissertação de emstrado, University of Amsterdam, 2007.

MENEZES, C. N. B.; PASSARELI, P. M.; DRUDE, F. S.; SANTOS, M. A.; VALLE, E., R., M. Câncer infantil: organização familiar e doença. **Revista mal-estar e subjetividade**, 7 (1), 191-210. 2007.

MONTEIRO, C. F. S.; VELOSO, L. U. P.; SOUSA, P. C. B.; MORAIS, S. C. R. V. A vivência familiar diante do adoecimento e tratamento de crianças e adolescentes com leucemia linfóide aguda. **Cogitare Enfermagem**, 13(4), 484 – 190. 2008.

MOTTA, A. B.; ENUMO, S. R. F. Brincar no hospital: câncer infantil e avaliação do enfrentamento da hospitalização. **Psicologia, saúde & doenças**, 3(1), 23-41. 2002.

MOTTA, M. G. C. O entrelaçar de mundos: família e hospital. In: ELSEN, I. MARCON, S. S. M.; SILVA, M. R. S. **O viver em família e a interface com a saúde e a doença**. Maringá: Ednem. 2002.

NOLL, R. B. et al. Social, emotional, and behavioral functioning of children with cancer. **Pediatrics**, 103(1), 71-78. 1999.

OLIVEIRA, G. F.; DANTAS, F.D.C.; FONSÊCA, P. N. O impacto da hospitalização em crianças de 1 a 5 anos de idade. **Anais do V Congresso da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, 37-54. 2005.

PIAGET. (1978) **A formação do símbolo na criança**. (A. Cabral e C. M. Oiticica, trad.). Rio de Janeiro: Zahar Editores. (Original publicado em 1945).

QUINTANA, A. M.; ARPINA, D. M.; PEREIRA, C. R. R.; SANTOS, M. S. A vivência hospitalar no olhar da criança internada. **Ciência, Cuidado e Saúde**, 6(4), 414-423. 2007.

RAMOS, C.; CARVALHO, J. E. C.; MANGIACAVALLI, M. A. S. C. Impacto e (i)mobilização: um estudo sobre campanhas de prevenção ao câncer. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(5), p.1387-1396. 2007.

REINFJELL, T.; LOFSTAD, G. E.; NORDAHL, H. M.; VIKAN A.; DISETH, T. H. Children in remission from acute lymphoblastic leukaemia: mental health, psychosocial adjustment and parental functioning. **Cancer Care**, 18, 364–370. 2009.

REMEDY, P. P.; MELLO, D. F.; MENOSSE, M. J.; LIMA, R. A. G. Cuidados paliativos para adolescentes com câncer: uma revisão da literatura. **Rev Bras Enferm**, 62(1), 107-112. 2008.

RIBEIRO, C. R.; JUNIOR, A. A. P. A representação social da criança hospitalizada: um estudo por meio do procedimento de desenho-estória com tema. **Rev. SBPH**, v. 12, 31-56. 2009.

ROBINSON, K. E.; GERHARDT, C. A.; VANNATTA, K.; NOLL, R.B. Parent and Family Factors Associated with Child Adjustment to Pediatric Cancer. **J. Pediatr. Psychol.**, 32, 400 – 410. 2007.

ROLIM, C. L. A.; GÓES, M. C. R. Crianças com câncer e o atendimento educacional nos ambientes hospitalar e escolar. **Educação e Pesquisa**, 35(3), 509-523. 2009.

SANCHEZ, K. O. L.; FERREIRA, M. N. L. A.; DUPAS, G.; COSTA, D. B. Apoio social à família do paciente com câncer: identificando caminhos e direções. **Rev Bras Enferm**, 63(2), 290-9. 2010.

SAVÓIA, M. G.; SANTANA, P., R.; MEJIAS, N.P. Adaptação do Inventário de estratégias de coping de Folkman e Lazarus para o Português. **Psicologia USP**, 7 (1), 183-201. 1996.

SAWYER, M.; ANTONIOU, G.; TOOGOOD, I.; RICE, M.; BAGHURST, P. Childhood cancer: a 4-year prospective study of the psychological adjustment of children and parents. **Journal of Pediatric Hematology/Oncology**, 22(3), 214-220. 2000.

SILVA, C. A. M.; ACKER, J. I. B. V. O cuidado paliativo domiciliar sob a ótica de familiares responsáveis pela pessoa portadora de neoplasia. **Rev Bras Enferm**, 60(2), 150-154. 2007.

SILVA, G. Processo de enfrentamento no período pós-tratamento do câncer de mama. Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, 2005.

SILVA, S.; LOUREIRA, J.; SOUSA, G. **Psicoterapia de grupo com mulheres mastectomizadas**. Trabalho de licenciatura pela universidade do Porto, Portugal. 2004.

STROEBE, W.; STROEBE, M. S. **Psicologia social e saúde**. Lisboa: Instituto Piaget. 1999.

VALLE, E. **Câncer infantil: compreender e agir**. Campinas, Psy. 1997.

VALLE, E. et al. **Psico-oncologia pediátrica**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2001.

WALLANDER, J. L.; VARNI, J. W. Effects of Pediatric Chronic Physical Disorders on child and Family Adjustment. **J. Child Psychol. Psychiat.**, 39(1), 29-46. 1998.

WEIHERMANN, A. M. C. Usando um referencial cultural para cuidar de mulheres que tiveram câncer de mama. **Texto & Contexto Enfermagem**, 2000, 9(2), 673-682. 2000.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Organization's Fight Against Cancer: Strategies That Prevent, Cure and Care**. Geneva, Suíça: WHO press, 2007.

WORTHINGTON Jr., E. L.; KURUSU, T. A.; MCCULLOUGH, M. E. Empirical research on psychotherapeutic processes and outcomes: A 10-year review and research prospectus. **Psychological Bulletin**, 119, 448-487. 1996.

YEH, C.; CHAO, K.; HUNG, L. The quality of life for cancer children (QOLCC) in taiwan (part I): Reliability and construct validity by confirmatory factor analysis. **Psycho-Oncology**, 13, 161–170. 2004.