

Estratégias de Enfrentamento e Otimismo de Crianças com Câncer e Crianças sem Câncer

Coping Strategies and Optimism of Children with and without Cancer

Estrategias de Enfrentamiento y Optimismo de Niños con Cáncer y Niños sin Cáncer

Larissa Bessert Pagung¹

Cláudia Patrocínio Pedroza Canal

Daniela Dadalto Ambrozine Missawa

Alessandra Brunoro Motta

Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

Resumo

No tratamento contra o câncer, crianças precisam lidar com estressores da doença utilizando estratégias de enfrentamento (*coping*) que contribuam para uma adaptação positiva. Variáveis pessoais, como o otimismo, podem afetar o enfrentamento da doença. Este estudo descritivo teve como objetivo investigar as estratégias de enfrentamento e o otimismo em crianças com e sem câncer. Participaram 4 crianças com câncer e 4 crianças sem câncer, que responderam aos instrumentos: Entrevista de Expectativas Otimistas e Pessimistas e Escala de Enfrentamento. Os dados foram analisados qualitativamente. Verificou-se que todas as crianças se mostraram otimistas. Sobre o enfrentamento, as crianças com câncer referiram mais busca de suporte, resolução de problemas, isolamento, fuga e oposição; e as crianças sem câncer reportaram mais busca de suporte, resolução de problemas e fuga. No geral, as crianças não se diferenciaram em termos de otimismo e ambos os grupos referiram maior uso de estratégias de enfrentamento adaptativas positivas.

Palavras-chave: crianças, crianças com câncer, otimismo, estratégias de enfrentamento

Abstract

In the cancer treatment, children have to deal with disease stressors using coping strategies that contributes to a positive adaptation. Personal variables like optimism can affect the way they cope with the disease. This descriptive study aimed to investigate the coping strategies and the optimism in children with and without cancer. Four children with cancer and four children without cancer participated, responding to the instruments Optimistic and Pessimistic Expectations Interview and Coping Scale. Data were analyzed qualitatively. It was verified that all children were optimistic. About coping, children with cancer reported more support search, problem solving, isolation, escape and opposition; and the children without cancer reported more support search, problem solving and escape. Overall, the children did not differ in terms of optimism and both groups reported greater use of positive adaptive coping strategies.

Keywords: children, children with cancer, optimism, coping

Resumen

En el tratamiento contra el cáncer, los niños necesitan hacer frente a los factores que generan estrés usando estrategias de enfrentamiento (*coping*) que contribuyan para una adaptación positiva. Variables personales, como el optimismo, pueden afectar la forma de enfrentar la enfermedad. Este estudio descriptivo ha tenido como objetivo investigar las estrategias de enfrentamiento en niños con y sin cáncer. Participaron del estudio cuatro niños con cáncer y cuatro niños sin cáncer, que contestaron a las Entrevistas de Expectativas Optimistas y Pesimistas, así como a la Escala de Enfrentamiento. Los datos fueron analizados cualitativamente. Se comprobó que todos los niños se presentaron optimistas. Con respecto al enfrentamiento, los niños con cáncer relataron una mayor búsqueda de apoyo, resolución de problemas, aislamiento, huida y oposición, mientras que los niños sin cáncer relataron un mayor uso de búsqueda de apoyo, resolución de problemas y huida. En general, los niños no se diferenciaron con relación al optimismo y los dos grupos relataron una mayor utilización de estrategias de enfrentamiento adaptativas positivas.

Palabras clave: niños, niños con cáncer, optimismo, estrategias de enfrentamiento

¹ Endereço de contato: Avenida Engenheiro Charles Bitran, 333, apto 401, Jardim Camburi, Vitória/ES. Cep: 29092-270. E-mail: larissapagung@gmail.com

Introdução

A cada ano, constata-se um aumento no número de casos de câncer, sendo que atualmente ele é considerado um dos mais importantes problemas de saúde pública mundial (Guerra, Gallo, Mendonça, & Silva, 2005). O câncer corresponde a um grupo de várias doenças que têm em comum a proliferação descontrolada de células anormais e que podem desenvolver-se em qualquer local do corpo. Na infância os tumores mais frequentes são os de leucemia, do sistema nervoso central e os linfomas (Instituto Nacional do Câncer [INCA], 2016). Segundo o INCA, na estimativa 2016 eram esperados mais de 12 mil novos casos de câncer pediátrico no Brasil (INCA, 2016).

Em virtude desse aumento do número de casos de câncer no mundo todo, diversas pesquisas têm surgido, e um campo em específico tem sido o das crianças com câncer (Nascimento, Rocha, Hayes, & Lima, 2005). Na Psicologia, essas pesquisas têm tido diferentes enfoques, desde vínculos entre familiares das crianças com câncer (Di Primio et al., 2010), vivências das crianças (Françoso, 2001), aspectos psicossociais e estresse de cuidadores (Faria & Cardoso, 2010), intervenções psicológicas (Motta & Enumo, 2010) e estratégias de enfrentamento dos cuidadores (Kohlsdorf & Costa Junior, 2008).

Em um estudo com crianças com câncer, Woodgate e McClement (1998) descreveram três aspectos que consideraram fundamentais para categorizar as dificuldades destas e, a partir disso, propor intervenções. São estes: (a) desafios relacionados aos procedimentos médicos; (b) ao tratamento do câncer (quimioterapia, radioterapia e cirurgia); e (c) a adaptação da criança à doença. Vance e Eiser (2004), em revisão de literatura sobre a temática do câncer infantil, detectaram que os pontos mais abordados se relacionavam principalmente a comportamentos parentais e angústia das crianças em procedimentos médicos, relação entre o comportamento dos pais e como eles agem frente ao tratamento e as diferenças entre os pais de crianças com câncer e os pais de crianças sem câncer.

O câncer se configura como uma ameaça à vida da criança, visto que a doença é capaz de colocar em risco o ajustamento da família durante e após o tratamento (Rodriguez et al., 2012). Muitos são os estressores presentes desde o início do tratamento, como os procedimentos médicos invasivos, a incerteza do diagnóstico e as longas internações, sendo estes relatados como mais aversivos e angustiantes que o próprio câncer (Bruce, 2006).

Na presença desses estressores, a família precisa encontrar recursos para o enfrentamento da doença da criança, capazes de minimizar os riscos psicossociais associados ao tratamento e promover resultados adaptativos. Nesse sentido, é necessário que as crianças e familiares busquem enfrentar a doença de forma a adaptar-se às situações, gerando menos estresse e conseqüências negativas em longo prazo (Cardoso, 2007).

O enfrentamento ou *coping* refere-se ao conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais empregadas pelos indivíduos para lidarem com demandas excessivas que exijam a ativação da resposta ao estresse (Lazarus & Folkman, 1984). Segundo Skinner e Welborn (1994), o *coping* é entendido como um processo transacional, em que os componentes da reação de estresse são evocados e coordenados em tempo real, para que as pessoas regulem comportamento, emoção e orientação motivacional em condições de estresse psicológico. Esses mesmos autores descreveram 12 famílias de *coping*, sendo seis adaptativas: (1) Resolução de Problemas, que inclui o uso de estratégias de enfrentamento (EE) como

planejamento de ações, domínio e ações instrumentais a fim de ser efetivo no ambiente; (2) Acomodação, que inclui EE como distração cognitiva, aceitação e reestruturação cognitiva, permitindo ajuste flexível da criança às alternativas disponíveis; (3) Busca de Suporte, que inclui o uso de recursos sociais acessíveis, por meio das EE de busca de conforto e ajuda instrumental; (4) Busca de Informação, que inclui EE como ler, observar e perguntar aos outros; (5) Autoconfiança, que inclui EE como regulação emocional e expressão emocional, como forma de proteger os recursos sociais disponíveis; e (6) Negociação, que inclui EE como barganha e persuasão, como forma de encontrar novas alternativas diante do estressor; e seis mal adaptativas: (1) Submissão, que inclui EE como ruminação, pensamentos intrusivos e perseverança rígida, indicando desistência dos próprios interesses; (2) Desamparo, que inclui EE como confusão, interferência cognitiva e passividade, indicando barreiras para a ação frente ao estressor; (3) Fuga, que inclui EE como evitação comportamental, afastamento mental, pensamento desejoso e negação; (4) Delegação, que inclui EE como autculpa e lamentação, indicando limitações no uso dos recursos disponíveis; (5) Isolamento, que inclui EE como afastamento social, evitação dos outros e paralisar, indicando o afastamento de contextos sociais não facilitadores; e (6) Oposição, que inclui EE como agressão, culpar os outros e desafiar, como forma de remover obstáculos (Skinner, Edge, Altman, & Sherwood, 2003; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011).

Essa concepção de *coping* se fundamenta na Teoria Motivacional do *Coping* (TMC), segundo a qual eventos estressantes são aqueles que ameaçam ou causam dano a alguma das três necessidades psicológicas básicas de relacionamento, competência e autonomia (Skinner & Welborn, 1994). Para os autores, tais necessidades psicológicas dirigem o comportamento do indivíduo, de modo que ele: (a) busque estar seguramente conectado com outras pessoas, sentindo-se capaz de amar e ser amado (relacionamento); (b) seja efetivo em suas interações com o ambiente, obtendo resultados positivos, bem como evitando desfechos negativos (competência); e, por fim, (c) busque estabelecer interações com o ambiente que o permitam determinar livremente o seu próprio curso de ação (autonomia). Segundo a TMC, quando as três necessidades psicológicas básicas estão sendo satisfeitas, o indivíduo segue efetivo e engajado, entretanto, quando alguma não está sendo satisfeita, ocorre o afastamento à tarefa (Skinner, 1992).

Ainda em relação às estratégias de enfrentamento, alguns estudos têm demonstrado uma maior variabilidade de uso de estratégias de enfrentamento entre crianças que passam por algum tipo de adoecimento (Marsac, Donlon, Winston, & Kassam-Adams, 2013). Além disso, segundo esses autores, a necessidade de exposição a procedimentos médicos invasivos exige que essas crianças acionem recursos pessoais e também externos para lidar com a adversidade (Marsac et al., 2013).

Outros estudos, como o de Ong, Bergeman, Bisconti, e Wallace (2006), vêm trazendo uma nova perspectiva para dentro do campo, mostrando que emoções positivas podem ser extremamente úteis para processos de *coping*: primeiro, porque as emoções positivas podem interromper respostas de estresse que estejam ocorrendo e, segundo, porque podem também aumentar a habilidade de se adaptar a estressores subsequentes. Dessa forma, autores como Carver e Scheier (2002) propõem estudos com foco em emoções positivas e, principalmente, no otimismo. O construto otimismo é definido em termos das expectativas que as pessoas possuem em relação aos eventos futuros em suas vidas, estando inserido na

teoria de autorregulação, descrito nos trabalhos de Scheier e Carver (1992). Na literatura mais recente, pesquisas sobre otimismo têm incluído o bem-estar psicológico e o otimismo de pais de crianças com câncer (Fotiadou, Barlow, Powell, & Langton, 2008); o otimismo e o pessimismo em crianças com câncer e crianças saudáveis (Williams, Davis, Hancock, & Phipps, 2010); e também o otimismo e a qualidade de vida em adolescentes com câncer (Mannix, Feldman, & Moody, 2009). Algumas pesquisas também relacionam o otimismo e estratégias de enfrentamento, por exemplo, a pesquisa de Ramírez-Maestre, Esteve, e López (2012), que buscou relacionar o otimismo e o pessimismo de pacientes com dor crônica com suas estratégias de enfrentamento. Os resultados dessa pesquisa apontaram uma forte correlação entre estratégias de enfrentamento ativas e otimismo e, também, verificaram baixos níveis de dor, ansiedade e depressão nesses pacientes (Ramírez-Maestre et al., 2012).

Nesse contexto, buscou-se, no presente estudo, descrever, comparar e analisar estratégias de enfrentamento e otimismo em crianças com câncer e crianças sem câncer.

Método

A presente pesquisa apresentou delineamento descritivo, o qual é planejado para descrever as características dos objetos, subclasses de pessoas ou coisas vivas, eventos ou fenômenos planejados e é frequentemente utilizada em pesquisas no campo das Ciências Humanas e da Saúde (Meltzoff, 2001).

Participantes e Local de Coleta de Dados

No total, participaram oito crianças, cinco meninos e três meninas, com idades entre 8 e 12 anos, sendo quatro crianças diagnosticadas com câncer, com média de idade de 9,25 anos, e quatro crianças sem diagnóstico de câncer, com média de idade de 11,5 anos, selecionadas segundo amostra de conveniência. Os nomes reais das crianças foram preservados, optando pelo uso de nomes fictícios. Além disso, as crianças com câncer foram referidas como CC e as crianças sem câncer referidas como SC.

Todas as crianças residiam com os pais, em uma composição familiar que contava com pais casados e, pelo menos, um irmão (SC = 3; CC = 3). Somente uma criança (sem câncer) não possuía irmãos e morava somente com a mãe. As crianças sem câncer e as crianças com câncer se diferenciaram em relação ao tipo de escola frequentada, com todas as crianças SC estudando em instituições de ensino privadas, e todas as crianças CC estudando em escolas públicas.

Com relação aos aspectos clínicos das crianças com câncer, duas apresentavam o diagnóstico de leucemia, uma de linfoma e uma de tumor sólido. Em relação ao tratamento recebido na ocasião da coleta, duas estavam em quimioterapia. As outras crianças estavam sendo submetidas a outros tipos de tratamento, como fisioterapia, e realização de exames.

A coleta de dados das crianças com câncer foi realizada em uma instituição de apoio, localizada em Vitória, Estado do Espírito Santo (ES), que destina recursos para suporte ao tratamento de crianças e adolescentes com câncer e seus familiares. A coleta dos dados das crianças sem câncer foi realizada em local determinado pelos pais ou responsáveis, em geral, em suas próprias residências.

Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos no estudo: (1) Questionário de dados sociodemográficos, contendo informações sobre a criança (idade, moradia e tipo de escola frequentada) e sobre os pais (escolaridade e profissão), sendo este respondido primeiramente pela criança e depois pelos pais; (2) Protocolo de registro das características clínicas da criança, contendo o registro de dados clínicos das crianças com câncer, no qual foram contempladas informações como sexo, idade, escolaridade, diagnóstico, tempo de tratamento, gravidade da doença (baixo, médio e alto risco), tipo de tratamento (quimioterapia, radioterapia, cirurgia e tratamentos combinados) e ocorrência ou não de recidiva da doença. Os protocolos foram respondidos integralmente pelos pais e/ou responsáveis; (3) Entrevista sobre expectativas otimistas e pessimistas, baseada em Ey et al. (2005), por meio da qual foram realizadas perguntas semiestruturadas para a medida de otimismo e pessimismo em crianças de maneira geral; e por fim (4) Escala de enfrentamento, adaptado de Lees (2007) e traduzido por Justo (2013), que permite a avaliação das 12 famílias de *coping*: Resolução de Problemas, Acomodação, Busca de Suporte, Busca de Informação, Aceitação, Negociação, Submissão, Desamparo, Fuga, Delegação, Isolamento e Oposição (Skinner et al., 2003; Zimmer-Gembeck, Skinner, Morris, & Thomas, 2013). A escala é constituída por 21 perguntas referentes às estratégias de enfrentamento, reações emocionais, avaliações de ameaça à competência, ao relacionamento e à autonomia, e avaliação de desafio, respondidas pelas crianças em uma escala tipo *Likert*, sendo que 1 = nem um pouco e 5 = muito. A escala foi apresentada à criança após a montagem de um quebra-cabeça referente a uma situação de internação, esta considerada um contexto aversivo para ambas as populações do estudo, a fim de que as crianças respondessem ao questionário tendo como base essa situação específica.

Procedimento

Após a autorização da instituição para a realização da pesquisa, foi feito o contato com os pais e as crianças, a fim de compor a amostra. Para as crianças sem câncer, o contato inicial foi diretamente com os pais. No contato com os pais, foram apresentados os objetivos do estudo, bem como esclarecidas as dúvidas relativas à sua participação na pesquisa. Com as crianças, a pesquisadora buscou estabelecer uma relação de confiança e respeito, por meio de perguntas que demonstravam interesse pelo seu dia a dia e por suas preferências lúdicas. Esse procedimento permitiu que a criança se sentisse confortável e segura para compreender a pesquisa, assentir sua participação e fornecer as respostas aos instrumentos da pesquisa. Foram seguidas as normas éticas da Psicologia previstas para pesquisa com seres humanos.

Primeiramente, foram obtidos os dados sociodemográficos, a partir da entrevista com os pais. Em seguida, foi realizada a coleta de dados junto às crianças, por meio da entrevista para o levantamento de expectativas otimistas e pessimistas e do questionário sobre o enfrentamento. Para a obtenção de dados sobre o enfrentamento, foi considerado o mesmo estressor para os dois grupos. Assim, a escala utilizada para medir o enfrentamento foi apresentada à criança após a montagem de um quebra-cabeça referente a uma situação de internação. Nesse sentido, as crianças respondiam ao instrumento considerando o mesmo

estressor: a hospitalização, representado pela imagem formada a partir da montagem do quebra-cabeça. Como ressalta Flick (2009), o uso de metodologia visual, como imagem e sons, pode ser um grande aliado em pesquisas com crianças devido a sua abordagem lúdica e uma possível melhor forma de entendimento da situação por parte da criança. O protocolo de registro clínico das crianças com câncer foi respondido apenas pelos pais ou responsáveis da criança, separadamente, antes ou após a aplicação dos instrumentos. Em geral, a aplicação de todos os instrumentos durou cerca de 30 a 40 minutos.

Análise dos Dados

Os dados sociodemográficos e clínicos das crianças e de suas famílias foram analisados por meio de contagem de frequência e utilizados para caracterização da amostra. As respostas à Escala de Enfrentamento foram processadas e analisadas segundo a orientação de sua autora (Lees, 2007), realizando-se também análise descritiva dos dados, a partir do cálculo das médias. Os dados da entrevista foram analisados de forma qualitativa, com a criação de categorias e agrupamento de respostas segundo Delval (2002), de forma a encontrar tendências gerais na forma de representar uma parcela da realidade.

A entrevista sobre expectativas otimistas e pessimistas abordava quatro temas: (1) Expectativas da criança em relação ao seu dia; (2) Percepção de ser uma pessoa de sorte; (3) Expectativas de piora quando as coisas estão bem; e (4) Expectativas de melhora quando as coisas estão mal. A análise do tema “Expectativas da criança em relação ao seu dia” apresentou relatos classificados em duas categorias: “expectativas positivas”, com relatos indicativos de que esperam que o dia seja bom e que traga boas surpresas; e “não sei”, quando a criança referiu não saber o que responder. Ainda nessa temática, foram classificadas as justificativas das crianças para suas expectativas positivas, obtendo-se as categorias “expectativas relacionadas à diversão”, incluindo relatos sobre a possibilidade de brincar e encontrar amigos, com fins de se divertir; “expectativas relacionadas à escola”, com relatos sobre o desempenho escolar mediante tarefas e provas. No tema “Percepção de ser uma pessoa de sorte”, além das respostas sim ou não, os relatos sobre o que seria sorte foram classificados nas categorias “obter benefícios”, incluindo os relatos sobre ganhar sorteios, rifas, e achar algo na rua; e “ter coisas boas na vida”, com relatos sobre saúde, ausência de problemas, e família. Na temática que abordou as Expectativas de piora quando as coisas estão bem e Expectativas de melhora quando as coisas estão mal, houve classificação em respostas “sim”, “não” e “depende”. Para essas duas temáticas, foi proposta uma categorização com base no foco da resposta sobre melhora e piora das coisas na vida, a saber: “respostas com foco na saúde” e “respostas com foco em eventos da vida”, com relatos sobre a vida escolar e a vida familiar.

Os dados sobre o *coping* e as expectativas otimistas/pessimistas foram analisados de forma qualitativa comparativa, buscando encontrar diferenças ou semelhanças entre os dois grupos.

Resultados

As crianças deste estudo referiram ter expectativas positivas em relação ao seu dia, havendo somente uma criança com câncer que afirmou não saber. Em suas justificativas, verificaram-se expectativas relacionadas à diversão e à escola, representando o foco dos eventos positivos na vida das crianças, independente de ter ou não o câncer. O relato de Bruno (CC,

10 anos) revela essa orientação positiva da vida, com foco na possibilidade de se divertir: *“Eu espero que ele (o dia) seja bom e que eu possa fazer muitas coisas divertidas. . . . Eu espero que a brinquedoteca abra logo para eu poder jogar videogame e no computador”*.

A metade das crianças relatou ser sortuda (CC = 2 crianças e SC = 2 crianças). As demais, não se sentem sortudas ou se sentem sortudas às vezes. Em uma mesma proporção e sem diferenças entre a condição de ter ou não ter câncer, a sorte esteve relacionada à obtenção de benefícios, como mostra o relato: *“Porque na escola lá, da rifa, eu ganhei duas vezes seguidas”* (André, SC, 12 anos); e ao fato de a criança ter acontecimentos bons na vida, como família ou saúde: *“Sorte? Coisas boas que podem acontecer com você. . . . Porque eu tenho uma família maravilhosa e tenho a instituição pra me ajudar”* (Bruno, CC, 10 anos).

Ao serem questionadas sobre esperar que algo ruim aconteça quando as coisas estão indo bem, verificou-se que todas as crianças com câncer disseram não esperar que as circunstâncias piores. Já entre as crianças sem câncer, metade disse não esperar a piora. Ao analisar as justificativas das crianças para essas respostas, verificou-se que o foco das respostas das crianças sem câncer se relacionou aos eventos de vida, como mostra o relato: *“quando eu tô brincando, eu quero que continue assim, brincando”* (Artur, SC, 12 anos). Já o conteúdo das respostas das crianças com câncer indicou um foco mais geral, em que se sobressai uma característica pessoal da criança em relação ao que esperar da sua vida: *“Porque se a gente esperar que dê errado pode ser que dê. Agora se a gente não espera, pode ser que não dê”* (Barbara, CC, 9 anos). Outros relatos desse tipo estiveram presentes entre as crianças com câncer: *“Não, eu corro de coisa ruim. . . . Porque coisa ruim o próprio nome já fala, né? Vem trazer más coisas pra você”* (Bruno, CC, 10 anos). Uma criança sem câncer que afirmou esperar que as circunstâncias piores justificou sua resposta com a crença: *“Normalmente, sempre que tem acontecido de alguma coisa ser muito boa, vai ter uma coisa de errado”* (Ana, SC, 12 anos).

Quando as circunstâncias não estão indo bem, todas as crianças da amostra referiram esperar que melhorassem. As respostas de crianças com câncer e sem câncer se diferenciaram nas justificativas e exemplos para sua resposta. O foco das respostas das crianças sobre essa expectativa esteve nos eventos da vida (família, brincadeiras, escola e problema financeiro), como mostra o relato de André (SC, 12 anos): *“Porque sempre é pra ficar melhor. . . . Tipo, um professor tá dando uma prova, e tá bem difícil, aí ele dá uma dica que esclarece tudo na prova”*; e o relato de Bruno (CC, 10 anos): *“Isso aconteceu hoje de manhã. . . . Eu estava perdendo o jogo de futebol. . . . Eu virei o jogo e ganhei!”*. Somente entre as crianças com câncer foram observados relatos com um foco mais geral, indicativos de uma característica pessoal da criança: *“Porque sempre que a gente quer alguma coisa, tipo, que as coisas melhorassem pro nosso lado, é só a gente lutar, que a gente consegue”* (Barbara, CC, 9 anos).

A análise do enfrentamento, a partir de um quebra-cabeça cuja montagem representava uma ilustração de uma criança hospitalizada, abordou: a reação emocional da criança diante daquela situação, se ela se sentia competente para lidar com ela, se ela se sentia apoiada pelas pessoas, se ela sentia ter autonomia para resolver o problema e, por fim, suas estratégias de enfrentamento. A reação emocional que obteve maior pontuação no relato das crianças sobre a situação de hospitalização representada no quebra-cabeça foi tristeza. As crianças se diferenciaram na segunda reação emocional mais referida, de modo que, no grupo de crianças com câncer, a raiva esteve mais presente do que o medo. Inversamente, para crianças sem câncer, o medo se sobressaiu em relação à raiva (Tabela 1).

Tabela 1*Reações emocionais e necessidades psicológicas de crianças com e sem câncer*

Variáveis	Crianças sem câncer F (%)	Crianças com câncer F (%)
Reação emocional		
Tristeza	14 (70)	15 (75)
Medo	13 (65)	9 (45)
Raiva	8 (40)	11 (55)
Atendimento das necessidades psicológicas		
Competência	12 (60)	11 (55)
Relacionamento	14 (70)	15 (75)
Autonomia	13 (65)	15 (75)

Nota. F = pontuação obtida a partir da soma dos pesos.

Apesar da presença de emoções de valência negativa no relato das crianças, suas necessidades psicológicas de competência, relacionamento e autonomia mostraram-se preservadas. Nos dois grupos, a necessidade de competência alcançou menor pontuação, indicando maior fonte de ameaça, quando comparada às demais necessidades.

Em relação ao enfrentamento, para as crianças com câncer a categoria oposição obteve maior pontuação. Em segundo lugar, a resolução de problemas e a busca de suporte se destacaram com maior pontuação. Já para as crianças sem câncer, as estratégias mais referidas foram resolução de problemas e busca de suporte, seguidas pela fuga. Tanto entre as crianças com câncer e as crianças sem câncer, as categorias mais amplas de enfrentamento relacionadas à autoconfiança obtiveram as menores pontuações (Figura 1).

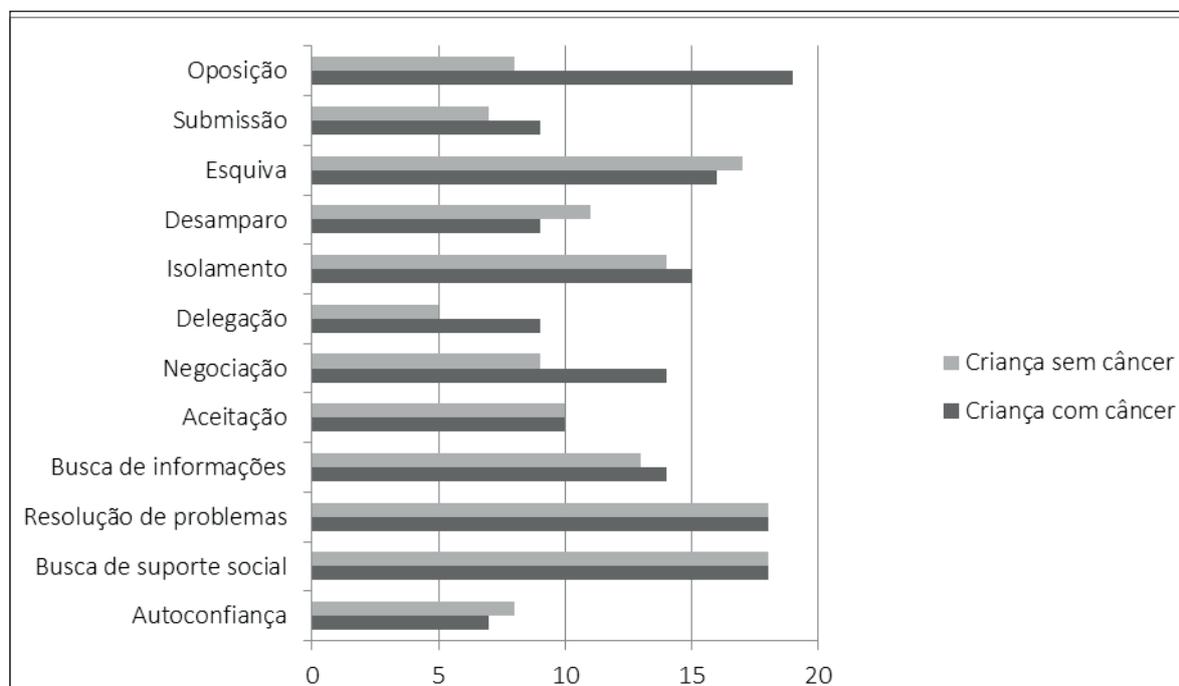


Figura 1. Famílias de coping de crianças com e sem câncer.

Discussão

Os resultados obtidos possibilitam a discussão acerca das estratégias de enfrentamento e otimismo utilizadas pelas crianças sem câncer e crianças com câncer e das diferenças entre os dois grupos. A entrevista acerca das expectativas otimistas e pessimistas das crianças com câncer apontou certa similaridade entre os dois grupos. Em geral, todas as crianças se mostraram mais otimistas e com perspectivas de melhora em suas vidas, não havendo menção de eventos aversivos. Apenas uma criança com câncer se considerou sem sorte e a relacionou com a sua doença, afirmando que passava mal. Essa criança, em particular, estava iniciando o tratamento (quimioterapia), enquanto as demais já haviam passado por este. Di Primio et al. (2010) afirmam que o início do tratamento, de fato, pode ser potencialmente difícil para a criança e seus familiares, pois mudanças significativas estão presentes. No entanto esse mesmo autor afirma que, com o passar do tempo, esses efeitos são amenizados, principalmente com o apoio da rede social e familiar.

Ressalta-se ainda que a criança que demonstrou uma orientação mais pessimista foi uma criança sem câncer. Essa criança afirmou que, frente a eventos bons, algo de ruim sempre acontece em sua vida. Dessa forma, é possível pensar que, nesta amostra, a presença da doença não determinou que ela tivesse uma orientação mais pessimista. É importante ressaltar também que o fato de as crianças com câncer estarem em uma instituição de apoio onde há suporte social, vivência em comunidade, valorização do brincar e da escola pode ter influência no dado, afinal, apesar do tratamento e da doença em si, é possível manter uma rotina semelhante à que tinham em casa.

Os resultados sobre o enfrentamento revelaram que as estratégias de busca de suporte e resolução de problemas foram as mais referidas. Estudos anteriores que avaliaram o enfrentamento de crianças com câncer utilizando o referencial teórico da Teoria Motivacional do *Coping*, porém com outra medida, encontraram resultados divergentes. Nesses estudos, a acomodação e a submissão se sobressaíram (Caprini, 2014; Hostert, 2010; Motta, 2007). O fato de esses resultados terem divergido pode ser explicado a partir do tipo de medida utilizada, afinal, na Avaliação das Estratégias de Enfrentamento da Hospitalização (AEH) utilizado por Caprini (2014) e Motta (2007), há um inquérito, e a criança explica o porquê de cada resposta dada. Já na Escala de Enfrentamento (Lees, 2007), usada neste estudo, há uma questão para cada família de enfrentamento, em formato de escala.

Quando se analisam as estratégias de enfrentamento e os relatos de otimismo das crianças deste estudo, pode-se levantar a hipótese de que as características otimistas observadas a partir do relato das crianças podem influenciar seu modo de lidar com a adversidade, nesse caso, adotando estratégias ativas de resolução do problema e busca de suporte. Estudos já referiram a correlação positiva entre busca de suporte e otimismo (Scheier & Carver, 1985), além da tendência observada entre as pessoas otimistas de usar estratégias mais ativas ao enfrentar o problema (Forgeard & Seligman, 2012; Scheier & Carver, 1985).

Avançando na análise das estratégias de enfrentamento mais referidas, verifica-se que ambas – busca de suporte e resolução de problema – estão vinculadas às famílias de enfrentamento com desfecho adaptativo positivo (Justo, 2013). De outro lado, verificou-se que estratégias vinculadas ao processo adaptativo negativo, como a fuga, também foram referidas. O uso da estratégia fuga pode estar relacionado ao fato de metade dos participantes de

cada grupo definir a situação de internação como uma ameaça à competência, ou seja, uma ameaça a ser efetiva nas interações com o ambiente. Nesse sentido, a estratégia fuga estaria ligada ao fato de a situação de internação ser considerada uma ameaça, levando ao uso dela como uma forma de evitação do estressor.

A alta taxa de oposição entre as crianças com câncer pode estar relacionada com o alto índice da emoção raiva. Zimmer-Gembeck et al. (2013) em estudo sobre reações emocionais encontraram associações de raiva com oposição. Para além disso, os autores afirmam também que a reação emocional de raiva faz com que a criança responda de forma mais ativa para afastar o obstáculo e assim adquira estratégias de confronto, por exemplo a oposição, como encontrado nos resultados.

Ressalta-se também uma maior variabilidade de estratégias utilizadas pelas crianças com câncer, o que a literatura corrobora, como nos achados de Marsac et al. (2013). Este estudo mostra que crianças que passam por algum adoecimento tendem a ter uma maior variabilidade no uso de estratégias, devido ao fato de lidarem com situações estressantes específicas daquele contexto, como procedimentos médicos invasivos, tratamento prolongado, hospitalização e diminuição do brincar. Esses estressores em particular têm características diferentes se comparados aos estressores cotidianos infantis, o que exige diferentes formas de manejo, levando a uma maior variabilidade de respostas.

Em relação às reações emocionais, verificou-se que para as crianças da amostra a hospitalização gera sentimentos de tristeza. De fato, a infância está associada à saúde, sendo as principais tarefas da criança, o brincar e estudar. Quando algo de ruim acontece, sentimentos de valência negativa como a tristeza podem estar presentes (Mussa & Malerbi, 2008). Outro ponto em relação às emoções foi a diferença entre os grupos na pontuação para medo e raiva. Para as crianças sem câncer, a hospitalização pode se constituir em uma experiência desconhecida, contribuindo para gerar mais ansiedade e ativar respostas de medo. Já entre as crianças com câncer, há experiência prévia com o estressor, o que pode enfraquecer respostas de medo e, de outro lado, proporcionar o enfrentamento da adversidade por meio da oposição, tal como foi descrita anteriormente (Lengua & Long, 2002).

A necessidade psicológica básica que apresentou menor pontuação nos dois grupos foi a competência. Cabe aqui uma discussão desenvolvimentista que considera a idade escolar como aquela em que a criança tem tarefas que contribuem para o estabelecimento de um senso de autoeficácia (Bandura, 1993), favorecendo assim o desenvolvimento da competência. Expectativas de autoeficácia, especialmente no nível de autocuidados, mostraram ser maiores em crianças com doenças crônicas, mas com idade acima de 11 anos, quando comparadas com crianças de faixa etária inferior (Morgado, Pires, & Pinto, 2000). Considera-se que as crianças deste estudo, com média de idade de 9,25 anos, ainda estão desenvolvendo sua percepção de eficácia, o que pode explicar a menor pontuação na necessidade de competência. Já em relação ao quanto elas se sentiriam apoiadas, ou seja, em relação à ameaça ao relacionamento, viu-se uma pontuação elevada de respostas que referiram o sentimento de apoio, concordando com os achados de Menezes et al. (2007), que reforçou a ideia de que crianças que passaram ou estão em tratamento de câncer recebem muito apoio dos pais e familiares, fazendo com que se sintam amadas e protegidas.

Considerações Finais

Diante dos resultados apresentados, percebe-se a importância e necessidade de estudos voltados ao enfrentamento de crianças de modo geral. Os resultados apontaram grandes similaridades entre os dois grupos, tanto em relação a uma orientação mais otimista, quanto em relação ao tipo de estratégia utilizada para enfrentar uma mesma situação (busca de suporte e resolução de problemas). Apesar de o câncer ser uma doença ainda permeada por muitas crenças e voltada a um pensamento de desfecho de morte, a maior parte dos participantes referiu o uso de estratégias adaptativas positivas. A entrevista para o levantamento de expectativas otimistas e pessimistas teve um índice maior de expectativas positivas e é importante ressaltar que as crianças com câncer, em momento algum, referiram o câncer como um evento da vida que lhes deixassem pessimistas, pelo contrário, elas mencionavam momentos cotidianos, assim como as crianças sem câncer. Percebe-se também que, na amostra de crianças com câncer, há uma maior variabilidade no uso de estratégias de enfrentamento.

Além disso, foram percebidas algumas limitações, como o tamanho e a homogeneidade da amostra, a partir disso, sugere-se que novas pesquisas sejam realizadas com maior número de participantes, implicando contribuições científicas e sociais mais significativas. Apesar dessas limitações, percebem-se algumas vantagens deste estudo, como a possibilidade de permitir que as crianças expressem suas perspectivas de vida, com foco em variáveis positivas como o otimismo. Ao fazer isso, foi proposta uma metodologia lúdica, que se mostrou um facilitador no acesso à criança durante a coleta de dados. Ao verificar semelhanças entre os grupos no que se refere às variáveis investigadas, suscitam-se possibilidades de intervenção que tenham como foco os recursos e competências que a criança tem e que precisam ser acionados em contextos de adversidade. Por fim, torna-se relevante que novas pesquisas sejam realizadas dentro dessa temática para que cada vez mais se consiga elevar a qualidade de vida dessas crianças.

Referências

- Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning, *Educational Psychologist*, 28(2), 117-148.
- Bruce, M. (2006). A systematic and conceptual review of posttraumatic stress in childhood cancer survivors and their parents. *Clinical Psychology Review*, 26(3), 233-256.
- Caprini, F. R. (2014). *Do diagnóstico ao tratamento: Compreendendo o processo de enfrentamento da criança com câncer* (Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES).
- Cardoso, F. T. (2007). Câncer infantil: Aspectos emocionais e atuação do psicólogo. *Revista da SBPH*, 10(1), 25-52.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2002). Optimism. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 231-243). New York, NY: Oxford University Press.
- Delval, J. (2002). *Introdução à prática do método clínico: Descobrimos o pensamento das crianças*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Di Primio, A. O., Schwartz, E., Bielemann, V. D. L. M., Burille, A., Zillmer, J. G. V., & Feijó, A. M. (2010). Rede social e vínculos apoiadores das famílias de crianças com câncer. *Texto Contexto Enfermagem*, 19(2), 334-342.

- Ey, S., Hadley, W., Allen, D. N., Palmer, S., Klosky, J., Deptula, D., . . . Cohen, R. (2005). A new measure of children's optimism and pessimism: The Youth Life Orientation Test. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(5), 548-558.
- Faria, A. M. D. B., & Cardoso, C. L. (2010). Aspectos psicossociais de acompanhantes cuidadores de crianças com câncer: Stress e enfrentamento. *Estudos de Psicologia*, 27(1), 13-20.
- Flick, U. (2009). *Dados visuais para pesquisa qualitativa*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Forgeard, M. J. C., & Seligman, M. E. P. (2012). Seeing the glass half full: A review of the causes and consequences of optimism. *Pratiques Psychologiques*, 18(2), 107-120.
- Fotiadou, M., Barlow, J. H., Powell, L. A., & Langton, H. (2008). Optimism and psychological well-being among parents of children with cancer: an exploratory study. *Psycho-Oncology*, 17(4), 401-409.
- Françoso, L. P. C. (2001). *Vivências de crianças com câncer no grupo de apoio psicológico: Estudo fenomenológico* (Tese de doutorado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP).
- Guerra, M. R., Gallo, C. V. M., Mendonça, C. V. M., & Silva, G. A. (2005). Risco de câncer no Brasil: Tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 51(3), 227-234.
- Hostert, P. C. C. P. (2010). *Estratégias de enfrentamento e problemas comportamentais em crianças com câncer, na classe hospitalar* (Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES).
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. (2016). *Estimativa 2016: Incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro, RJ.
- Justo, A. P. (2013). *Autorregulação em adolescentes: Estudos sobre as relações entre estresse, enfrentamento, temperamento e problemas de comportamento* (Tese de doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP).
- Kohlsdorf, M., & Costa Junior, A. L. (2008). Estratégias de enfrentamento de pais de crianças em tratamento de câncer. *Estudos de Psicologia*, 25(3), 417-429.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lees, D. C. (2007). *An empirical investigation of the Motivational Theory of Coping in middle to late childhood* (Tese de doutorado, School of Psychology, Griffith University, Brisbane, Australia).
- Lengua, L. J., & Long, A. C. (2002). The role of emotionality and self-regulation in the appraisal coping process: Tests of direct and moderating effects. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 23, 471-493.
- Mannix, M. M., Feldman, J. M., & Moody, K. (2009). Optimism and health-related quality of life in adolescents with cancer. *Child: Care, Health and Development*, 35(4), 482-488.
- Marsac, M. L., Donlon, K. A., Winston, F. K., & Kassam-Adams, N. (2013). Child coping, parent coping assistance, and post-traumatic stress following pediatric physical injury. *Child: Care, Health and Development*, 39(2), 171-177.
- Meltzoff, J. (2001). Confounding variables and their control. In J. Meltzoff (Ed.), *Critical thinking about research: Psychology and related fields* (pp. 65-82). Washington, DC: American Psychological Association.

- Menezes, C. N. B., Passareli, P. M., Drude, F. S., Santos, M. A., & Valle, E. R. M. (2007). Câncer infantil: Organização familiar e doença. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 7(1), 191-210.
- Morgado, M. V., Pires, A., & Pinto, J. R. (2000). Autoeficácia na criança asmática. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1(1), 121-128.
- Motta, A. B. (2007). *Brincando no hospital: Uma proposta de intervenção psicológica para crianças hospitalizadas com câncer* (Tese de doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES).
- Motta, A. B., & Enumo, S. R. F. (2010). Intervenção psicológica lúdica para o enfrentamento da hospitalização em crianças com câncer. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(3), 445-454.
- Mussa, C., & Malerbi, F. E. K. (2008). O impacto da atividade lúdica sobre o bem-estar de crianças hospitalizadas. *Psicologia: Teoria e Prática*, 10(2), 83-93.
- Nascimento, L. C., Rocha, S. M. M., Hayes, V. H., & Lima, R. A. G. D. (2005). Crianças com câncer e suas famílias. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39(4), 469-474.
- Ong, A. D., Bergeman, C. S., Bisconti, T. L., & Wallace, K. A. (2006). Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91(4), 730-749.
- Ramírez-Maestre, C., Esteve, R., & López, A. E. (2012). The role of optimism and pessimism in chronic pain patients adjustment. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(1), 286-294.
- Rodriguez, E. M., Dunn, M. J., Zuckerman, T., Vannatta, K., Gerhardt, C. A., & Compas, B. E. (2012). Cancer-related sources of stress for children with cancer and their parents. *Journal of Pediatric Psychology*, 37(2), 185-197.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4(3), 219-247.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 201-228.
- Skinner, E. A. (1992). Perceived control: Motivation, coping and development. In R. Schwarzer. *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 91-106). Washington, DC: Hemisphere Publishing Corporation.
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129(2), 216-269.
- Skinner, E. A., & Wellborn, J. G. (1994). Coping during childhood and adolescence: A motivational perspective. In D. L. Featherman, R. M. Lerner, & M. Perlmutter (Eds.), *Life-Span Development and Behavior* (pp. 91-133). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Vance, Y., & Eiser, C. (2004). Caring for a child with cancer: A systematic review. *Pediatric Blood Cancer*, 42, 249-253.
- Williams, N. A., Davis, G., Hancock, M., & Phipps, S. (2010). Optimism and pessimism in children with cancer and healthy children: Confirmatory factor analysis of the Youth Life Orientation test and relations with health-related quality of life. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(6), 672-682.
- Woodgate R., & McClement, S. (1998). Symptom distress in children with cancer: The need to adopt a meaning centered approach. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 15(1), 3-12.

Zimmer-Gembeck, M. J., & Skinner, E. A. (2011). The development of coping across childhood and adolescence: An integrative review and critique of research. *International Journal of Behavioral Development*, 35, 1-17.

Zimmer-Gembeck, M. J., Skinner, E. A., Morris, H., & Thomas, R. (2013). Anticipated coping with interpersonal stressors: Links with the emotional reactions of sadness, anger, and fear. *The Journal of Early Adolescence*, 33(5), 684-709.

Recebido: 12/05/2016

Última revisão: 25/05/2017

Aceite final: 09/06/2017

Sobre os autores:

Larissa Bessert Pagung: Mestranda em Psicologia pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade do Federal do Espírito Santo (UFES). **E-mail:** larissapagung@gmail.com

Cláudia Patrocínio Pedroza Canal: Professora Titular do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade do Federal do Espírito Santo (UFES). **E-mail:** claudiapedroza@uol.com.br

Daniela Dadalto Ambrozine Missawa: Doutoranda em Psicologia pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade do Federal do Espírito Santo (UFES). **E-mail:** dani@missawa.com.br

Alessandra Brunoro Motta: Professora Colaboradora do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade do Federal do Espírito Santo (UFES). **E-mail:** alessandrabmotta@yahoo.com.br