

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE VETERINÁRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS VETERINÁRIAS

LUCIANE CRISTINA VIEIRA

**DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE CÂNCER EM CRIANÇAS E CÃES:
ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO UTILIZADAS POR PAIS E TUTORES EM
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS**

PORTO ALEGRE

2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE VETERINÁRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS VETERINÁRIAS

**DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE CÂNCER EM CRIANÇAS E CÃES:
ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO UTILIZADAS POR PAIS E TUTORES EM
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS**

Autor: Luciane Cristina Vieira

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutora em Ciências Veterinárias na área de Morfologia, Cirurgia e Reprodução Animal.

Orientador: Prof. Dr. Emerson Antonio Contesini

Coorientador: Prof. Dr. José Roberto Goldim

PORTO ALEGRE

2019

**O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de
Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001**

V189d Vieira, Luciane Cristina

Diagnóstico e tratamento de câncer em cães e em crianças: estratégias de enfrentamento utilizadas por tutores e pais. / Luciane Cristina Vieira. – Porto Alegre: UFRGS, 2019.

90 f. – Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Veterinária, Programa de Pós-graduação em Ciências Veterinárias, Porto Alegre, RS-BR, 2019. Emerson Antonio Contesini, Orient.

1. Câncer 2. Tratamento farmacológico 3. Adaptação psicológica
4. Vínculo homem-animal de estimação 5. Relação pai-filho
I. Contesini, Emerson Antonio, Orient. II. Goldim, José Roberto,
Coorientador III. Título

CDD 155.937

Catálogo na fonte: Biblioteca da Faculdade de Veterinária da UFRGS

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais por terem me ensinado a enfrentar as dificuldades da vida e por estarem sempre ao meu lado. Amo vocês!

Agradeço aos meus irmãos, Ju e André, companheiros e parceiros em todos os momentos. Amo vocês!

Agradeço ao professor Emerson por ser meu orientador e pela confiança depositada em mim.

Agradeço ao professor Goldim por me acolher desde 2014 no Hospital de Clínicas e por ter me apresentado ao mundo da Bioética.

Agradeço aos que estiveram comigo nessa longa estrada: Simone, Ana Vera, Serviço de Bioética do HCPA, Luciana, Alexandre, Isabel, Josiane, equipe do Serviço de Oncologia Veterinária da UFRGS, equipe da Unidade de Internação do Serviço de Oncologia Pediátrica do Hospital de Clínicas, tutores e seus cães, pais e seus filhos.

Agradeço à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, à Faculdade de Medicina Veterinária e, principalmente, ao Hospital de Clínicas Veterinárias, minha segunda casa. Sem essas Instituições esse doutorado não teria sido possível.

RESUMO

INTRODUÇÃO O diagnóstico de câncer e o tratamento quimioterápico de um membro da família pode acarretar sofrimento capaz de causar modificações de ordem emocional, afetiva, econômica e social, dentre outras, nas demais pessoas da rede de apoio social deste paciente. **OBJETIVO** Conhecer e comparar as estratégias de enfrentamento de tutores e pais frente ao diagnóstico e tratamento de câncer em cães e crianças. **MÉTODO** Foram convidados a participar da pesquisa tutores de cães com câncer em quimioterapia no Serviço de Oncologia do Hospital de Clínicas Veterinárias da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e pais de crianças com câncer em quimioterapia na Unidade de Internação do Serviço de Oncologia Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Os participantes realizaram entrevistas semiestruturadas abordando o impacto deste diagnóstico e tratamento, e responderam ao questionário adaptado do Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus, já validado para o português do Brasil. Os dados foram avaliados utilizando métodos mistos, quantitativos e qualitativos, ou seja, com análise estatística e emprego da técnica de análise de conteúdo de Bardin. **RESULTADOS** A análise dos fatores do Inventário permitiu comparar tutores e pais. Dos oito fatores avaliados, apenas três tiveram diferença estatisticamente significativa: aceitação de responsabilidade; fuga e esquivas; e reavaliação positiva. Após análise das entrevistas, verificou-se, em ambos os grupos, níveis de estresse e ansiedade bastante elevados, particularmente no momento do diagnóstico. As principais diferenças observadas entre os grupos foram nos fatores relacionados à emoção, pois os pais demonstraram maior sentimento de culpa, desejo de que a doença desaparecesse e necessidade de encontrar uma maneira de transformar a situação em algo positivo. Tutores e cuidadores tiveram como objetivo cuidar e tratar os pacientes, sendo que traçaram um plano de ação e o seguiram, apesar do sofrimento que a situação trouxe. A capacidade de reavaliar a situação de forma positiva foi vista nos dois grupos, pois, após o enfrentamento da situação, as falas eram de quem aprendeu a dar maior valor à vida. **CONCLUSÃO** Os tutores e os pais apresentaram estratégias de enfrentamento semelhantes, porém os pais tiveram uma maior ênfase naquelas que envolvem emoções. Entendeu-se que o envolvimento dos tutores e dos pais é fundamental para trazer segurança e garantir os cuidados que os pacientes precisam. Os resultados do estudo reforçam o entendimento de que os cães são considerados membros importantes das famílias. Foi verificado maior sofrimento dos pais, que pode ser atribuído ao longo período de internação de seus filhos, que ocasionou afastamento da família,

principalmente dos outros filhos. Em ambos os hospitais, as famílias se sentiram cuidadas e acolhidas.

Palavras-chave: Câncer. Tratamento farmacológico. Adaptação psicológica. Vínculo ser humano-animal. Relações pais-filho.

ABSTRACT

INTRODUCTION When a family member is given a cancer diagnosis and must undergo chemotherapeutic treatment, the ensuing pain inflicted upon those in her support group may be such as to undermine them at an emotional level, or at a financial one, or such as to put their social standing in jeopardy, among other drawbacks. **OBJECTIVES** Gaining insight into, and comparing, the various strategies deployed by parents and owners for coping with both a cancer diagnosis and the corresponding treatment for both dogs and children. **METHODOLOGY** We have recruited subjects among both owners whose dogs are cancer patients undergoing chemotherapy at the Oncology Unit of Veterinary Clinics Hospital at Federal University of Rio Grande do Sul and parents whose children are cancer patients at the In-Patient Unit of the Pediatric Oncology Service at Clinicas Hospital of Porto Alegre. Our subjects were interviewed, in a semi-structured format, about the impact of such diagnosis and treatment, and they also filled out a suitable version of the questionnaire from Coping Strategies Inventory, by Folkman and Lazarus, in its certified translation into Brazilian Portuguese. The data were analyzed by the use of mixed methods, both quantitative and qualitative, i.e., through both statistical analysis and the use of Bardin's technique for content analysis. **RESULTS** By analyzing the relevant factors according to the Inventory, we were able to establish a comparison between owners and parents. Out of the eight relevant factors, only three showed statistically significant differences: acceptance of responsibility, withdrawal and evasiveness, and positive reassessment. The analysis of the interviews showed that, in both groups, levels of stress and anxiety were very high, especially at the time when the diagnosis was rendered. The main observed differences between the groups had to do with emotion-related factors, as parents exemplified more intense feelings of guilt, the hope that the illness would disappear, and the need to find a way of turning the situation into something positive. Both owners and caretakers aimed at caring for the patients, which led them to set up an action plan and put it into practice, in spite of the suffering that befell them. Both groups exemplified the capacity for finding a silver lining in the experience, since, having coped with the situation, they spoke of valuing life more highly. **CONCLUSION** Owners and parents exemplified similar coping strategies; however, emotion-related factors weighed more heavily with parents. It became clear that both owners and parents must become involved in the process of ensuring the good care and the level of comfort that the patients need. Our results bring renewed support to the view that dogs are regarded as important family members. We have found that parents exemplify greater

suffering, which can be due to the long-lasting internment periods for their children and the resulting time away from their families, especially their other children. In both hospitals, families reported having felt welcome and well taken care of.

Keywords: Cancer. Pharmacological Treatment. Psychological Coping. Human BeingAnimal Bond. Parents-Children Relationships.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Gráfico das diferenças e intervalo de 95% de confiança (IC95%) entre os tutores e pais (cuidadores) para cada fator.....	34
Gráfico 2 – Comparativo da pontuação média entre os grupos para os fatores aceitação da responsabilidade, fuga e esquiva, e reavaliação positiva.....	35

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Nuvem de palavras obtida a partir das transcrições das entrevistas dos tutores, utilizando o software NVivo 12.....	36
Figura 2 – Nuvem de palavras obtida a partir das transcrições das entrevistas dos cuidadores, utilizando o software NVivo 12.....	37
Figura 3 – Dendrograma de palavras obtido a partir das transcrições das entrevistas dos tutores, utilizando o software NVivo 12.....	38
Figura 4 – Dendrograma de palavras obtido a partir das transcrições das entrevistas dos cuidadores, utilizando o software NVivo 12.....	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Tabela comparativa das características dos tutores e dos pais em dados demográficos fornecidos para a pesquisa.....	32
Tabela 2 – Tabela comparativa das médias dos oito fatores, entre tutores e pais, da escala do Inventário de Estratégias de Folkman e Lazarus.....	34

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1	Interação ser humano-animal	14
2.2	Câncer	15
2.3	Câncer em animais de estimação	16
2.4	Câncer em pacientes pediátricos	17
2.5	Estratégias de enfrentamento (<i>Coping</i>)	20
3	PROBLEMA DE PESQUISA	25
4	HIPÓTESE	26
5	JUSTIFICATIVA	27
6	OBJETIVOS	28
6.1	Objetivo geral	28
6.2	Objetivos específicos	28
7	MÉTODO	29
8	RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
8.1	Caracterização da população do estudo	32
8.2	Análise estatística e qualitativa do Inventário de Estratégias de <i>Coping</i>	33
9	CONCLUSÕES	69
	REFERÊNCIAS	71
	APÊNDICE 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para tutores de cães com câncer em quimioterapia	76
	APÊNDICE 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para cuidadores de pacientes pediátricos com câncer em quimioterapia	78
	APÊNDICE 3 – Roteiro de entrevista semiestruturada para tutores de cães com câncer em quimioterapia	80
	APÊNDICE 4 – Roteiro de entrevista semiestruturada para cuidadores de pacientes pediátricos com câncer em quimioterapia	81
	APÊNDICE 5 – Dados demográficos dos tutores e dos cães	82
	APÊNDICE 6 – Dados demográficos dos cuidadores e dos pacientes pediátricos	83
	ANEXO 1 – Inventário de Estratégias de <i>Coping</i> de Folkman e Lazarus	84

1 INTRODUÇÃO

Na atualidade, a configuração das famílias e seus arranjos tem se modificado em razão da dinâmica social, de mudanças no perfil demográfico e na legislação vigente. Muitos fatores têm efeito sobre a formação das famílias e dos arranjos, tais como: o aumento da esperança de vida, o declínio da fecundidade, a migração para áreas urbanas, o aumento da escolaridade e da inserção das mulheres no mundo do trabalho, a atualização na legislação sobre divórcio, separação, união estável e casamento entre pessoas do mesmo sexo etc. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016). Uma novidade crescente tem sido a inclusão dos animais de estimação como membros da família, caracterizando a nova denominação de família multiespécie. Se antes, o principal critério era os laços de sangue, formando o modelo tradicional de pai, mãe e filhos, hoje são os laços afetivos que unem pais, filhos e animais de estimação (FAMÍLIA..., 2010). É possível encontrar animais que apresentam associado ao seu nome, o sobrenome da família da qual fazem parte. Para muitos, os animais de estimação são familiares, e lidar com doenças que ameaçam sua saúde ou que levem a sua perda é uma situação traumática.

Ao receber o diagnóstico de câncer, doença que traz sofrimento e preocupações, cria-se uma situação disfuncional não só para quem é por ela acometido, mas também para todos que o cercam. O câncer coloca os indivíduos e seus familiares em condição de fragilidade em virtude do estigma da doença, dificuldades em lidar com a situação e preocupação com as suas consequências, tanto para o doente quanto para os demais membros da família. Quanto ao seu impacto, a notícia do câncer é capaz de mudar de forma considerável o relacionamento entre os membros da família e a forma como se comunicam e resolvem questões diárias, uma vez que se veem surpreendidos por um momento de grande estresse, que leva a mudanças de comportamento. Esses comportamentos irão definir quais estratégias serão utilizadas para os momentos de confrontação com a situação de adoecimento (PEREIRA; BRANCO, 2016).

O aumento das neoplasias nos últimos anos assume grande importância clínica e epidemiológica, pois é indiscutível o prejuízo causado pelas expectativas negativas relacionadas ao diagnóstico. As crenças preconcebidas existentes na sociedade e no campo médico, em relação ao câncer, causam malefícios diretos ao paciente (COELHO; SILVA, 2008). Em nossa sociedade, o câncer continua sendo uma enfermidade muito importante, tanto em seus aspectos clínicos quanto psicossociais (PEREIRA; BRANCO, 2016). Verifica-se, na população em geral, a presença marcante das seguintes ideias: “a) o câncer é sinônimo de morte; b) o câncer não pode ser controlado; c) o tratamento – quer seja por radioterapia,

quimioterapia ou cirurgia – é drástico e negativo e, quase sempre, tem efeitos colaterais desagradáveis”. O efeito mais devastador é que as expectativas são demarcadas pela imagem da dor e da morte, o que dificulta aceitar o processo e realizar o enfrentamento (COELHO; SILVA, 2008).

É possível supor que o diagnóstico de câncer desencadeará sentimentos e avaliações cognitivas, as quais, influenciadas pelas experiências anteriores e diferenças singulares, resultarão em comportamentos peculiares de ajuste, cujo objetivo é enfrentar o estresse e a ansiedade resultantes desse momento danoso. A percepção de um indivíduo direciona a forma de enfrentamento diante de uma situação estressante. Devido à cronicidade e à gravidade do câncer, os familiares necessitam de assistência, exigindo reorganização para atender às necessidades cotidianas do paciente (PEREIRA; BRANCO, 2016).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Interação ser humano-animal

Os animais de estimação fazem parte da experiência humana há séculos. Evidências arqueológicas revelam que 14.000 anos atrás lobos domesticados, ancestrais de nossos companheiros caninos, viviam em assentamentos humanos. Há 9 mil anos, tanto cães quanto gatos assumiam papéis cruciais no desenvolvimento de comunidades agrícolas, tornando-se cada vez mais valorizados pelos seres humanos como companheiros e colaboradores da sociedade. Na Grécia e Império Romano, os cães foram mantidos como caçadores, pastores e guardiões, e também foram amados e cuidados como leais animais de estimação. No Peru, arqueólogos descobriram cemitérios, onde pessoas enterravam seus cachorros com cobertores e alimentos, ao lado de companheiros humanos (PACHANA; MASSAVELLI; ROBLEDA-GOMEZ, 2011). Nos dias atuais, os animais de estimação fazem parte da vida das pessoas, sendo um dos benefícios dessa convivência a companhia, pois os cães, entre outros animais, estabelecem fortes vínculos emocionais recíprocos com os humanos, proporcionando uma relação dinâmica e mutuamente benéfica, influenciada pelos comportamentos essenciais para a saúde e bem-estar de ambos (FARACO, 2008).

O filósofo Edmund Husserl, em 1932, já distinguia, quanto à empatia, dois tipos de consideração para com os animais: os *Menschen Tiere*, animais das pessoas, ou animais pessoalizados, e os *Eigentliche Tiere*, os animais autênticos (MARDER, 2013).

O vínculo entre pessoas e animais é bem documentado na literatura, com relatos de que o relacionamento dos tutores com seu animal de estimação é da mesma natureza que o relacionamento com um membro da família (SIESS *et al.*, 2015). De acordo com Clements, Benasutti e Carmone (2003), os animais assumem um papel e uma personalidade próprios dentro da estrutura familiar, fornecendo apoio, amor e lealdade. A família sente muita falta e tristeza quando perde um animal de estimação.

Os animais têm sido incluídos como “familiares” por muitas pessoas. É comum encontrar tutores que se descrevem como “mãe” ou “pai” de seu animal de estimação. Tal como acontece com as crianças, os animais recebem restrições e privilégios especiais, sendo que seu papel na vida familiar se reflete na criação de rotinas domésticas que cercam seus cuidados (MAHARAJ; KAZANGIAN; HONEI, 2016).

No mundo atual, onde são incentivados o individualismo, a perda de laços familiares e a solidão, a presença dos animais serve como apoio social, fortalece o sentimento de que

somos pertencentes, amados, e absolutamente necessários para alguém. Há troca de afetividade permanente, uma vez que os animais são claramente verdadeiros na expressão de seus sentimentos (FAMÍLIA..., 2010).

2.2 Câncer

Sabe-se que o paciente que recebe o diagnóstico de câncer reage de maneira diferente, se comparado ao diagnóstico de outras doenças, pois ainda existe a crença de que tal diagnóstico está relacionado à dor e a tratamentos invasivos. Em função de seu estigma social e de sua associação com a morte, o câncer é a doença que mais provoca medo nas pessoas. Por esta razão, estudos que investiguem o impacto do diagnóstico de câncer, não apenas no paciente, mas também em sua família, são necessários (FARINHAS; WENDLING; DELLAZZANA-ZANON, 2013).

O câncer causa uma carga emocional avassaladora pois, a partir de seu diagnóstico, o indivíduo e seus familiares enfrentam um processo em que todos os seus sentimentos ficam comprometidos, causando uma sensação de fraqueza diante da doença. Surgem sentimentos como temor, ira e insegurança, pois o indivíduo passa a não ter mais autoridade sobre suas vontades e desejos; pode ainda sofrer uma “distorção em sua cognição” e um processo de “catastrofização” (FARINHAS; WENDLING; DELLAZZANA-ZANON, 2013). Os indivíduos atribuem significados aos eventos estressores, os quais passam a influenciar suas emoções e comportamentos. As interpretações da realidade impactam na maneira como as pessoas constroem hipóteses sobre o futuro e sobre si mesmas. As previsões sobre o futuro podem ser totalmente negativas em casos de diagnósticos de câncer, sem que o indivíduo possa considerar outros resultados mais favoráveis, o que pode gerar comportamentos disfuncionais ou mal adaptativos (ROSA; LOPES, 2013).

Quanto aos problemas que surgem com o diagnóstico e o tratamento, podem-se citar: (a) dificuldades econômicas geradas pelos gastos com o tratamento, (b) ocultação do diagnóstico como forma de minimizar comentários indesejáveis, (c) surgimento de conflitos familiares que prejudicam o suporte necessário e (d) necessidade de constantes adaptações e mudanças nos hábitos de vida (FARINHAS; WENDLING; DELLAZZANA-ZANON, 2013). Para Assis e Alves (2015), pode existir um sentimento de impotência diante do medo do desconhecido e até mesmo da morte ao se iniciar o tratamento do familiar doente, requerendo manejo de todos e nova estrutura de organização na família.

Em muitos casos, o paciente oncológico precisa de ajuda em tempo integral para poder realizar suas atividades. Com isto, surge a necessidade de um familiar se dedicar a esses cuidados diários. Este cuidador pode ser solicitado a deixar de lado seus compromissos domésticos, trabalho, estudos e laços com outros membros da família, tendo que se dedicar integralmente ao processo de tratamento do familiar com câncer. Muitas vezes, este não escolhe ser cuidador, ele é “eleito” de maneira inconsciente pelo grupo familiar. Além de cuidar do paciente acometido por uma doença, torna-se alvo de todos aqueles que o cercam, inclusive a própria família. Fica também a cargo do cuidador suportar as exigências que lhe são impostas pelo meio familiar, pela doença e por si mesmo. (VOLPATO; SANTOS, 2007). Em função dessa necessidade de adaptação, podem surgir problemas emocionais, tais como, depressão, insônia, estresse, desânimo e doenças psicossomáticas (FARINHAS; WENDLING; DELLAZZANA-ZANON, 2013).

2.3 Câncer em animais de estimação

Para Mason (2016), a maior longevidade dos animais de estimação, proporcionada por fatores como melhora na nutrição, cuidados na prevenção e avanço no tratamento de doenças, justifica o aumento da incidência de neoplasias nos mesmos. Devido à ressignificação da interação ser humano-animal, cada vez mais podemos encontrar tutores em busca de tratamento para o câncer de seus animais de estimação. No mesmo estudo, foi evidenciado que a proximidade e a relação de afeto existentes entre eles, desloca o foco do tratamento baseado no término de vida, representado pela eutanásia, para outros, tais como cirurgia, quimioterapia e cuidados paliativos. É possível acompanhar pacientes desfrutando de boa qualidade de vida, apesar da doença.

Entretanto, tanto médicos veterinários quanto tutores de animais de estimação podem apresentar sentimentos preconcebidos associados à palavra câncer. Para muitos, o câncer se relaciona com sofrimento e morte, sendo comum o tutor relacionar a doença do seu animal com experiências de amigos ou membros da família que tenham sido submetidos a tratamento contra o câncer, ou que tenham falecido em função da doença. Os próprios tutores podem ter sido tratados para um tipo de câncer semelhante ao de seu animal de estimação (HETTS; LAGONI, 1990). Segundo os mesmos autores, as escolhas relacionadas ao tratamento dos animais podem ser influenciadas por essas experiências anteriores, sendo que muitas vezes os tutores tomam decisões que teriam tomado para si, família ou amigos. Essas decisões podem variar entre escolher um tratamento longo, que irá oferecer qualidade de vida antes da morte,

até a opção por não realizar nenhum tratamento, devido ao medo deste ser pior do que a própria doença. Tais situações demonstram que os tutores são influenciados, consciente ou inconscientemente, por crenças, sentimentos e experiências passadas.

Os tutores podem vivenciar alto nível de estresse durante o cuidado de um animal de estimação com doença crônica (SIESS *et al.*, 2015). Podem sofrer pressão de outros membros da família, de amigos e de si mesmo para tomar decisões para as quais ainda não estão preparados (HETTS; LAGONI, 1990). Devido ao forte vínculo que existe entre tutores e seus animais, pode ser que estes demonstrem dificuldades para lidar com a doença durante o decorrer do tratamento do seu cão.

A incapacidade de se comunicar com o animal e a impossibilidade de estar em casa durante a maior parte do dia para cuidar do paciente são fontes de angústia no processo de tomada de decisão, podendo ser também fonte de estresse durante o tratamento. Tutores de animais de estimação relatam que receber más notícias sobre a saúde de seu animal é semelhante a receber más notícias sobre a saúde de seus filhos. Entretanto, isso não se reflete no entendimento de empregadores, que admitem que os pais de crianças com doenças crônicas possam precisar de tempo livre do trabalho para levar seus filhos ao médico, mas que não reconhecem a necessidade de um funcionário deixar o trabalho para levar seu animal de estimação para uma consulta veterinária, o que pode ser uma fonte adicional de estresse (SIESS *et al.*, 2015).

Os procedimentos de tratamento podem resultar em mudanças na aparência física, como a perda de uma pata, perda de parte da mandíbula, perda de pelos, emagrecimento, tricotomias pelo corpo, entre outras. Além das mudanças físicas, é preciso considerar as mudanças de rotina que podem surgir com o tratamento da doença, por exemplo, os animais de estimação podem não mais conseguir acompanhar seus tutores em caminhadas e passeios (HETTS; LAGONI, 1990).

O tratamento pode ser uma difícil provação, se não houver apoio da família, de amigos e de médicos veterinários responsáveis por acolher os tutores.

Avaliando a ligação existente entre humanos e animais, é possível perceber que a perda de um animal com uma doença grave pode ocasionar sentimentos que se comparam à perda de familiares humanos. Há necessidade da elaboração do luto, sendo que algumas pessoas podem padecer de grande sofrimento e distúrbios psicológicos (ADRIAN; DELIRAMICH; FRUEH, 2009).

2.4 Câncer em pacientes pediátricos

O processo de adoecer infantil traz consigo repercussões que fragilizam e vulnerabilizam crianças e famílias. Quando esse processo é representado pela sobrecarga e pelo estigma que acompanha o câncer infantil, torna-se ainda mais angustiante. Ao adentrar no universo familiar e nos diversos aspectos do contexto da criança com câncer, percebe-se que existe uma relação que fica sobremaneira evidenciada: o vínculo criança/cuidador principal (AMADOR *et al.*, 2013).

As crianças sofrem com o tratamento e os efeitos colaterais e toda a família é afetada. O tratamento frequentemente causa estresse e medo em ambos, crianças e pais (ÅNGSTRÖM-BRÄNNSTRÖM *et al.*, 2018). Existem evidências consistentes na literatura de que cuidadores de pacientes podem sofrer ainda mais do que os próprios pacientes. Isto é especialmente verdadeiro em casos de câncer na infância (CASTELLANO-TEJEDOR *et al.*, 2017).

Considerar a importância do tratamento médico adequado ao paciente, não exclui olhar atentamente o papel que a família desempenha como agente de cuidados, quando um de seus membros adocece. Devido à complexidade da doença neoplásica, o tratamento deve ser abrangente, exigindo atenção não só para as necessidades físicas, como também para as demandas psicológicas e sociais do paciente, incluindo a participação ativa da família (MENEZES, *et al.*, 2007).

O diagnóstico de câncer em uma criança é um golpe devastador para os pais e pode criar uma crise na família. Muitas vezes, as famílias sofrem caladas, tendo cada um de seus membros suas próprias emoções e as emoções do paciente para lidar (CASTELLANO-TEJEDOR *et al.*, 2017). Enquanto tentam resolver os problemas de saúde de seus filhos, os pais frequentemente desenvolvem estratégias para reduzir tensão e ansiedade, o que pode (ou não) contribuir para o processo de adaptação às demandas de uma doença crônica (ZANON *et al.*, 2017). No Brasil, são poucos os estudos que abordam as estratégias de enfrentamento e os sintomas de ansiedade dos pais de crianças com câncer. Portanto, a atual compreensão sobre esta temática ainda é insatisfatória para a psicologia na área oncológica (SCHARDONG; CARDOSO; MAZONI, 2017).

De acordo com Kohlsdorf e Costa Junior (2008), no contexto pediátrico, a ocorrência da doença pode representar uma interferência sobre o desenvolvimento de crianças, adolescentes e seus familiares, requerendo medidas específicas de intervenção. Investigações sobre como os cuidadores lidam com episódios de enfermidade pediátrica, apontam para a exposição a uma grande quantidade de eventos estressores, que interferem na dinâmica familiar. Os mesmos autores ainda observaram que o diagnóstico e o tratamento do câncer na

infância podem ter o impacto de modificar as relações conjugais, alterar o sistema de cuidados parentais e reduzir a capacidade dos pais de manter adequado suporte social ao paciente e aos demais familiares.

Muito pouco se conhece, sistematicamente, sobre os processos psicológicos a que os pais são expostos durante o tratamento de seus filhos, e como enfrentam demandas e exigências do tratamento (MESORIO; KOHLSDORF; COSTA JUNIOR, 2009; KOHLSDORF; COSTA JUNIOR, 2008, 2012). Para os pais, ter um filho com câncer é um dos estressores mais severos que uma pessoa pode experimentar (JURBERGS *et al.*, 2009 *apud* WECHSLER, 2017). A ameaça da perda se faz mais presente, sobrecarregando emocionalmente os membros da família (SAHLER *et al.*, 2005; SOANES *et al.*, 2009 *apud* WECHSLER, 2017). Todos estes estressores tendem a levar a família a se unir mais (maior coesão e expressividade) ou a se romper (divórcios, distanciamento emocional), dependendo do funcionamento familiar anterior ao diagnóstico de câncer infantil (BELTRÃO *et al.*, 2007 *apud* WECHSLER, 2017).

Uma criança diagnosticada com câncer acrescenta grande estresse ao funcionamento da família. O estresse dos pais pode ser proveniente de fontes muito diferentes, como testemunhar o sofrimento de seu filho, ter que residir por meses no hospital (às vezes, em outra cidade ou região), deixar para trás outros filhos em prol do cuidado do filho doente, ter que deixar sua casa, seu emprego, entre outros. Os pais expõem mais sentimentos de solidão durante o tratamento de seus filhos, visto que o suporte social que recebiam na fase do diagnóstico tende a ir diminuindo com o passar do tempo. As outras pessoas vão retomando suas rotinas, não fornecendo mais a mesma quantidade de ajuda prestada logo após o choque do diagnóstico (LONG; MARSLAND, 2011 *apud* WECHSLER, 2017).

Acompanhar o processo de tratamento de uma doença como o câncer leva a família a ter períodos de maior otimismo e esperança, permeados por outros de maior desestruturação e ameaça de perda (MENEZES *et al.*, 2007). Em geral, estudos sobre as reações dos pais às crianças com câncer identificaram altos níveis de ansiedade, depressão, e outras alterações, como medo de recorrência ou preocupação excessiva (CASTELLANO-TEJEDOR *et al.*, 2017). Segundo Wong e Chan (2006 *apud* CASTELLANO-TEJEDOR *et al.* 2017), foram encontrados quatro tópicos emergentes ao descreverem as experiências de enfrentamento dos pais: 1) choque e negação, 2) estabelecimento do significado da situação, 3) enfrentamento da realidade e 4) estabelecimento de uma nova perspectiva.

Para os pais, o processo de recidiva do câncer infantil tem um impacto psicológico diferente do constatado nas crianças. Como eles possuem maiores habilidades cognitivas para

entender todo o risco de vida que a recidiva acarreta, o efeito psicológico deste diagnóstico pode ser mais intenso (LANDOLT *et al.*, 2003 *apud* WECHSLER, 2017), produzindo sentimentos de angústia, medo, raiva, depressão e desesperança (KLASSEN *et al.*, 2011 *apud* WECHSLER, 2017), além da sensação de que todo o esforço anteriormente empregado fora inútil (MÉNDEZ, 2005 *apud* WECHSLER, 2017).

É comum os pais se sentirem desanimados ou mesmo exaustos, visto que o tratamento oncológico se prolonga, os estressores aumentam e eles não observam melhoras no quadro de saúde da criança. O contato ainda mais estreito com possíveis sequelas da doença e com a probabilidade de morte do filho, também contribuem para a manutenção de sentimentos depressivos (SOANES *et al.*, 2009 *apud* WECHSLER, 2017). As responsabilidades dos pais podem aumentar a probabilidade de respostas de ansiedade, depressão, culpabilização, distúrbios do sono, sintomas somáticos, comportamentos de risco (tabagismo e alcoolismo), mudanças na dieta, percepção de sobrecarga física e emocional, vicissitudes que colocam sua saúde em risco e provocam prejuízos profissionais, sociais e perda da qualidade de vida que permanecem após o diagnóstico (KOHLSDORF; COSTA JÚNIOR).

Os pais têm de ajustar constantemente suas estratégias de enfrentamento e mobilizar seus recursos de acordo com as características instáveis da experiência do câncer.

2.5 Estratégias de enfrentamento (*Coping*)

Para Folkman e Lazarus (1984), *coping* pode ser definido como o conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizados pelo indivíduo visando lidar com demandas específicas, internas ou externas, que surgem em situações de estresse e são avaliadas como sobrecarga ou excedentes aos recursos pessoais.

Na literatura psicológica, identificam-se dois períodos de pesquisa e definição do conceito de enfrentamento, também chamado de *coping*. O primeiro pertence aos pesquisadores do ego, que definiram enfrentamento como o uso dos mecanismos de defesa para lidar com os conflitos. O segundo grupo surgiu após a década de 60, enfatizando os comportamentos de enfrentamento e propondo a avaliação dos determinantes cognitivos e situacionais (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998). O enfrentamento passou a ser definido como um processo que envolve a relação entre a pessoa e o ambiente. Os principais representantes desse grupo foram os pesquisadores Folkman e Lazarus (NUNES, 2010).

O processo de *coping* é desencadeado apenas se o problema a ser enfrentado é considerado um estressor. Caso contrário, o que se tem é um processo de adaptação. Contudo, vale lembrar que *coping* é considerada qualquer tentativa de administrar o evento estressor, tenha ela sucesso ou não. Assim, uma característica dos processos de *coping* não é o resultado, mas sim a apreciação realizada do problema estressor (SANTEIRO; ZANINI; SANTEIRO, 2017).

A definição de *coping* implica na distinção entre enfrentamento e comportamento adaptativo automatizado, limitando o enfrentamento a demandas que são avaliadas como sobrecarga ou excedendo os recursos de uma pessoa. Com efeito, isso limita o enfrentamento a condições de estresse psicológico, que requerem mobilização e excluem comportamentos e pensamentos automatizados que não exigem esforço. *Coping* inclui qualquer coisa que a pessoa faça ou pense, independentemente de quão bem ou mal ela funcione. O gerenciamento da situação pode incluir minimizar, evitar, tolerar e aceitar as condições estressantes, bem como as tentativas de dominar o ambiente (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

Para Kristensen, Schaefer e Busnello (2010), o processo de *coping* envolve a interação do indivíduo com o ambiente, permitindo que este possa administrar a situação estressora, ao invés de querer ter o controle ou o domínio da mesma. Após, é feita uma avaliação da situação, ou seja, o indivíduo avalia como o fenômeno é percebido, interpretado e cognitivamente representado na sua vida, pois, a partir dessa avaliação, é que ocorrerá a mobilização de esforços, através dos quais os indivíduos irão empreender ações cognitivas e comportamentais, para administrar as demandas internas e externas que surgem de sua interação com o ambiente.

De acordo com o modelo de processamento de estresse e *coping*, proposto pelos autores Folkman e Lazarus, é a partir do evento estressante que surge ameaça, prejuízo e desafio. É nesse momento que a pessoa pode questionar o que fazer, que resultado esperar e qual o custo deste empreendimento. Somente com esta reflexão é que surgem as estratégias de *coping* focadas no problema ou na emoção. As estratégias focadas no problema atuam de forma ativa e direta, eliminando ou diminuindo o problema; as pessoas buscam obter informações e traçar objetivos. Já as estratégias focadas na emoção, fazem com que ocorra alteração das reações diante do problema; as pessoas buscam sentir-se melhor, através da utilização do pensamento positivo, aceitação ou negação da situação (PEREIRA; BRANCO, 2016).

Coping como processo, apresenta três características principais. Primeiro, as observações e a avaliação estão focadas no que a pessoa realmente pensa ou faz, e não no que

a pessoa geralmente faz, faria ou deveria fazer, que é a preocupação da abordagem de características. Segundo, o que a pessoa realmente pensa ou faz é examinado dentro de um contexto específico. Pensamentos e ações de enfrentamento são sempre direcionados a condições particulares. Para entender o enfrentamento e avaliá-lo, precisamos saber com o que a pessoa está lidando. Quanto mais definido o contexto, mais fácil é vincular um pensamento ou ação de enfrentamento específico a uma demanda contextual. Terceiro, falar de um processo de enfrentamento significa falar de mudanças nos pensamentos de enfrentamento e ações, frente a um fator estressante. O enfrentamento é, portanto, um processo de mudança, no qual uma pessoa deve, em certos momentos, confiar mais em uma forma de enfrentamento, utilizando estratégias defensivas e em outra utilizar estratégias focadas na solução de problemas, à medida que o status do relacionamento pessoa-ambiente muda (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

A dinâmica e a mudança que caracterizam o enfrentamento como um processo não são aleatórias; elas são uma função de avaliações e reavaliações contínuas da mudança da relação pessoa-ambiente. As mudanças podem ser o resultado de esforços de enfrentamento direcionados à mudança do ambiente ou de enfrentamento interno que muda o significado do evento ou aumenta a compreensão. Elas também podem ser o resultado de mudanças no ambiente que são independentes da pessoa e de sua atividade de enfrentamento. Independentemente da origem, qualquer mudança no relacionamento pessoa-ambiente levará a uma reavaliação do que está acontecendo, de seu significado e do que pode ser feito. O processo de reavaliação, por sua vez, influencia os esforços subsequentes de enfrentamento. O processo de enfrentamento é, portanto, continuamente mediado por reavaliações cognitivas que modificam uma avaliação anterior (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

Segundo Pereira e Branco (2016), estratégias de *coping* têm por finalidade minimizar a pressão física, emocional e psicológica relacionada aos acontecimentos desencadeadores de estresse. A eficácia dessas estratégias é avaliada pela capacidade que o indivíduo tem em reduzir de imediato as implicações psicológicas, físicas ou sociais vivenciadas, bem como evitar, em termos futuros, o prejuízo de seu bem-estar ou de seu estado de saúde. Os fatores de risco são aqueles que, estando presentes, aumentam a probabilidade de o indivíduo, na vivência de adversidades significativas, ter seu desenvolvimento comprometido. Em contrapartida, fatores de proteção são aqueles que, na presença de adversidades significativas, aumentam a probabilidade de o indivíduo realizar com eficácia a resolução de suas problemáticas ou adversidades.

Para Lazarus e Folkman (1984), crenças, valores e vivências pessoais que se desenvolvem a partir da história única de uma pessoa moldam a avaliação do estresse e a maneira pela qual a pessoa lida com a situação. Portanto, as consequências podem ser profundas nos campos moral, social e funcional para a saúde do indivíduo. O significado de um dado evento estressor é incorporado no pessoal do indivíduo. Em outro estudo, Vaz-Serra (1988), observou que o tipo de situação pode influenciar as estratégias de *coping*, e estas, por sua vez, não são uniformes. Em alguns casos, o indivíduo tenta resolver o problema, em outras altera o significado da situação ou o significado das consequências.

Pode-se inferir que a possibilidade de controle sobre as próprias vidas é fundamental. Quando o sujeito tem controle sobre as contingências presentes em sua vida, ele lida com os acontecimentos de modo mais tranquilo; por outro lado, aquilo sobre o que não se tem controle é fonte de ansiedade e preocupação. Aguardar que os acontecimentos tomem seu curso, sem ter o que fazer para contribuir, é, muitas vezes, um complicador na história dos indivíduos (FORNAZARI; FERREIRA, 2010).

Vários instrumentos são utilizados em todo o mundo para avaliar estratégias de enfrentamento específicas, entretanto, há apenas uma escala adaptada para amostras brasileiras: *Folkman e Lazarus's Ways of Coping Checklist* (FOLKMAN; LAZARUS, 1985; SAVÓIA; SANTANA; MEJIAS, 1996), que consiste em um questionário de 66 itens, englobando pensamentos e ações que as pessoas usam para lidar com as demandas internas ou externas de um estímulo estressante específico (Anexo 1). O questionário pode ser aplicado por entrevistador ou auto preenchido. Uma situação de estresse é eleita, e o sujeito avalia as estratégias que utilizou naquela situação específica. A avaliação do questionário permite a realização de análise quantitativa.

Segundo Savoia e Amadera (2016), o indivíduo indica em uma escala tipo Likert, ordinal de 4 pontos, a frequência com que usa cada estratégia, sendo que os escores mais altos representam uma maior utilização da mesma. O instrumento oferece vantagem para os estudiosos de *coping* por aferir as estratégias em uma situação específica, podendo ser utilizado para análise intraindividual ou de comparação. O mesmo também permite que o sujeito caracterize a complexidade de suas ações e pensamentos em determinada situação particular, e não no *coping* como estilo geral de enfrentamento. Assim, cada situação é que determina o padrão de estratégias de *coping*. A análise fatorial do questionário produz oito escalas, também chamadas de fatores, sendo eles: confronto, afastamento, autocontrole, suporte social, aceitação de responsabilidade, fuga-esquiva, resolução de problemas e reavaliação positiva.

As estratégias de enfrentamento também podem ser avaliadas de forma qualitativa. De acordo com Bardin (1977), a análise de conteúdo, enquanto método qualitativo, é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, enriquecendo a leitura dos dados coletados. A análise de conteúdo ocorre em três momentos: pré-análise, que consiste na escolha dos documentos a serem analisados, sistematização de hipóteses e ideias iniciais e criação de categorias de análise; exploração, na qual é realizada a classificação e categorização do material; e, por fim, tratamento e interpretação dos resultados obtidos.

3 PROBLEMA DE PESQUISA

Existem diferenças nas estratégias de enfrentamento utilizadas por tutores de cães com câncer e por cuidadores de crianças com câncer, em tratamento quimioterápico?

4 HIPÓTESE

Ho: Não existem diferenças entre as estratégias de enfrentamento utilizadas por tutores de cães com câncer e por cuidadores de pacientes pediátricos com câncer, em tratamento quimioterápico.

H1: Existem diferenças entre as estratégias de enfrentamento utilizadas por tutores de cães com câncer e por cuidadores de pacientes pediátricos com câncer, em tratamento quimioterápico.

5 JUSTIFICATIVA

Conhecer as reações e os sentimentos de pessoas que cuidam de pacientes que receberam o diagnóstico de câncer, bem como as estratégias de enfrentamento da situação utilizadas por estes cuidadores, pode contribuir para o desenvolvimento de práticas clínicas que reduzam o sofrimento de pacientes e também de seus familiares.

A literatura traz muitos dados a respeito da relação tutor - animal no momento da perda, seja essa de causa natural ou através da eutanásia. Há grande preocupação em compreender os mecanismos da elaboração do luto e também em melhorar a comunicação entre médicos veterinários e tutores. Entretanto, não há relatos sobre as formas de enfrentamento utilizadas pelo tutor quando este recebe o diagnóstico de câncer de seu animal de estimação, nem durante o tratamento quimioterápico realizado no paciente. A produção científica também é escassa em relação às estratégias de enfrentamento utilizadas por cuidadores de pacientes pediátricos com câncer em tratamento quimioterápico.

A singularidade deste estudo está na proposta de avaliar, de forma simultânea e abrangente, a assistência dada a cuidadores na Medicina Veterinária e na Medicina Humana.

6 OBJETIVOS

6.1 Objetivo geral

Avaliar o impacto do diagnóstico de câncer e do tratamento quimioterápico, em tutores de cães e pais de pacientes pediátricos, utilizando o referencial das estratégias de enfrentamento.

6.2 Objetivos específicos

Avaliar o impacto do diagnóstico de câncer e do tratamento quimioterápico, em tutores de cães, utilizando o referencial das estratégias de enfrentamento.

Avaliar o impacto do diagnóstico de câncer e do tratamento quimioterápico, em pais de pacientes pediátricos, utilizando o referencial das estratégias de enfrentamento.

Comparar os resultados obtidos com os tutores de cães e com os pais de pacientes pediátricos.

7 MÉTODO

Estudo de métodos mistos, ou seja, de abordagem quantitativa e qualitativa, utilizado de forma simultânea, permitindo avaliação estatística e de análise de conteúdo, respectivamente. A amostra foi composta por tutores de cães e pais de pacientes pediátricos com câncer, em tratamento quimioterápico. Os participantes foram selecionados ao acaso, de acordo com sua presença nos locais de coleta e disponibilidade em participar da pesquisa no momento em que estavam acompanhando os pacientes, durante seu tratamento quimioterápico. Tutores e pais estavam cientes do diagnóstico e tratamento realizado pelo paciente, sendo que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa, tendo assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices 1 e 2). Foram elaborados dois Termos de Consentimento diferentes, buscando adequá-los às características dos participantes. O projeto foi encaminhado para análise nos Comitês de Ética em Pesquisa da UFRGS e do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, tendo sido aprovado sob o CAAE: 91188518.5.0000.5327.

Os cães não tiveram idade definida e as crianças tiveram idades variadas, sendo a máxima 12 anos. Os tutores e os pais deveriam ter mais de 18 anos de idade e ter capacidade de se comunicar verbalmente para responder à entrevista semiestruturada, abordando o impacto do diagnóstico e tratamento, e também o questionário adaptado do Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus (SAVÓIA; SANTANA; MEJIAS, 1996) para o português do Brasil.

O cálculo do tamanho da amostra foi estabelecido para detectar uma diferença na média de pontuação do escore do Inventário entre tutores e pais de um desvio padrão (tamanho de efeito moderado a grande), considerando um poder de 90% e um alfa de 0,05. Para isso, foram necessários 22 tutores e 22 pais. Este cálculo foi realizado através do programa WINPEPI 11.65. (ABRAMSON 2011).

A entrevista semiestruturada foi realizada no Hospital de Clínicas Veterinárias da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (HCV-UFRGS) com os tutores de cães em quimioterapia (Apêndice 3), e no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), com os pais de pacientes pediátricos em quimioterapia (Apêndice 4). Foi utilizada uma pergunta norteadora para conduzir a entrevista: “Qual o impacto do diagnóstico e do tratamento quimioterápico do seu cão ou do seu filho na sua vida?”

As entrevistas com os tutores foram realizadas no próprio Serviço de Oncologia do Hospital de Clínicas Veterinárias. Os tutores foram abordados durante a realização dos

procedimentos assistenciais. A pesquisadora desenvolve atividades assistenciais neste mesmo local.

Antes de iniciar a coleta dos dados com os pais, a pesquisadora realizou visitas de ambientação junto à Unidade de Internação do Serviço de Oncologia Pediátrica do HCPA. O objetivo deste contato foi estabelecer vínculo com os pais e com as equipes assistenciais do Serviço, a fim de permitir que todos se sentissem mais à vontade e confortáveis com a presença da pesquisadora no local.

Antes de iniciar qualquer procedimento vinculado à pesquisa, foi feito o convite e a obtenção do consentimento dos possíveis participantes. Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi solicitado ao entrevistado preencher seus dados demográficos (Apêndices 5 e 6). Realizada esta etapa, iniciou-se a gravação da entrevista. A pesquisadora questionava o entrevistado utilizando a pergunta norteadora, e, em seguida, a fala era livre e por tempo indeterminado. Quando o entrevistado finalizava sua entrevista, era solicitado a ele preencher as questões da Escala do Inventário de Estratégias de *Coping*. O uso do questionário permitiu análise quantitativa das estratégias de enfrentamento utilizadas, enquanto os dados obtidos na transcrição das entrevistas foram analisados qualitativamente.

O material gravado foi transcrito na íntegra e submetido à análise de conteúdo, com a realização de leituras repetidas dos depoimentos para identificação de pontos convergentes e divergentes, representativos ou significativos para o objetivo analítico proposto. A transcrição foi anotada com observações iniciais. Em seguida, essas foram traduzidas para temas mais gerais, sendo esses temas melhor explorados através dos subtemas (KANNO; BELLODI; TESS, 2012). Esta avaliação qualitativa utilizou a técnica de análise de conteúdo de Bardin. Também foi utilizado o software QSR NVivo 12, que possibilitou o agrupamento das falas em frequências de palavras, demonstradas através das nuvens de palavras e dos dendrogramas obtidos.

Nas transcrições os participantes foram identificados por letras “T” (tutores) ou “C” (cuidadores), seguida do número correspondente à entrevista – por exemplo, à primeira entrevista foi designado o código T1 ou C1. As gravações das entrevistas foram apagadas após sua transcrição.

A análise dos dados foi feita com o pacote estatístico SPSS versão 20.0 e com a planilha eletrônica Microsoft Excel 2010. Foram digitados os dados no programa Excel e, posteriormente, exportados para o programa SPSS v. 20.0 para análise estatística. Foram descritas as variáveis categóricas por frequências e percentuais e as quantitativas pela média e o desvio padrão. Foi avaliada a simetria das variáveis através do teste de Kolmogorov

Smirnov. Para comparar variáveis categóricas, foi utilizado o teste de Qui-quadrado ou Qui-quadrado com correção de Yates, conforme necessidade. As categorias com maior frequência do esperado foram detectadas através da análise de resíduos ajustados. Para comparar as médias foi utilizado o teste t de Student para amostras independentes, e a análise de Covariância (ANCOVA) foi utilizada para ajuste pela idade. Não foi possível o ajuste para outras variáveis que diferiram entre os grupos devido à baixa frequência de algumas categorias. Foi considerado um nível de significância de 5% para as comparações estabelecidas.

8 RESULTADOS E DISCUSSÃO

8.1 Caracterização da população do estudo

Foram analisados os dados de 44 sujeitos, divididos em dois grupos, tutores e cuidadores, cada um com 22 participantes. Quando comparadas suas características, é possível observar que os grupos diferem de forma significativa para a idade, sendo os tutores mais velhos do que os cuidadores ($P < 0,001$). Os grupos também foram diferentes em relação à escolaridade ($P < 0,001$), havendo mais sujeitos com Ensino Fundamental completo e incompleto dentre os cuidadores, e mais sujeitos com Ensino Superior, incompleto, completo ou com pós-graduação no grupo de tutores. Os grupos diferiram também em relação à ocupação, sendo que no grupo de tutores houve mais profissionais liberais e empregados e no grupo de cuidadores houve mais pessoas que não são economicamente ativas ($P = 0,002$). A composição familiar das pessoas que moravam na mesma residência demonstrou que a maioria dos tutores (40,9%) e dos cuidadores (72,7%) moravam com filhos e pessoas com outros vínculos (Tabela 1).

Tabela 1 – Tabela comparativa das características dos tutores e dos pais em dados demográficos fornecidos para a pesquisa (continua)

Características	Tutores n=22	Pais n=22	P
Idade, média \pm desvio padrão	49,5 \pm 14,8	32,9 \pm 9,4	<0,001*
Sexo feminino, n (%)	11 (50%)	18 (81,8%)	0,056(NS)**
Religião, n (%)			0,223(NS)**
	Católica	12 (54,5)	7 (31,8)
	Não católica	10 (45,5)	15 (68,2)
Escolaridade, n (%)			<0,001**
	Fundamental incompleto ou completo	-	12 (54,5)
	Médio incompleto ou completo	8 (36,4)	6 (27,3)
	Técnico	1 (4,5)	-
	Superior incompleto, completo ou pós-graduação	13 (59,1)	4 (18,2)
Ocupação, n (%)			0,002**
	Professional liberal ou empregado	15 (68,2)	9 (40,9)
	Aposentado	5 (22,7)	-
	Não trabalha	2 (9,1)	11 (50,0)
	Não respondeu	-	2 (9,1)
Composição familiar, n (%)			
	Sozinho	1 (4,5)	-

Características			(conclusão)
	Tutores n=22	Pais n=22	P
Esposo/a	6 (27,3)	-	
Esposo/a+filhos	6 (27,3)	6 (27,3)	
Filhos+outro tipo de vínculo	9 (40,9)	16 (72,7)	

Fonte: o próprio autor.

*teste t de Student para amostras independentes; **teste de Qui-quadrado NS: não significativo.

8.2 Análise estatística e qualitativa do Inventário de Estratégias de *Coping*

O Inventário de Estratégias de *Coping* propõe oito fatores para serem analisados (KRISTENSEN; SCHAEFER; BUSNELLO, 2010):

1-confronto: esforços agressivos de alteração da situação, podendo apresentar grau de hostilidade e risco envolvido (questões 6, 7, 17, 28, 34 e 46)

2-afastamento: esforços cognitivos de desprendimento e minimização da situação (questões 12, 13, 15, 21, 41 e 44);

3-autocontrole: esforços de regulação dos próprios sentimentos e ações (questões 10, 14, 35, 43, 54, 62 e 63);

4-suporte social: busca de suporte informativo, instrumental e emocional (questões 8, 18, 22, 31, 42 e 45);

5-aceitação de responsabilidade: reconhecimento do próprio papel na situação e tentativa de recompor o problema. É um fator associada à noção de culpa pela situação vivenciada (questões 9, 29, 51 e 55);

6-fuga e esquiva: estratégias para escapar ou evitar o problema (questões 11, 16, 33, 40, 47, 50, 58 e 59);

7-resolução de problemas: esforços focados sobre o problema, buscando alterar a situação (questões 1, 26, 39, 48, 49 e 52);

8-reavaliação positiva: criação de significados positivos, podendo, também, apresentar dimensão religiosa (questões 20, 23, 30, 36, 38, 56 e 60).

A análise dos fatores do Inventário permitiu uma comparação entre tutores e pais. Dos oito fatores avaliados, cinco não apresentaram diferenças estatisticamente significativas e três tiveram esta diferença constatada. Os dados foram também analisados buscando corrigir a diferença de idades verificada. Após esta análise, apenas dois fatores continuaram a ter diferenças estatisticamente significativas (Tabela 2).

Tabela 2 – Tabela comparativa das médias dos oito fatores, entre tutores e pais, da escala do Inventário de Estratégias de Lázarus e Folkman.

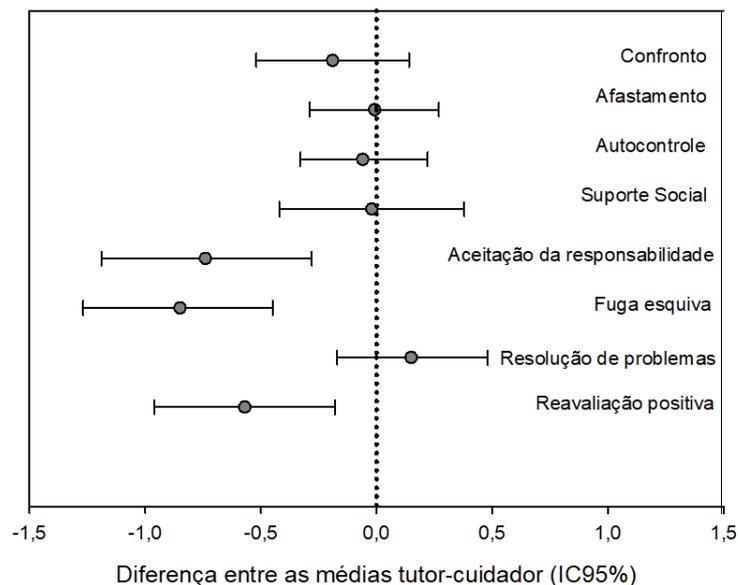
Fatores	Tutores n=22	Pais n=22	P*	P**
Confronto	1,00±0,62	1,19±0,44	0,252(NS)	0,382(NS)
Afastamento	0,78±0,41	0,79±0,51	0,957(NS)	0,724(NS)
Autocontrole	1,12±0,43	1,18±0,47	0,670(NS)	0,555(NS)
Suporte social	1,96±0,71	1,98±0,60	0,909(NS)	0,546(NS)
Aceitação da responsabilidade	0,75±0,74	1,49±0,76	0,002	0,053 (NS)
Fuga esquiva	0,45±0,51	1,31±0,80	0,001	0,039
Resolução problemas	1,98±0,50	1,83±0,56	0,351(NS)	0,542(NS)
Reavaliação positiva	1,47±0,70	2,04±0,57	0,005	0,017

Fonte: o próprio autor.

Dados apresentados pela média ± desvio padrão. *Valor P obtido pelo teste t de Student para amostras independentes; **Valor P pela Análise de Covariância (ANCOVA) ajustado para idade; NS: não significativo.

Os três fatores que se destacaram nesta avaliação comparativa entre tutores e pais foram: aceitação da responsabilidade, fuga e esquiva e reavaliação positiva (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Gráfico das diferenças e intervalo de 95% de confiança (IC95%) entre os tutores e pais (cuidadores) para cada fator

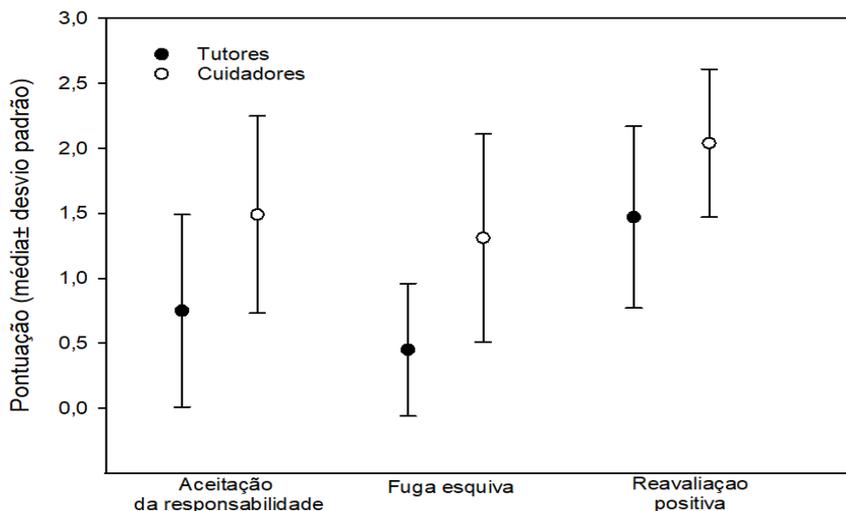


Fonte: o próprio autor.

O fator aceitação da responsabilidade teve pontuações significativamente mais altas no grupo dos pais em relação aos tutores ($P=0,002$). Entretanto, após o ajuste para a idade, esta diferença deixou de ser constatada ($P=0,053$) (Gráfico 2).

O fator fuga e esquiva também teve pontuações significativamente mais altas no grupo dos pais em relação aos tutores ($P=0,001$), o que se manteve mesmo após a correção para idade ($P=0,039$). O mesmo ocorreu com o fator reavaliação positiva, onde no grupo de cuidadores teve-se pontuações significativamente mais altas em relação aos tutores ($P=0,005$), o que também se manteve após o ajuste para idade ($P=0,017$) (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Comparativo da pontuação média entre os grupos para os fatores aceitação da responsabilidade, fuga e esquiva e reavaliação positiva



Fonte: o próprio autor.

O conteúdo das entrevistas, que foi transcrito sem adequações ou alterações, foi avaliado quanto a frequência de palavras utilizadas pelos tutores e cuidadores. Verificando o resultado obtido com a análise de frequência de palavras utilizadas é possível identificar que as palavras *bem e fazer* se destacaram em ambos os grupos. Isto evidencia o objetivo da busca pelo tratamento e da necessidade de agir, evidenciada também pela palavra *começou* (figuras 1 e 2).

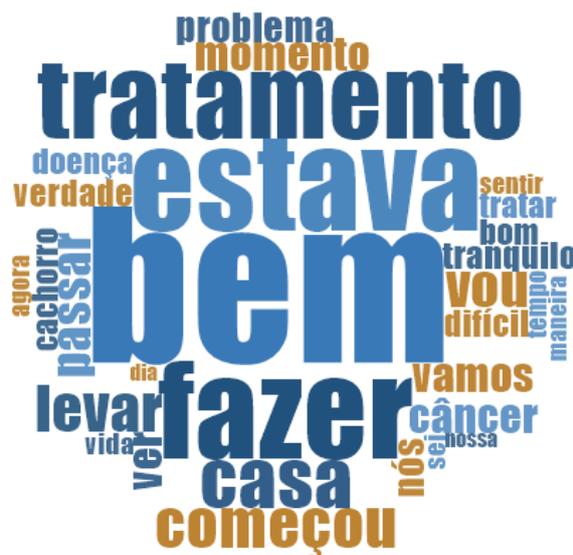
Em ambas as nuvens existe a referência à *casa*, porém em contextos diferentes. Os tutores se referiam a *casa* no sentido de manter o paciente em *casa*. Os cuidadores utilizaram esta mesma palavra no sentido de retornar para *casa*, de poder *voltar*, que também é um destaque nesta nuvem.

O *tratamento* foi destacado com maior ênfase pelos tutores que pelos cuidadores. O papel desempenhado pelos tutores e cuidadores também é diferenciado nas nuvens de palavras. Nos cuidadores verifica-se um destaque para a *mãe*, mas com a citação do *pai* e de *nós*. Nos tutores é verificada apenas a referência a *nós*, sem a diferenciação de papéis ou de pessoas individualmente.

Em ambas as nuvens houve a referência à *doença*, mas a palavra *câncer* foi utilizada apenas pelos tutores. Por outro lado, *Deus* foi destacado pelos cuidadores, que também foram os únicos a referirem uma expressão de emoção, com a utilização da palavra *chorei*. É importante notar que em ambas as nuvens existe o destaque para a palavra *tranquilo*.

Figura 1 Nuvem de palavras obtida a partir das transcrições das entrevistas dos tutores, utilizando o software NVivo 12.

Figura 1 – Nuvem de palavras obtida a partir das transcrições das entrevistas dos tutores, utilizando o software NVivo 12



Fonte: o próprio autor.

Figura 2 – Nuvem de palavras obtida a partir das transcrições das entrevistas dos cuidadores, utilizando o software NVivo 12



Fonte: o próprio autor.

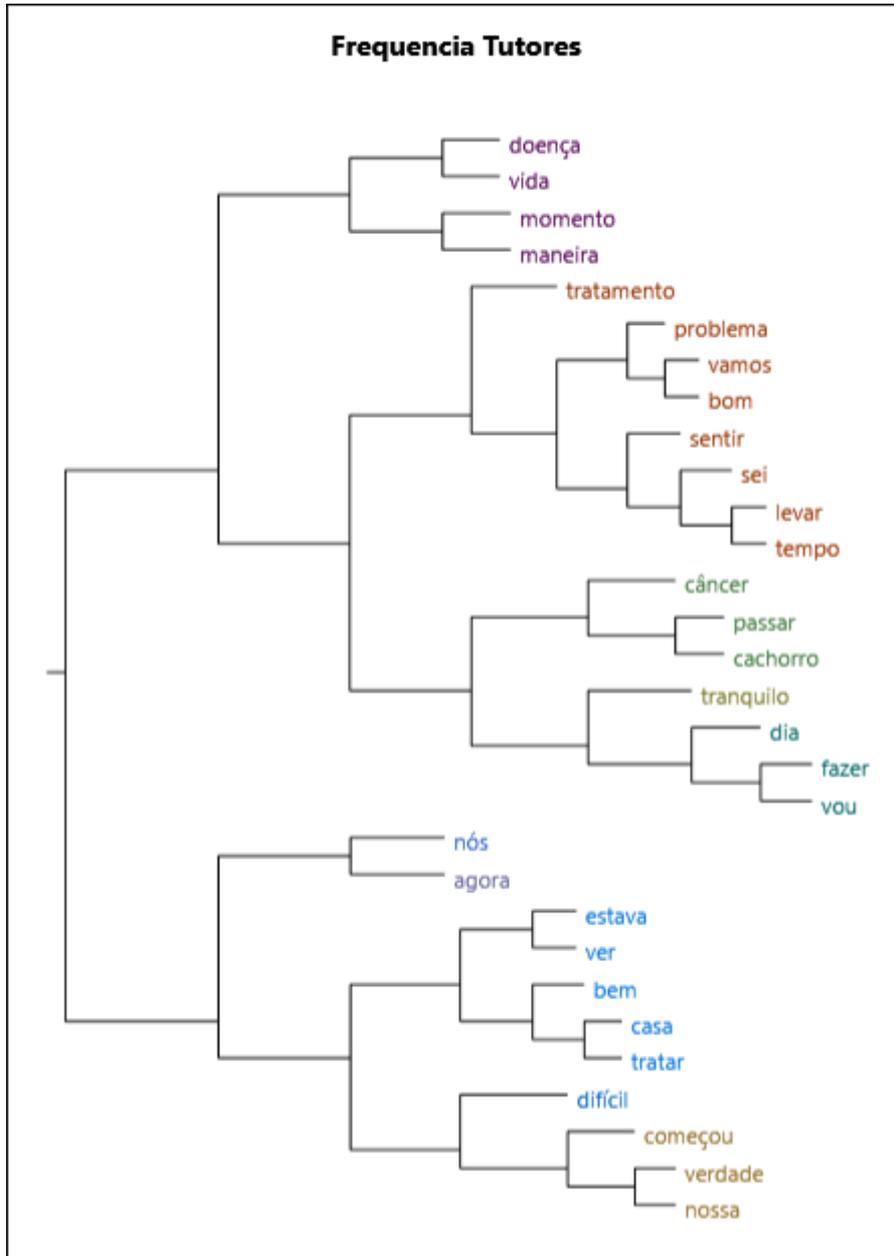
Quando é avaliada a associação existente entre as palavras utilizadas, por meio dos dendrogramas, é possível verificar as partições ou iterações apresentadas nos dois grupos. Em ambos dendrogramas foram verificadas até oito diferentes níveis de iterações entre as palavras utilizadas (figuras 3 e 4).

Os tutores associam a *doença* com a *vida*, enquanto que os cuidadores associam a *doença* ao *tratamento*. Os tutores associam o *tratamento* ao *problema* e ao sentimento de que pode *levar tempo*, mas que estão *tranquilos*.

A citação *chorei*, específica dos cuidadores, está associada à *começou* e a palavra *Deus* a *conseguiu*, o que demonstra uma relação entre a expressão de emoções e o sentimento de religiosidade dos cuidadores com o período do tratamento.

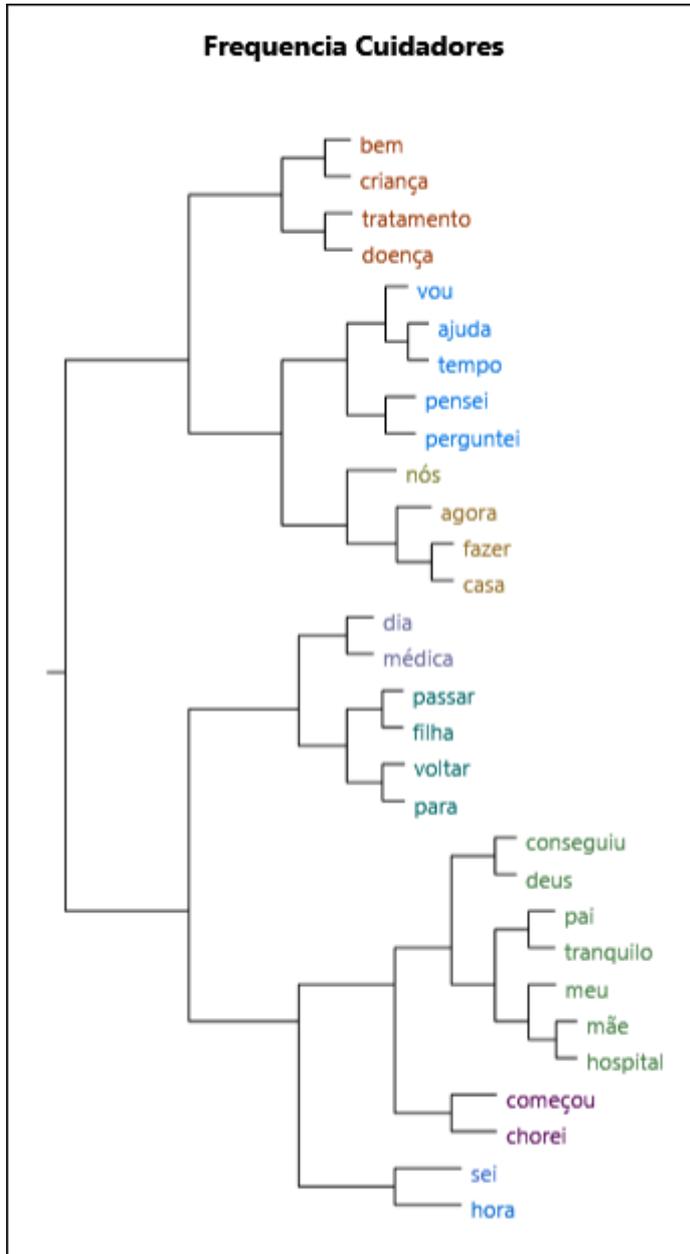
A palavra *casa* se associa a *tratar* nas falas dos tutores. Por outro lado, os cuidadores associam *casa* a *nós*, como expressão de família. A figura do *pai* e da *mãe* estão em outro nível distinto de iteração. Os cuidadores associaram a palavra *pai* a *tranquilo* e *mãe* ao *hospital*.

Figura 3 – Dendrograma de palavras obtido a partir das transcrições das entrevistas dos tutores, utilizando o software NVivo 12



Fonte: o próprio autor.

Figura 4 – Dendrograma de palavras obtido a partir das transcrições das entrevistas dos cuidadores, utilizando o software NVivo 12



Fonte: o próprio autor.

Os dados obtidos no Inventário também foram avaliados qualitativamente, quanto ao conteúdo abordado, e quantitativamente por meio das frequências das alternativas de cada uma das questões. A comparação entre os dois grupos foi realizada de acordo com os

pensamentos e comportamentos relacionados aos seus diferentes fatores. Foram avaliadas as respostas dadas pelos grupos às diferentes questões referentes a cada um dos fatores. Além disso, foi realizada a análise qualitativa das entrevistas, o que permitiu a inserção das falas dos tutores e cuidadores na análise dos oito fatores do Inventário.

A análise do fator confronto (questões 6, 7, 17, 28, 34 e 46), permitiu avaliar as respostas dos tutores e dos cuidadores em relação ao enfrentamento da situação com foco no problema. Ambos os grupos foram capazes de buscar recursos para ir atrás do que achavam necessário e não culpabilizaram ninguém pela situação que estavam enfrentando. Este comportamento foi visto por meio das respostas obtidas dos tutores dos cães, os quais confrontaram a situação e buscaram recursos para o tratamento dos seus animais. Nossos achados corroboram a literatura onde, segundo Jarolmen (2018), o crescimento e o reconhecimento do vínculo humano-animal nas sociedades urbanas, demonstrado pelos sentimentos dos tutores em relação aos seus animais, que os consideram como “seres humanos” e membros da família, fazem com que as pessoas se mostrem mais dispostas a fornecer tratamento médico adequado para curar ou prolongar a vida de seu animal doente. De acordo com os estudos de Hetts e Lagoni (1990), os tutores demonstraram querer ser informados sobre as possíveis alternativas de tratamento de câncer para seus animais. As pessoas que possuem um forte apego humano-animal geralmente precisam ter o entendimento que tentaram de tudo para salvá-los. As falas do tutor 21 ilustram esses achados:

“Então, a gente faz o que tem que ser feito, passa o trabalho que tem que passar, entre faltar alguns compromissos pra trazer ela, então assim a gente tenta cuidar bem dela.”(T21)

“Desde que a gente descobriu a doença dela, a gente procura fazer o possível pra gente tratar ela até o fim que ela durar. O dia que a doutora disser: olha, não tem mais condições, se tiver que sacrificar ou coisa assim, mas a gente faz de tudo pra ela ficar.”(T21)

Ainda no fator confronto, tutores e cuidadores deram respostas que permitiram verificar o enfrentamento positivo da situação, pois não recuaram e lutaram pelo que queriam. Esses achados podem ser validados, conforme Van Schoors *et. al.* (2018), pois no caso de um diagnóstico de câncer na infância, as famílias devem trabalhar em equipe para atender às demandas de tratamento. As falas dos cuidadores demonstram estar de acordo com as respostas encontradas:

“Porque na questão dele, como a gente morava, mora numa cidadezinha menor, que é litoral, não tem hospital, daí nós tivemos que ir pra outra cidade, fomos, saímos de casa pra consultar só, né? Chegando lá ele fez os exames e deu o diagnóstico. Daí de lá já fomos pra outra cidade, nem voltei pra casa, só pra pegar umas roupas e lá a gente acabou ficando dois meses, né? Então, virou de ponta cabeça nossa vida, né? Então assim foi bem complicado mesmo, né?”(C4)

“Então pra nós foi complicado, mas durante o tempo a gente foi aprendendo a lidar, assim, com tudo isso, com as batalha, com as coisas que ele passou, mas sempre procurando dar força pra ele. Aí larguei emprego e fiquei só me dedicando as correria do dia a dia no hospital com ele. Vivia mais mesmo, naquela época, eu me lembro, de doação, fazia rifa, uma ajuda daqui, uma ajuda dali. Foi difícil? Ô, mas foi. Mas né, durante todo esse tempo foi isso. Desde então não peguei mais serviço fichado porque tem que cumprir horário, compromisso, então nenhum patrão vai liberar o funcionário toda vida pra tá indo em médico. Que nem às vezes tu ia pra uma consulta e ficava. Internação e ficava lá dez, quinze, vinte dias, entendeu, então ficava difícil tu pegar um serviço que tinha que cumprir horário. Aí eu começava a trabalhar por conta daí.”(C13)

Tutores e cuidadores não tentaram identificar uma pessoa como sendo a responsável pela situação que estavam passando, nem demonstraram raiva pelo acontecido. Foi possível observar uma associação estatisticamente significativa ($P=0,015$) entre a frequência das respostas dadas à questão 28, sobre extravasamento de sentimentos, e o fato de ser tutor ou cuidador. Os tutores procuraram expor mais seus sentimentos para outras pessoas, enquanto que os cuidadores foram mais reservados. Esses achados corroboram o estudo de Van Schoors *et. al.* (2018), onde se observou que é importante levar em consideração os sentimentos conflitantes que os pais podem experimentar após um diagnóstico de câncer pediátrico. A dinâmica repleta de conflitos do processo demonstra a complexidade de adaptação familiar. O apoio normalmente é fornecido pela própria família. Os familiares são vistos como um círculo fechado, muito próximos, existindo espaço limitado para que outros se juntem ou se interponham na situação. O mesmo estudo traz como consequência a dificuldade que outras pessoas, por exemplo, os amigos, têm de entenderem como essas famílias estão se sentindo e como podem ser ajudadas. A fala de um cuidador demonstra o quanto as pessoas se fecham dentro de seu núcleo familiar:

“Ou quando alguém manda mensagem, sempre sou muito educada pra responder, mas assim, eu fico na minha casa, eu não procuro ninguém assim. Não adiantava eu sair me martirizando pra todo mundo, né, não adianta. Então, por isso que a gente nunca procurou a ajuda de ninguém.” (C10)

Na análise do fator afastamento (questões 12, 13, 15, 21, 41 e 44), tutores e cuidadores não minimizaram a situação e se preocuparam seriamente com ela. O momento do diagnóstico foi vivido com grande sofrimento, tanto por tutores quanto por cuidadores. Isso é consistente e mencionado por outro estudo (VAN SCHOORS *et. al.*, 2018), onde torna-se evidente que o diagnóstico de câncer na família geralmente é descrito pelos pais como “nada mais é normal”, podendo causar trauma psicológico e aumentar a tendência de vivenciar emoções negativas. No estudo de Eche e Aronowitz (2018), os pais relataram sentimentos de raiva, culpa e tristeza relacionados ao diagnóstico de câncer. Observamos nos tutores e nos cuidadores, níveis de estresse e ansiedade bastante elevados, principalmente na fase do recebimento do diagnóstico:

“Bom, o impacto do recebimento do diagnóstico, de saber que ela poderia estar com câncer pra nós foi terrível, tanto para os dois filhos quanto para o marido. Foi uma choradeira, foi, foi, a gente no início não queria aceitar.”(T17)

“Nós recebemos o diagnóstico dele de neuroblastoma, que é uma neoplasia maligna, e ele tinha o foco do tumor e mais seis metástases. Aí aquela notícia foi nos dada acho que em dez minutos, mas foi os piores dez minutos da vida da gente. Daí a gente ficou totalmente sem chão.”(C2)

“Então eu passei por vários momentos com ele, o momento de aceitar a doença, aliás, de ter a notícia, depois de tentar entender essa questão da doença dele, e da questão de administrar minha vida pessoal também pra poder dar um suporte pra ele. Então eu tive diversas fases da aceitação, da rejeição, da revolta, né, que eu não entendia por quê.”(T5)

“E, antes do diagnóstico a gente sempre tem aquela expectativa, não, não vai ser nada, é só um susto. Mas depois a gente vê que a realidade né, que é um pouquinho mais complicado, mas assim eu, eu encarei assim sempre de peito aberto, sabe? ...o primeiro impacto então é bem assustador assim, né, é um mundo totalmente novo, a gente tá acostumado com a rotina normal do dia a dia, né? As mesmas coisas todo dia, tá bem, leva no médico uma vez que outra pra uma consulta, uma vacina.”(C6)

“E o impacto que teve quando ele foi diagnosticado é que, né, a vida da gente vira, a rotina da gente vira, né, muda, como é que se diz, de cabeça para baixo, né? É como abrir um buraco e tu não chegar nunca lá embaixo, é isso que acontece quando a gente recebe um diagnóstico assim.”(C4)

“É, o impacto que essa questão do câncer né, que causou na minha vida foi, num primeiro momento, foi chocante. Eu fiquei muito preocupada e quando tu recebe o diagnóstico de câncer tu já pensa que o teu cachorro vai morrer rápido, né?”(T5)

“Então, quando a gente descobriu né, a doença a gente ficou bem preocupado, eu e a minha esposa, pela questão de, né, câncer é uma palavra forte né, pra qualquer, pra qualquer situação, sendo animal, ou teu animal de estimação ou alguém da tua família, né?”(T16)

De acordo com Amador *et. al.* (2013), mesmo diante de uma intensa busca por um caminho capaz de ocultar ou mesmo eliminar o adoecimento do filho, o familiar enxerga-se sem saída, rendendo-se, portanto, ao impacto emocional desta situação, conforme podemos ver nas falas a seguir:

“Foi difícil entrar no terceiro leste. Eu já sabia o que que era e quando eu olho, passa no elevador, o elevador abre, tu olha, pronto. Agora quando tu entra no corredor te dá um baque, te dá uma coisa, que tipo, não esperava que acontecesse comigo.”(C1)

“Primeiro assim, meu Deus, o mundo, o chão se abriu e ali eu queria entrar, né? No começo foi muito difícil, no começo eu chorava dia e noite, não chorava perto dele, mas eu chorava dia e noite.”(C22)

“Então, foi um baque, né? Na hora a ficha ainda nem, a ficha demorou a cair, sabe? A tu entrar nesse mundo...”(C17)

“Então, quando eu recebi a notícia, eu fui, eu percebi chegar o fim do túnel, e fui no fim do túnel, e, como é que eu vou te descrever, é uma sensação que não tem como te descrever.”(C21)

“Aí ela me disse que era mesmo esse diagnóstico e que ele teria que ir para a UTI. Aí eu fiquei pior ainda, pensei meu Deus, o mundo vai acabar, né, pensando pra mim.”(C9)

Os dois grupos não agiram como se nada tivesse acontecido, pois se deixaram impressionar e pensaram muito sobre o que estavam passando, procurando não esquecer a situação desagradável. Segundo Slater, Fielden, e Bradford (2018), muitos pais e cuidadores de pacientes pediátricos relatam sentirem-se assustados com os complexos regimes de tratamento e as necessidades de cuidados de suporte. Pais e cuidadores devem aprender rapidamente a "linguagem" do câncer infantil, navegar nos protocolos complicados de quimioterapia e reagendar sua vida para acomodar horários de consultas e necessidades de hospitalização para o tratamento. A mesma pesquisa identificou impactos significativos na qualidade de vida relacionada à saúde dos pais e cuidadores, considerando sua saúde física, psicológica, emocional e social, particularmente nos primeiros seis meses após o diagnóstico.

Nas falas a seguir, tutores e cuidadores demonstram o quanto ficaram impressionados com a nova situação que estava sendo enfrentada, o que incluiu mudanças na rotina da família:

“Quando aconteceu é totalmente diferente. Que nem as pessoas pegam e dizem assim: ah, tu imagina. Não, não imagina. Porque eu também falava: eu imagino. E é muito surreal, é muito, muito diferente.”(C1)

“Eu não, eu parece que a qualquer momento vou ter um ataque de surto, porque a gente fica sobrecarregada, a gente fica cansada, a gente fica triste, a gente fica preocupada. É uma situação que a gente nunca imaginou viver na vida. Não, ninguém espera. Ainda mais com um filho de três anos, como é que a gente vai imaginar que uma criança de três anos vai ter câncer?”(C2)

“Porque o cachorro não tem como falar. Então a minha maior angústia era assim, era o que que está acontecendo, o que que eu posso fazer para amenizar.”(T2)

“Mudou bastante nossa rotina porque com as medicações, né, que são mais complicadas um pouco, a gente cuida bastante, né, até a nossa rotina, vamos dizer assim, de festas, essas coisas, a gente tem dado uma evitada, controlando mais, né, pra estar com ele em casa, poder passar o maior tempo possível junto com ele.”(T1)

“Além de reagendar a minha vida em relação ao trabalho, para fazer os tratamentos aqui no hospital, e em algumas vezes eu tive que alterar a data do tratamento por causa do meu trabalho, não pude comparecer ao tratamento, então isso acaba sendo realmente um transtorno na vida de um trabalhador, mas é necessário. Também nos horários vagos em casa, nos horários de descanso, tem que lembrar da medicação, então a gente nunca pode estar desatento, né?”(T10)

“Então, um tratamento prolongado assim acaba nas nossas rotinas fazendo muita diferença, né, creio que não é nem por ser um cão, se fosse um filho, e eu tenho dois filhos, né, também quando tem que fazer um tratamento com crianças muda totalmente a rotina dos pais, nesse sentido altera bastante.”(T10)

“Foi difícil, né, no começo, não tava acostumado em hospital, nem o ele que tinha uma vida livre, ia pra escolinha, jogava bola, andava de bicicleta. Depois da descoberta da doença tudo isso acabou, ele acabou, não teve mais o privilégio de fazer essas coisas, ficar só tipo, numa redoma, como se diz, né, com cuidado.”(C13)

Por outro lado, num primeiro momento, algumas pessoas negaram a situação, pois não acreditaram na possibilidade da confirmação do diagnóstico de câncer:

“Bom, eu fiquei meia surpresa assim quando eu recebi o diagnóstico de linfoma, né? Eu sabia que ela já tinha aqueles carocinhos e já tinha uma ideia que era um câncer. Mas num primeiro momento não quis acreditar assim, achei que não.”(T22)

“E eu dizia: não é nada demais, vai ser o que o médico dizia lá no posto onde eu ia, sabe, ele dizia que era gases, tanto que ele me deu a simeticona... Mas eu não tava assim na minha cabeça que podia ser assim, essa doença. Aí eu cheguei aqui, fomos pra emergência direto, fomos tão rápido atendidos, e ele me disse assim: eu acho bom tu ficar preparada, porque isso pode ser uma leucemia. Eu disse: não, não vai ser uma leucemia. Eu não acreditei, sabe? Pensei que ele pudesse estar falando isso só pra me assustar mesmo, sabe?”(C9)

“Porque eu não esperava, sinceramente. A gente tava fazendo os exames. Deu uma alteração no fígado. Eu disse: não, deve ser alguma coisa no fígado então, né? E aí quando ela deu o resultado, ela disse: ah, pode ser leucemia. Foi um baque bem grande pra gente. A gente começou: não pode ser, não é bem isso, não vai ser.”(C5)

De acordo com os achados do estudo de Moreira e Angelo (2008), ao receber o diagnóstico de câncer do filho, a mãe percebe que não somente a vida da criança está ameaçada pela doença, mas que o seu tempo como mãe desta criança também está sob perigo. A partir deste momento se desencadeiam todas as tomadas de decisão e uma série de ações da mãe a fim de que seu tempo como mãe daquela criança não se acabe:

“E o medo de perder, eu vivo com medo.”(C15)

“Eu procuro fazer isso, né, eu sinto angústia às vezes, às vezes quando eu tô sozinha longe dela eu choro, né, bate um medão, mas daqui a pouco a esperança já toma conta, eu digo: não, ela tá curada, né, ela vai ficar bem. Bá, muda bastante, mas o que mais toma conta assim, às vezes, é o medo de perder. Não aceito a possibilidade de não dar certo e acontecer alguma coisa. Pra mim é inadmissível. Tenho pensado muito assim, como eu tô do outro lado agora, né, eu sempre me senti muito responsável assim, nos cuidados no meu serviço. E agora eu vejo a minha filha assim, eu tô do outro lado e fico com aquele sentimento, putz, aqueles pais lá sentem, sentiram a mesma coisa que eu tô sentindo agora. Esse medo constante de perder, né, ninguém quer perder.”(C12)

Analisando ainda o fator afastamento, metade do grupo dos tutores e quase metade do grupo dos cuidadores aceitou o fato e seu destino, de acordo com o estabelecido no Inventário, conforme as falas a seguir:

“Mas agora ele tá na escola, ele gosta de ir pra escola e tudo. Ele tem uns amigos, né, acompanhamento, coisa que ele se prendeu de muita coisa na época, né? Não teve como... Ele teve que abandonar tudo, ficou naquela redoma assim, só naquele mundo. E agora que ele tá se soltando, mas ele gosta da escola, né?”(C13)

“Daí agora ele tá se recuperando, a gente vai se recuperando também, mas é aquilo, a gente tá bem, mas aí cada vez que se toca no assunto a gente lembra de tudo como começou. Ele começou mancando, a gente teve vários diagnósticos, a gente teve diagnóstico de errados, né, de tumor no cérebro, a gente teve de meningite, então desde dezembro a gente não tem mais vida, né, a gente vive só a vida dele.”(C2)

Conforme o estudo de Kim *et. al.* (2019), a maioria dos cuidadores de uma criança com câncer reconheceu que suas prioridades haviam mudado e que a saúde de seus filhos tinha se tornado a coisa mais importante:

“Fico dentro do hospital, com ele, perto dele, mais próximo possível pra não deixar ele sozinho. Pra ele sentir que eu tô ali com ele, que ele, pra ele poder contar com o pai nessa hora.”(C16)

O não se afastar da situação trouxe a compreensão da necessidade da participação ativa e positiva do pai no cuidado do seu filho, pois a mãe fica muito sobrecarregada nesse processo. Esse achado está de acordo com o estudo de Kim *et. al.* (2019), onde a mãe é tipicamente a cuidadora principal da criança. As mães precisam lidar diariamente com várias situações estressantes, como, por exemplo, incentivar a criança a cooperar com a equipe médica na hora de tomar os medicamentos. Além disso, para compor esse novo papel de cuidadora de uma criança com câncer, a mãe precisa fornecer amor e apoio emocional, determinando como disciplinar e educar seu filho doente da maneira mais adequada possível. O relato de um pai revela esta compreensão:

“O recado que eu tenho para os pais é que eles encarem o problema de frente, né, que não baixem a cabeça, que procurem dar o apoio necessário para a esposa, para a filha, que o pai não seja, que não passe uma pessoa despercebida. Que seja mais ativo, né? Porque a mãe ela passa todo o tempo aqui. Senão todo o tempo, a maioria. É raro os momentos que ela tem de sair um pouquinho pra rua, pra respirar, ou pra comprar alguma coisa rápida ali, e daqui a pouco voltar, porque ela não tem outra pessoa pra dividir com ela, né? Ou pra ir em casa. Tem os outros filhos também, né? Por isso que eu digo para os pais estarem mais participativos. E eu acabei até comentando com as enfermeiras, com as técnicas, e até com os próprios médicos que eu notei, né, eu notei que são poucos pais, são poucos mesmo que ficam direto aqui.”(C8)

Ainda considerando o fator afastamento, mais da metade dos tutores procurou encontrar o lado bom da situação, contudo, isso não foi verificado no grupo dos cuidadores.

Na análise do fator autocontrole (questões 10, 14, 35, 43, 54, 62 e 63), os cuidadores, na sua grande maioria não deixou que os outros soubessem da verdadeira situação, enquanto que isso não aconteceu no grupo dos tutores. Tutores e cuidadores não guardaram para si seus sentimentos, conforme ilustram as falas a seguir:

“Quando a gente entrou aqui e ela recebeu o diagnóstico de câncer, foi, foi muito ruim, eu chorei muito, mas não podia passar nada para ela, eu tinha que ficar ali forte, porque a segurança dela era eu, sempre foi. E na hora do banho, às vezes eu tomava dois, três banhos no dia que era pra mim poder ir lá e botar pra fora o que eu estava sentindo. E aí saía de lá rindo, fazendo ela rir, que ela tem uma risada muito gostosa, e ela ria e brincava e sempre foi, né? Sempre foi assim.”(C1)

“Depois aí tá, daí vim, conversei através dos exames com a doutora, quando a gente soube que ela tinha que amputar o membro aí foi pior ainda. Marido não trabalhou, ficou sem trabalhar no dia da consulta, não trabalhou no dia da cirurgia, foi difícil mesmo, os filhos chorando, e eu, quando a doutora me deu o diagnóstico aqui eu também comecei a chorar, né?”(T17)

“Lá no fundo a gente guarda alguma coisinha. Porque eu acho que a gente tem que ser sincero, né, a gente não pode omitir as coisas. Se eu disser pra ti que eu não chorei em alguns momentos aqui dentro eu vou estar te mentindo. Muitas vezes eu tava sozinho com a minha filha no quarto com ela no colo e eu chorei. Eu chorei. Porque é difícil, né?”(C8)

“Bom, receber a notícia do tratamento dele foi pesado. Foi bem, foi literalmente uma rasteira bem ruim, eu fiquei sem chão, literalmente, tanto que quando eu recebi eu não tive outra reação. Eu chorei onde eu tava mesmo. Uma coisa que eu nunca tinha feito, chorar na frente dos outros e em público.”(C16)

“Aí o médico fez o ultrassom e o mapeamento de retina e aí ele já nos deu o diagnóstico, um pré-diagnóstico, né, noventa e nove por cento de chance de ser retinoblastoma. Aí nesse momento assim, né, o mundo desabou, desabou. Aí pronto, a partir dessa noite a gente não dormiu, a gente só chorou, né? Só que a gente tudo, a gente mantém durante o dia, e à noite, quando ele dorme, a gente chora junto.”(C20)

“Quando tivemos o diagnóstico confirmado foi bem complicado, choramos muito e foi muito difícil de verdade.”(T1)

Em ambos os grupos, as pessoas não fizeram nada apressadamente e que fosse irreversível, não seguindo seu primeiro impulso. Os estudos de Moreira e Angelo (2008), também demonstraram esta mesma característica. Viver um tempo de luta pela vida da criança revela a dimensão dos comportamentos da mãe que se expressam nas interações consigo mesma, com a criança e com todos os elementos envolvidos na experiência de doença do seu filho, evidenciando a construção do seu papel de mãe de uma criança com câncer. A mãe procura conhecer o inimigo, ou seja, saber mais sobre o câncer, buscando elementos importantes para se fortalecer. Conforme vai conhecendo a doença, vai conhecendo também outras pessoas que a vivenciam, o que alimenta sua esperança e permite que ela perceba que não é a única a lutar.

“É uma leucemia? É. É complicado? É. Cada paciente é um paciente. Eu não posso levar, eu não posso levar a experiência de outros pacientes pro tratamento dela. Tipo assim, a gente vê muitos casos que dá certo, casos que não dão certo, mas a gente tem que pensar que cada ser é único e que cada tratamento reage de um jeito, né?”(C6)

Nos dois grupos, a maioria das pessoas deixou que os sentimentos interferissem nas outras coisas que estavam fazendo, conforme a fala a seguir:

“Então é um conjunto de emoção, assim, eu sinto medo, aí eu fico bem positiva, e é uma ansiedade, é um monte de coisa assim, sabe? É tudo junto.”(C12)

Tutores e cuidadores analisaram mentalmente o que fazer e dizer. Nenhum participante, independentemente do grupo, se identificou com uma pessoa que admira, buscando imaginar como ela resolveria esta situação. Isto foi evidenciado apenas no Inventário, sem ter sido abordado nas demais interações.

Em relação ao fator suporte social (questões 8, 18, 22, 31, 42 e 45), a maioria dos tutores e dos cuidadores conversou com outras pessoas sobre o problema, procurando mais dados sobre a situação e falando com alguém que pudesse fazer algo mais concreto para lhes ajudar. As respostas dos cuidadores corroboram estudos realizados anteriormente por Gårdling *et. al.* (2017), onde os pais perceberam que eles eram a conexão entre seus filhos e o hospital, que eram receptores de informações e responsáveis pelo contato com os serviços de saúde. O recebimento de informações relevantes forneceu uma sensação de controle e

diminuiu a incerteza. Obter respostas e informações em tempo hábil e encontrar rotinas ou estratégias ajudou os pais a gerenciar as situações enfrentadas e a focar nos filhos. Foi observado no mesmo estudo, que o apoio profissional prestado pela equipe de cuidados, considerado também como suporte social, pode contribuir para a sensação de controle dos pais. Ser incluído nos cuidados de seus filhos e receber informações adequadas é crucial para os pais e seu bem-estar.

O suporte social também pode ser evidenciado pelos recursos disponibilizados pela rede social. Segundo Siqueira (2008), podem ser identificados três tipos de suporte social: emocional, instrumental e informacional. O suporte emocional se origina de ações que demonstram afabilidade, afeição e carinho, enquanto que os suportes instrumental e informacional têm um caráter mais utilitário, objetivo e prático.

Em nossos estudos, percebemos que as famílias se sentiram cuidadas e acolhidas em ambos os hospitais. Nos dois grupos houve referência positiva ao tratamento fornecido pela equipe de cuidados. As equipes, de acordo com os relatos dados nas entrevistas, conseguiram suprir não somente cuidados técnicos de qualidade aos pacientes, mas também tiveram significado positivo na vida das pessoas, muitas vezes sendo até mais importantes do que os próprios familiares. Ou seja, houve uma percepção de suporte social emocional, instrumental e informacional em ambos os grupos. As falas a seguir demonstram a percepção dos tutores e dos cuidadores em relação aos suportes social:

“Tá, então tá, durante a descoberta do tratamento dele, né, lógico, a gente, naquela época, a gente via o câncer na televisão, mas não sabia o que que era, a gravidade, enfim, de tudo. Mediante as internações e começo do tratamento, a gente foi estudando e vendo que era uma doença grave, que tinha muitos riscos, né? Então pra nós foi um impacto grande, no caso, na família, no caso pra mim e pra minha esposa, e na questão também dos irmãos também, que eu tenho mais três filhos, tenho ele e mais três.”(C13)

“E ela começou a me explicar tudo como é que funcionava aqui, o instituto também, tinha, tinha uma casa de apoio aqui, tudo.”(C3)

“Bom, aí no outro dia retornei, vim pro hospital, né, e a gente acabou já conversando com a equipe médica e se interagindo do assunto, né, da doença, né? O que que seriam os próximos passos, que seria os medicamentos, né?”(C8)

“E eu não conseguia parar de chorar, só chorava, só chorava, só chorava, eu achava que ele não ia aguentar, sabe? Daí no mesmo dia o pai dele apareceu de noite e conversou com eles e eu não conseguia perguntar nada. Daí ele perguntou se tinha risco de vida e tudo mais, e foi aí que eu fiquei um pouco

mais tranquila, sabe, que daí ela foi falando o que que era, que tinha que esperar, né, o que que ia acontecer depois.”(C9)

“E aí, por sorte nossa, tivemos aqui, viemos ao hospital veterinário e recebemos um tratamento excelente, e hoje nós estamos fazendo aqui, vamos supor, a última aplicação da quimio e já estamos com saudade de voltar e rever o pessoal que nos atendeu nesse período todo.”(T14)

“E eu tenho um suporte muito bom aqui na UFRGS. As médicas me deixam muito tranquila e muito segura, elas me ajudam muito e diversas vezes eu procurei muito elas em momentos em que eu estava muito desesperada, mas no fim tá dando tudo certo, ele tá bem, eu tô seguindo todas as orientações, ele tá ficando bem. Então o que importa é a qualidade de vida dele e a gente tá trabalhando de maneira tranquila né, e com seriedade.”(T5)

“Questão também financeira, que abala muito. Nesse período eu também perdi a minha casa onde eu morava, porque eu morava de aluguel. Com a situação dele aqui só eu no hospital com ele eu perdi, porque eu não pude pagar mais. Então são coisas que vão acumulando, acumulando, acumulando... E teu filho é uma criança, ele pede coisas. Ele vê as outras crianças, ele quer. Ele tá num momento também que ele não quer comer nada daqui, né? E, bá, é bem difícil, porque eu gostaria muito de ter um apoio maior nesse momento.”(C17)

“Bom, aqui também, dentro do hospital, da equipe médica, dos enfermeiros, dos técnicos, do pessoal da limpeza, do pessoal que faz o meu almoço, que faz, todos aqui, eu só tenho a agradecer também até hoje. Que todos de uma maneira geral abraçaram a minha filha aqui dentro. É fulaninha pra cá, é fulaninha pra cá, sabe? Então todos abraçaram a causa dela. Eu só tenho a agradecer até agora tudo que eles têm feito por ela. Eu sei que todos gostam dela como gostam dos outros também, né? Procuram passar carinho, conforto, né, pra todos que estão aqui.”(C8)

“Aí no quarto tava tranquilo assim, eu sabia que eles tavam cuidando, eles tavam sendo muito atenciosos, não tenho nada pra reclamar, tanto que a minha mãe diz: “tu dá graças a Deus que tu não foi pra outro hospital.”(C9)

“A minha tia ofereceu o apartamento dela, ofereceu um quarto lá pra nós dois, bem aconchegante, sabe, tudo do bom e do melhor, e assim, ah, o que tu precisar tu me fala que eu vou lá e compro, não importa se é caro, se é barato, se é isso ou aquilo, me fala que eu vou comprar, não vou deixar de dar coisa, não vou ficar mais pobre. Então ela sempre tenta dar o melhor pra ele, pra nós.”(C9)

Ainda no fator suporte social, tutores e cuidadores falaram com alguém sobre como estavam se sentindo, aceitando a simpatia, entendida como compaixão, e a compreensão das pessoas. A maioria das pessoas contou com o apoio de sua rede social, embora muitos tenham demonstrado sentimentos de solidão e abandono. As decisões que precisam ser tomadas em relação ao tratamento dos filhos pesam muito quando esses pais estão sozinhos. Para ambos

os grupos, a necessidade do apoio da família é fundamental. As falas a seguir expressam esses achados:

“Mas com o passar do tempo, conhecendo toda a equipe médica que está nos assessorando muito bem, dando muito apoio, apoio dos amigos e da família enfim, a gente começou a tranquilizar.”(T1)

“Então, pra mim e pro meu esposo foi difícil, porque muitas vezes eu tive que engolir o meu choro pra dar força pra ele, e muitas vezes, então, eu me senti sozinha. E eu senti que eu tive que carregar minha família nas costas, sabe, e que eu não podia cair, porque se eu caísse eu sabia que ele ia cair também. Então foi bem difícil.”(C10)

“E aqui [HCV-UFRGS] eu bá, eu assim ó, senti muito bem acolhida, sabe, com o meu bichinho.”(T4)

“E assim, aqui [HCV-UFRGS] o pessoal sempre muito receptivo, com paciência pra te ouvir, porque eu sei que eu falo bastante, eu fico muito nervosa, pela cachorra, daí eu passo, eu sei que eu passo esse meu nervosismo pra ela, sabe? Eu vejo isso.”(T2)

“Sim, todo mundo é muito maravilhoso aqui [HCPA] com nós, as enfermeira, os médico, a psicóloga agora que veio pra cá, tá agora muito atenciosa assim, então... Aqui o hospital é maravilhoso, tem sido maravilhoso com nós. Não tenho nenhuma crítica a fazer, porque realmente todo mundo sabe, tem dado muito carinho e amor assim pra gente, sabe, ajuda a amenizar um pouco a situação da gente tá aqui.”(C10)

“Não, eu vou te dizer assim ó, o pessoal aqui [HCPA] é muito humano, né, tem muito carinho, muita delicadeza, bá, as gurias assim são... Parece a mãe da gente, né? Parece que tu tem um monte de mãe e um monte de paizinho aqui dentro. Só falta te agarrar no colo, né? É um amor. E isso dá mais segurança, né?”(C12)

“E aqui dentro, bem, graças a Deus eu tenho uma família aqui [HCPA] dentro. Aqui dentro eu tenho uma família. Eu posso contar muito mais aqui dentro com eles do que com a minha família lá fora. Então é uma coisa que me alivia muito. Às vezes eu quero chorar, eu abraço uma das gurias eu choro, já me alivia, sabe? Até as técnicas, as enfermeiras, todo mundo. O meu filho, graças a Deus, ele é muito querido por todos. Todo mundo ama ele. Eu dou graças a Deus por isso, porque ele é muito amado aqui dentro. Por que se ele não tem tanto o amor que eu gostaria que ele tivesse pela vó, pelo vô, ele tem aqui dentro em dobro, sabe?”(C17)

“O pior momento foi quando ele foi pra UTI. Eu quase perdi ele. Então foi um momento muito delicado pra mim também, onde eu passei sozinha aqui, sabe? Ele lá na UTI, mal daquele jeito, e eu nessa situação.”(C17)

“Sobre a minha família e a família da minha esposa só tenho a agradecer o apoio que eles estão dando, né? Eu precisei lá na UTI que alguém ficasse com a minha filha. Os meus dois irmãos ficaram. E sobre a família do meu sogro eu só tenho a agradecer, né? O meu sogro e a minha sogra que estão dando esse apoio cuidando da outra filha lá enquanto a gente está aqui, né?”(C8)

“O próprio pessoal da onde eu trabalho, são tão queridos assim, e estão dando tanto apoio, que até assim, bá (referindo-se a si mesma), qualquer coisa que tu precisar, quiser que a gente fique com a tua filha pra ti, tu sabe que a gente tá na mão aí, né, se tu precisar te ausentar, alguma coisa. Isso dá mais, como é que eu vou dizer, dá mais um gás, assim, na gente né, de saber que pô, tu não tá sozinho, tem um monte de gente torcendo.”(C12)

“Essa senhora que tá ali comigo, na realidade, ela é uma pessoa de Cachoeirinha que ela ajuda todo mundo. Mas ela é que me ajuda tudo. Em questão assim de dinheiro, ela junta com um grupo que ela tem lá. Ela que praticamente tá me mantendo aqui. Ela ajuda muita gente, guria, tu não tem noção. E pra mim ela é uma mãe, né? E é a única que tá assim do meu lado, né? Todo dia me liga. Claro, a minha família liga, toda hora todo mundo quer saber, sabe, mas não assim, de vim aqui, me apoiar, ficar aqui, essas coisa assim, né? Eles me apoiam lá em casa, ajudando a minha mãe, cuidando dos meu filho que tão lá, que eu tenho o outro filho com três aninho que ficou. Mas aqui é eu e o meu filho, nossa luta é diária eu e ele aqui. Tem que ser, né? Tem que ser, o que que a gente vai fazer?”(C22)

“E aí teve a cirurgia, né, medicação e tempo que eu tive que também arranjar pra conseguir, né, na medicação, e tudo aquilo lá que foi tudo sozinha.”(T3)

“Então foi um baque assim, eu fiquei com um certo medo. Para as pessoas que eu falava que ele estava com câncer as pessoas já: bá, e daí aquilo não ajudava em nada.”(T15)

“Não tem ninguém outro. Os meus filhos tudo trabalham, eu não posso tirar eles do serviço, também né, que eles têm que lutar, todo mundo tem sua vida e tudo, né?”(C7)

“Então mudou muito a minha vida, aonde eu também perdi muito, sabe? O foco foi só ele, somente ele. Então foi muito pesado pra mim porque eu sozinha, sabe? Eu não tive apoio de família, eu não tive apoio da minha mãe, apoio do meu pai. No momento em que eu mais precisei que tivessem todos comigo.”(C16)

“Poxa, o ano novo eu passei aqui [HCPA] sozinha, sabe? Ninguém veio aqui me dar um abraço. Então é coisas assim que dói em mim, porque bá, tu tem mãe, tu tem pai e tu não tem apoio nenhum. Acho que essa é a parte que mais pesa na gente, porque tu já tá responsável por uma criança que tem uma doença, tu tem todos os cuidados, e aí mais ai vai fazer o procedimento, tu tem que assinar, sabe, o que que tu acha mãezinha, isso ou aquilo. E às vezes tu não tem com quem conversar.”(C17)

“Olha guria, é o que eu te disse, eu não sei, não sei nem o que pensar, tem horas que eu não sei o que pensar, porque eu não paro pra pensar, porque se eu parar pra pensar eu acho que eu não, não vou resistir. Mas é complicado, é complicado. E uma porque a gente se sente muito sozinha aqui [HCPA], né? Por mais que a gente, meu Deus, a gente tem um, como é que eu vou te dizer assim, um aparato aqui das enfermeiras, de todo mundo, sabe, muito bom, maravilhoso, mas nada como tu ter a tua mãe do lado, tu ter sei lá, o teu marido, o pai do teu filho junto contigo, né, coisas que muitas aqui não tem é o pai junto, né, pra ajudar. E isso é bem complicado. Isso é bem difícil.”(C22)

No grupo dos tutores, as pessoas procuraram um amigo ou um parente para pedir conselho. No grupo dos cuidadores houve a busca de orientação profissional para o tratamento do paciente. Nos resultados obtidos na análise deste fator, na questão 22, foi possível observar que a maioria das pessoas nos dois grupos buscaram ajuda profissional para si, como auxílio para resolução do problema. É possível que os participantes, especificamente nessa questão, tenham dado respostas em relação ao paciente e não em relação a si mesmos.

As respostas associadas ao fator aceitação de responsabilidade (questões 9, 29, 51 e 55), ou seja, à noção de culpa dos pais, ficam evidentes pelos questionamentos sobre o surgimento da doença e onde eles erraram em relação aos cuidados com as crianças. A culpa não foi relatada no grupo dos tutores, pois estes, de acordo com as entrevistas, não se responsabilizaram pelo adoecimento de seus cães:

“E pra mim não tenho outra forma de tratar senão de uma forma natural, né, é uma coisa que a gente passa, todos nós passamos, e são experiências que a vida vai nos trazendo e que a gente tem que ir vivendo e tentando resolver todas elas, né?”(T8)

“É claro que a gente gostaria que fosse morresse de velhinho, e não de uma doença desse tipo, mas eu sou bem tranquila, eu aceito bem, e o que eu puder fazer pra ajudar que ele tenha, né, um resto de dias assim mais tranquilo, que possa fazer um tratamento que deixe ele, né, se sentindo melhor, não quero nada muito agressivo, não quero fazer ele sofrer, nem assim para viver mais seis meses não, eu quero que ele viva bem, eu quero que ele esteja bem, que ele mantenha esse tipo que ele, que ele é tranquilo, ele é na dele, ele é, sabe, ele não briga, ele sempre foi assim, desde pequeno, então eu quero que ele fique assim, e vou fazer o possível pra que isso aconteça, né?”(T8)

Os tutores não se criticaram nem se repreenderam, compreendendo que o problema não tinha sido provocado por eles. A maioria não quis mudar o que tinha acontecido ou a forma como se sentiu. Por outro lado, quase metade dos cuidadores se criticou ou se repreendeu, porém não assumiu que o problema tinha sido provocado por eles mesmos. Os cuidadores gostariam de poder ter mudado o acontecido ou a forma como tinham se sentido.

Os relatos dos cuidadores estão, de certa forma, de acordo com a literatura. Segundo estudos de Anjos, Espírito Santo e Carvalho (2015), o contato inicial com a doença gera medo por desconhecimento e os pais se culpabilizam pelo que está acontecendo com seu filho, chegando a pensar que a doença é um castigo. No estudo de Amador *et. al.* (2013), na descoberta do diagnóstico de câncer no filho, os pais manifestaram uma desestabilização emocional permeada pelo desespero, contrariando os sentimentos de sossego e serenidade sentidos anteriormente. Nos estudos de Teixeira e Pereira (2011), podemos encontrar que a fase da descoberta da doença é caracterizada por uma ruptura abrupta no cotidiano, e o fato de ser uma doença potencialmente fatal, coloca em dúvida os planos para o futuro da família. As falas a seguir corroboram as respostas dos cuidadores:

“Foi bem difícil aceitar algumas coisas, ver ele em algumas situações que não era agradável pra mim ver ele antes. Acho que eu não me imaginava vendo o meu filho nessa situação assim, sendo furado, tendo agulha no corpo.”(C16)

“Ele saiu de uma rotina, a gente saiu de uma rotina, de uma vida que a gente vivia, a gente saiu totalmente da nossa vida. É ele sendo picado, é exame aqui, é exame ali, então, bá, é, dói, eu cada exame que ele faz me dói o coração porque ver ele picado ali... E ele não chora, sabe? E às vezes ele fala: mãe não chora. Agora hoje eu tô tentando me controlar bem mais na frente dele. Sabe, tipo às vez quando eu tô naqueles dias que eu não vou aguentar eu saio da frente dele.”(C17)

“Bá, daí bateu o desespero, né, aquela coisa assim, chorar e não acreditar. Aí falamos pra família, né, ficou todo mundo arrasado. E eu assim ó, eu não sabia nem o que pensar. Eu chorei no primeiro dia e depois nem chorar eu chorei mais. Só fiquei pensando assim: bá Deus, por que isso, né? A gente nunca tá livre, né, eu digo putz, logo a minha gordinha?”(C12)

“Foi bem difícil pra gente. Pra mim, então, foi bem pior assim, porque eu senti mais. Muitas vezes eu pensei que eu poderia fazer algo diferente, né, pra talvez prevenir o que aconteceu com ela. O que doeu mais, assim, é saber que a gente não sabe do que que veio essa leucemia dela, até agora não tem uma causa que causou. Então eu penso assim se eu poderia ter prevenido, pra não acontecer.”(C10)

“Bom, quando eu soube, quando eu soube que meu filho ficou doente, pra mim foi, foi um abalo. Pra mim foi como se tivesse aberto o chão. Ah, eu me senti como se tivesse errado em alguma, em alguma ocasião, mas não sabia onde. Aí eu comecei a ver defeitos em mim, comecei a me culpar, eu comecei a me questionar, fazer mil perguntas, enfim, comecei a me cobrar muito. E, aí depois a médica começou a conversar comigo, me dizendo que a culpa não era minha, que isso acontece, que não teve nada a ver com as comidas que eu, que eu faço.”(C21)

“Tudo muda, e a gente fica bem chocado porque várias vezes a gente se pergunta assim: por que com a gente, né? Por que com a gente? Por que que a gente teve... Só que não tem explicação. Tem que levar um dia de cada vez e fazer o tratamento, não tem muito que fazer. Tu tem que ficar do lado dele e tentar ser forte. Que nem eu já falei várias vezes, eu não tenho coragem de ser fraca, de demonstrar fraca porque ele é muito forte, entendeu? Eu não sei se eu aguantaria tudo que ele aguenta... Então, ele é muito forte, então eu não posso fraquejar na frente dele.”(C14)

“Pra mim é muito difícil. Tem dias que eu tô bem, tem dias que nem tanto, aí eu choro por qualquer coisa. Aí eu pego as fotos, fico vendo as fotinhos dela, dias antes da gente saber da doença, ela super bem, cabelinho grande. Ah, o impacto pra mim foi, é até agora, muito difícil, né? Mudou tudo na nossa vida, e à vezes eu me sinto impotente, sabe, de não poder tirar dela as dores, o sofrimento. E eu sofro pela mudança na vida dela, porque eu vejo o quanto ela às vezes se sente diferente das outras crianças, né?”(C15)

Por outro lado, o desejo de mudança da situação foi expresso apenas em uma fala de um dos tutores:

“E começamos também a repensar algumas coisas que a gente nossa, cuidava demais e até que ponto aquilo ia fazer diferença porque poxa, né a gente cuidou tanto até aquele momento e aí temos a resposta com isso, será que vale a pena? Ração boa, cuidados todo ano a vacinação, tudo certinho, tudo de primeira. E aí é isso. Daí a gente começou então a pensar: por que nós, né? Por que a gente estava passando por isso? Algum aprendizado a gente teria que ter quanto a isso.”(T7)

Segundo Alves *et. al.* (2016), o câncer é visto como uma ameaça intensamente negativa, assustadora e desesperadora, que causa um desajuste emocional, permeado pela impotência em proteger o filho. O mesmo estudo também observou que os pais passam por novos ajustes no cotidiano, por não estarem preparados para o enfrentamento da doença que amedronta, por carregar consigo o estigma, socialmente criado, de sentença de morte, pois, na infância, a finitude é revestida de especial crueldade, uma vez que a criança é tida como sinônimo de alegria, crescimento e futuro. Uma mãe expressou esta ameaça de forma clara:

“Muitas vezes eu queria acordar como se fosse um pesadelo que eu tive, porque eu penso assim: ela não é mais do que ninguém, mas ela não merecia isso. Então eu me sinto muito triste. Porque ela não merecia isso. E isso é o que mais dói em mim. É saber que ela não merecia isso. É e assim ó, talvez não tenham passado com ninguém próximo assim, pra tu sentir o que que é mesmo, sabe, então eu digo assim, mesmo que as pessoas tentam se colocar no lugar da gente, elas nunca vão entender o que que a gente sente e o que que a gente passa.”(C10)

“Mas ao mesmo tempo fico triste pela doença que ela tem, sabe? Porque realmente ela não é melhor do que ninguém, mas, eu como mãe, conhecendo como ela é, ela não merecia isso. E não saber do que que foi a causa. Ela era uma criança tão saudável, nunca ficou doente, eu nunca gastei dinheiro em farmácia com ela. Ela sempre bem, alimentação, ela se alimentava bem, e vim do nada assim, questão de três meses ela tava com os exames dela ótimo, tudo bem, e questão de três meses ela ser diagnosticada com essa doença. Então, pra nós foi um choque muito grande, sabe?”(C10)

No estudo de Kim *et. al.* (2019), as mães declararam que seu comportamento protetor em relação ao filho doente poderia evitar mais sofrimento. Isto também foi evidenciado na fala de uma cuidadora:

“E eu olho assim, e na minha cabeça assim quanto mais carinho, atenção e amor que eu der parece que eu tô plantando assim cada celulazinha do corpo dela uma felicidade que vai suprir, vai diminuir a doença.”(C12)

“Porque se eu ficar triste e chorar na frente dela, eu acho que eu vou fazer a doença aumentar, de alguma forma, porque ela vai ficar triste, ela é uma criança alegre, então...”(C12)

O sentimento de culpa dos pais pode surgir desde quando a criança é diagnosticada da doença:

“E um dos sentimentos também que tomou muito conta de mim assim no início é aquele sentimento de culpa. Como é que eu não detectei que ela tinha alguma coisa diferente? Pô, a guria hígida, né? Bá, (referindo-se a si mesma) como é que tu não te ligou? Como é que tu não percebeu? Tu acaba te condenando, né, te sentindo culpada e... Tu te culpa muito, tu te cobra demais. Eu me cobro demais com os cuidados.”(C12)

Os pais também podem expressar sentimentos de não ter dado amor suficiente aos filhos no passado, conforme o estudo de Kim *et. al.* (2019). Um cuidador expressou este mesmo sentimento em sua fala:

“Mas também tem o lado bom, porque antes eu vivia reclamando de tudo na vida. Qualquer pequeno probleminha, era um problemão. E eu achava que era só trabalhar. Trabalhar, ter dinheiro, correr atrás dos bens materiais, isso é o que importa. Então hoje, às vezes eu penso assim, meu Deus, se eu pudesse voltar atrás, e fazer tudo diferente. Se eu pudesse agradecer todos os dias pela vida da minha filha, pela saúde da minha filha, eu tinha tudo, eu tinha tudo, eu

era feliz e eu não sabia. Então mudou muita coisa na minha cabeça, sabe assim, nesse sentido de olhar pro próximo também, de ver que o mundo não gira só em torno da gente. E é isso, tem o lado bom e tem o lado ruim.”(C15)

Analisando o fator fuga e esquivia (questões 11, 16, 33, 40, 47, 50, 58 e 59), foi possível observar que no grupo dos tutores, mais da metade das pessoas não desejou que a situação acabasse ou desaparecesse, enquanto que no grupo dos cuidadores, quase todos desejaram que a situação acabasse logo. As falas dos tutores e cuidadores corroboram esses achados:

“Mudou muitas coisas, né, muda tudo. Mas no começo que eu soube foi mais que um choque, né? Por causa que eu morria por ele, foi que, eu acho que nem todas as mãe. Naquela hora eu senti vontade de eu morrer, né? De eu me matar, porque o que vem na cabeça da gente tudo é morte, parece que o que sai é só morte, tu não acha que tem mais solução.”(C11)

“E o que a gente espera é a cura, né? Poder dizer: olha, vencemos essa batalha, e acho que é isso. Mas sempre confiante.”(C6)

“Meu marido trabalha lá, a nossa pequenininha vai na creche e de noite fica os dois em casa. E eu venho então, quando a gente fica mais tempo internada, aí eu vou pra casa e ele vem final de semana e fica com a minha filha. Até por causa da outra, ela mama no peito ainda e tudo, sabe. É difícil pra ela... Ela acorda de noite e fica me chamando... Muito difícil...Mas tem certas vezes que de noite que ela acorda, não quer dormir, ela chora, mamãe, mamãe, aí o meu esposo acalma ela, ela dorme. Quando ele diz pra mim, de noite quando eu falo com ela por chamada de vídeo, dói, sabe, porque eu não queria tá aqui, por mais que eu sei que eu, eu aceito assim, eu tenho que ficar aqui, eu tenho que ficar pelo bem da minha filha, mas dói ficar longe deles, sabe? Eles também, sabe, choram no telefone. Mas tô com esperança da gente ir pra casa hoje. Saudade da família.”(C10)

“Chegou a passar besteira na minha cabeça, sabe? De quando tu tá a fim de desistir de vez, tu acha que não tem mais o que fazer. Mas daí eu olho pra ele e eu penso nos outros, não, eu tenho que continuar. Ele precisa.”(C17)

Os cuidadores esperavam por um milagre e tiveram fantasias sobre como as coisas iriam acontecer, diferentemente da maioria dos tutores:

“Porque então a gente não sabia, eu não sabia nem como era feito uma quimioterapia, então pra nós era tudo novo, a gente não sabia o que que era tá dentro de um hospital. Então eu disse pra ele: eu não quero ver ela sofrendo, porque eu não sabia então como era a quimioterapia. Então eu pensava que era uma coisa que doía assim, que fazia mal, então eu disse pra ele: eu não quero ver ela sofrer, porque eu não vou aguentar ver ela sofrer.”(C10)

“E aí já começa a lembrar da outra né, então todo um sofrimento que foi, que a outra, na verdade, ela até, ela morreu assim de madrugada no meu braço, agonizando, assim, então foi bem impactante. Então, não tem como não relacionar uma coisa com a outra, na verdade, apesar de né, ser doenças diferentes né, mas enfim, a questão da perda né, e sabe, e câncer né, já é uma palavra difícil assim de assimilar, a gente sabe que é complicado.”(T11)

“Então a gente tem que dar aquele conforto pra ela, aquela palavra de carinho, de conforto pra ela, de dizer pra ela que a maninha tá aqui por um período, que a maninha vai se curar, que em breve ela vai voltar pra casa.”(C8)

“Claro, procurei saber muito em questão do tratamento, de como passaram, porque era tudo novo pra gente, eram coisas que eu tentava saber. E depois que eu vi duas gurias assim, com vinte e poucos anos já, que venceram a doença e que tão bem hoje, aquilo pra mim foi, eu vi a minha filha ali, sabe?”(C10)

“Eu, enfim, passei a ficar mais pensativo, me refletindo sobre questões existenciais, sobre o que que é a vida, comecei a pensar também na possibilidade de não ter o meu animalzinho do meu lado, embora o irmão dela fosse estar ali, eu pensava também no quanto ele iria sofrer a ausência dela, visto que eles se conhecem desde sempre, né? Nasceram juntos e dormem juntos, brincam juntos, enfim, eu já estava sentindo até por ele, né, tanto quanto por mim né, a possibilidade de perder a minha filhota.”(T18)

“Mas aí sim, aí quando recebi o diagnóstico foi meio impactante mesmo assim porque aí eu sabia que tem pouco tempo, né? E a Belinha é um cãozinho assim que chegou pra mim do nada e ela sempre foi muito carinhosa, muito carinhosinha, assim, até hoje ela é, parece que tem um sentimento de gratidão pela gente, né? Então pra mim tá sendo meio difícil. Claro que, é um cachorrinho né, mas eu não consigo assim.”(T22)

Segundo Al-Gamal, Long e Shehadeh (2019), um sofrimento considerável acompanha os pais durante toda a fase de tratamento, persistindo mesmo após o término deste, com ansiedade e estresse aumentados, associados a pensamentos de recorrência ou recaída. A fala de um dos cuidadores ilustra essa afirmação:

“Em questão do tratamento dela eu procuro sempre fazer o melhor que é pra ela, eu não fico pensando no que pode acontecer com ela. Claro às vezes bate medo assim de pensar que a doença pode voltar, ou da gente perder ela, porque desde quando começou o tratamento a única coisa que eu dizia é que eu não queria perder ela, sabe? E que eu quero tá sempre do lado dela, e que eu como mãe eu penso às vezes, muitas vezes eu pensei que eu não quero perder ela. E se eu tenho medo? Eu tenho muito medo, porque a doença dela tem grandes chances de voltar, mesmo fazendo tratamento e terminar, tem

chances de voltar, então é difícil, sabe de pensar. São dois anos de tratamento, e que a qualquer momento pode acontecer alguma coisa. E eu vejo outras mãe que acabaram perdendo nesse percurso. Da criança tá bem e daqui um pouco acontecer uma coisa, sabe? Então isso me atinge muito, mesmo. Aos poucos eu procuro assim pensar, tentar aceitar o que tá acontecendo, mas é difícil.”(C10)

O medo da perda também é experienciado na situação de doença grave. Segundo Merrill (2012), faz sentido que o vínculo humano-animal seja comparável ao vínculo humano-humano, e, por isso, a forte ligação de apego a um animal de companhia pode ser um preditor do sofrimento que um tutor poderá experimentar com a perda deste.

“Então tá difícil porque, toda hora eu olho pra ela. Eu fico olhando pra ver se ela está respirando ainda, entendeu? Porque eu tenho a sensação de que qualquer dia desses eu vou acordar de manhã e ela já não vai mais estar ali, entendeu? Então é difícil a cada crise que ela tem assim, ela tosse muito, parece que sente vontade de vomitar, já teve aquelas crises em que eu cheguei na sala, vi ela gritando, cheguei na sala ela estava tendo parecia que uns espasmos, aquilo ali já deixou a gente bem assustado, né? Então é complicado, é complicado. A gente sabe que. É que nem uma pessoa da família mesmo, tu sabe que não tem volta, que vai chegar o dia, mas tu fica sempre naquela esperança né, não vai acontecer. Mas é difícil, é difícil.”(T22)

Ainda na análise do fator fuga e esquivia, especificamente na questão 33, foi observado que os cuidadores procuraram se sentir melhor comendo, fumando, utilizando drogas ou medicamentos, diferentemente do grupo dos tutores onde, pelas respostas dadas, isso não aconteceu. As respostas que obtivemos no grupo dos cuidadores para esta questão, reforçam achados do estudo de Slater (2019), onde uma das mães que participaram das entrevistas relata que: “Como mãe, vivendo com um filho que teve câncer, sei que minha vida mudou para sempre e ainda estou aprendendo a viver com isso. Fui ao meu médico e concordamos que preciso de uma ajudinha agora, na forma de antidepressivos e algumas consultas com psicólogos para poder processar o que aconteceu e lidar com o futuro”. A fala de um dos cuidadores do presente estudo está de acordo com os resultados encontrados por este autor:

“Infelizmente eu tenho o vício do cigarro, que é o meu refúgio aqui dentro, sabe? Infelizmente. Já tentei parar, mas não consegui. E aqui ainda é pior ainda. E é o meu companheiro aqui dentro, sabe? Eu tô assim, tô naquele ponto, eu vou lá fumo um cigarro eu me alivio, sabe?”(C17)

No grupo dos tutores, os participantes da pesquisa não procuraram fugir das pessoas em geral, diferentemente do que foi visto na maioria dos cuidadores. Isto também foi

verificado nos estudos de Slater (2019), onde os pais falaram sobre a falta de conscientização das pessoas de sua cidade sobre a necessidade de prevenir infecções em pacientes oncológicos, duração do tratamento e dificuldades comportamentais que podem surgir na criança. Os pais viram que as pessoas em geral não tinham ideia de como sua família se sentia e isso resultou em mais isolamento. Muitas famílias acabam por sentir-se segregadas. A fala de um dos tutores relata a experiência vivida por esta família:

“Então eu tirei ela dali, sentei e expliquei pra ela, mas realmente, todo mundo da nossa cidade, a nossa cidade é uma cidade pequena, todo mundo sabia da situação dela, só que muitas pessoas assim, paravam pra olhar pra ela, sabe? E isso acabava nos incomodando. O meu esposo, então assim na hora ele ficou bem brabo assim, ele disse: ah, eu vou perguntar por que que as pessoas tão olhando, porque todo mundo sabe que ela tá passando por isso, e não tem necessidade de ficar constrangendo ela, olhado tanto, encarando ela, sabe? A gente se afastou bastante das pessoas, se isolou um pouco, sabe?”(C10)

Ainda no fator fuga e esquivas, tutores e cuidadores não se recusaram a acreditar no que estavam vivendo e também não descontaram sua raiva em outra pessoa. De acordo com Mason (2016), a qualidade de vida do paciente é frequentemente a principal preocupação dos tutores, considerando aqueles em cuidados paliativos:

“Mas pra mim eu já fui assim botando na minha cabeça que se tivesse que acontecer alguma coisa que nós íamos fazer tudo, tudo que pudéssemos, só que eu não ia deixar ela sofrer nunca. Isso nunca. Eu não vou deixar, entendeu? Se eu ver assim que, que o tratamento não vai adiantar, que ela tá muito fraca, eu não vou querer ver ela sofrer. E vai ser difícil, mas a gente, a gente vai ter que ter força.”(T2)

“Tu tem que ver o bicho bem, se tu não ver ele bem não vale a pena, eu acho que até é um egoísmo, aí vai de um extremo ao outro, né? Um ato solidário pra um egoísmo, tu querer manter.”(T6)

“A gente sabe que na verdade a gente vai ter que, a gente sabe que o câncer em si é uma doença, né, não sei quanto tempo mais ela vai ter, mas a questão, o nosso intuito agora é dar qualidade de vida pra ela.”(T11)

O fator fuga e esquivas também envolve a questão do sono. Em ambos os grupos as pessoas sejam tutores ou cuidadores, não dormiram mais do que o normal.

A análise do fator resolução de problemas (questões 1, 26, 39, 48, 49 e 52), mostrou que a maioria dos tutores e dos cuidadores sabia o que deveria ser feito, e, por isso, dobrou

seus esforços para fazer o que fosse necessário, organizando um plano de ação e se concentrando nele:

“Eu acho que cada um de nós tem que assumir seus atos, as suas responsabilidades perante o problema que a gente tá enfrentando. E a gente aprende muito aqui. Tá aqui pra se ajudar. Desde o primeiro dia que eu conversei com a equipe médica, uma coisa que eles deixaram bem claro: a equipe médica junto com o pai e com a mãe a gente aqui dentro a gente é um time, e a gente tem que jogar junto, né?”(C8)

“Eu assim, como diz, desde a primeira vez que ele foi diagnosticado eu botei aquilo na minha cabeça, né, tem que erguer a cabeça, encarar aquilo ali e seguir em frente, né? A gente não pode desanimar, porque senão ele desanima também, né? Então, a gente tem que dar força pra ele e seguir em frente. Enquanto tem recurso a gente vai lutando. Correr atrás, né? É isso que eu penso assim, né? Sempre pensei assim e continuo.”(C4)

“Então ela já ficou, tu vê, a gente veio pra fazer uma consulta de um sintoma e ela já ficou, já fez cirurgia, era um tumor bem grande, foi tirado o baço, e ele veio nas visitas, visitar ela na enfermaria, ele foi chorando até em casa naquele dia e a única coisa que eu lembro que eu dizia pra ele: não te preocupa porque ela não está estressada com isso, ela está estressada por estar longe de casa. Então vamos tratar, vamos ver como ela vai se sair, e depois a gente leva ela pra casa, que é o principal. Porque isso em relação ao humano, o bom é isso né, tu não tem a tensão, o sentimento de medo pelo tratamento, tu tem medo por estar fora de casa né, no momento em que tu voltar pra casa acabou o problema. Isso é um ponto muito positivo, muito, muito.”(T6)

“Eu, apesar de muito triste, já procurei em mim artifícios de reparação dessa situação, ou seja, de ver, buscar uma maneira de minimizar o sofrimento que ela fosse passar e iniciar o mais rapidamente o tratamento né, que fosse necessário, ora, para proporcionar a ela uma melhor qualidade de vida que ela possa ter até o fim dos dias dela. Ninguém vive para a eternidade, mas enquanto der, a gente vai lutar para que ela esteja aqui.”(T18)

“Mas a gente sabendo que tem uma outra filha que está em casa a cuidados dos avós. Então a gente acabou conseguindo conciliar o tratamento da minha filha aqui também com o apoio que a gente tem que dar pra Júlia que tá lá, né, que tá lá também, que ela necessita de cuidados também.” (C8)

“Ele é forte, ele é guerreiro e a gente vai ir firme, não adianta. Sem dúvida. Ele me passa força, enquanto ele me passar força eu vou bem, o resto é resto. É seguir, não adianta, tem dias que tem que chorar, chora, vai lá chora, passa, respira fundo, e vamos de novo.”(C17)

“Eu tinha que entender e apoiar ele, eu tinha que me manter forte pra ele poder estar forte também.”(C16)

“Mas assim, foi, foi bem difícil né, porque a gente estava com filho chegando, e aí remédio forte em casa e estava levando ela em quimioterapia, então, mas a gente conseguiu se organizar.”(T16)

“E aí as internações, no caso, com o meu filho, era sempre eu que acompanhava por causa do outro pequeno que mamava no peito, e era a mãe que ficava com ele, entendeu? E a primeira internação foi dura, foi quarenta e cinco dias direto, quando a gente descobriu a doença dele, né, isso eu lembro até hoje, foi dia quatro de dezembro de dois mil e doze. A gente saiu do pediatra, com laudo assim e tudo, e o pediatra mandou direto nós pro oncologista, aí eu me lembro que a gente só chegou em casa e botamos as roupas na sacola e fui com ele direto pro médico, que o pediatra já tinha ligado e o médico tava esperando. Aí lá o médico fez, deu o diagnóstico, ele disse que era, e falou que precisava da biopsia só pra ter a confirmação certa. Aí foi feito, e depois, aí ficamos a internação toda, os quarenta e cinco dias, o natal, ano novo e tudo lá.”(C13)

Esses achados também foram vistos no estudo de Gårdling *et. al.* (2017), que verificou que a necessidade de controle envolvia ter um planejamento para vencer o câncer, e era vital seguir um plano e encontrar rotinas e estratégias para fazer isso acontecer. Este estudo também constatou que estar no controle era essencial para os pais e ajudou-os a lidar com a situação, permitindo que pudessem se concentrar nos cuidados dos filhos.

A maioria dos tutores e dos pais mudou radicalmente suas vidas após o início do tratamento dos pacientes. O sofrimento dos pais aparentemente foi maior, pois longos períodos de internação fizeram com que eles se afastassem da família e, principalmente, dos outros filhos. As famílias precisaram deixar tudo de lado para se dedicar ao cuidado das crianças. De acordo com Kim *et. al.* (2019), o sofrimento emocional dos pais comprometeu sua qualidade de vida. Eles admitiram ter se concentrado na criança doente em detrimento de outros membros da família, o que levou a mais culpa e tensão emocional:

“Porque eu tenho mais dois filhos. E tá longe dos meus filhos também, coisa que eu nunca fiquei na minha vida. Tive que largar eles com uma tia que nunca teve contato. Praticamente eu abandonei eles. Eu vejo hoje vai fazer já um mês e quinze dias que eu não vejo eles, sabe, então eu vivo somente aqui, somente pra ele. Porque isso é uma questão assim, hospital cansa a gente. Tu viver aqui vinte e quatro horas por dia. Tu ter outros filhos que, lá, tu te sente a pior mãe do mundo, porque bá tu tá tendo todo o amor e carinho e atenção pra esse que tá aqui e os outros estão lá, de longe. Não tem como não passar na tua cabeça. Eu sei que eu tô aqui pelo meu filho que ele precisa mais de mim agora, mas eles sempre viveram comigo, por maiores as dificuldades, por tudo, nunca abandonei eles, sabe? E aí hoje viver essa situação. Já são seis meses de tratamento. E são seis meses que eu estou longe dos meus filhos, sabe?”(C17)

Ainda sobre o fator resolução de problemas, foi possível observar, pelas respostas obtidas, que o grupo dos tutores buscou nas experiências passadas uma situação similar, sendo que isso não aconteceu no grupo dos cuidadores. As falas reforçam os achados em relação aos tutores:

“E na verdade é o segundo bichinho nosso que a gente tá tratando de câncer. Mas nós temos bastante experiência, eu já tive câncer de mama e leucemia, então, inclusive os medicamentos, muitos são os mesmos, né? E é um aprendizado, né? A gente estava com a mãe muito ruim, ela já vinha de cuidados de sete anos, e não deixa de ser um exercício de desapego, tu tratar sem perspectiva, tratar por tratar, pra acompanhar, pra dar bem-estar.”(T6)

“Hoje até, vamos dizer assim, não é que está fácil, mas a gente já está assimilando, até porque também como eu tenho, eu tive casos na família, claro, com seres humanos, mas a gente também... Tu vai vendo que não adianta tu desesperar.”(T17)

“Então foi um período muito complicado, porque a gente já tem o histórico de câncer na família, a minha sogra teve câncer, faleceu, a minha mãe teve câncer, faleceu, eu tive câncer, foram 14 anos de tratamento, graças a Deus está resolvido. E a minha angústia maior era porque, como eu já passei pela doença eu não sabia dizer exatamente o que que ela tinha. Às vezes eu chego a me lembrar de eu lá, quando eu chegava na antessala de fazer a quimioterapia, eu também estava da mesma maneira: agitada, nervosa, chorona, né? Quando eu olhava pra ela assim, via ela quietinha, via ela respirando ofegante, ou ela vomitar ou ela sem comer, eu ficava lembrando do que eu tinha passado, porque eu ficava tentando imaginar o que podia fazer para aliviar, né?”(T2)

Tutores e cuidadores modificaram aspectos da situação para tudo dar certo no final, mas não encontraram soluções diferentes para o problema. As pessoas buscaram esgotar todas as possibilidades que estavam ao seu alcance para realizar os tratamentos dos pacientes:

“E a gente tá aqui, vai correr pra onde tiver que correr, pra curar ela, né, vai fazer o que tiver que fazer pra curar nossa pequeninha. Mas ela tá respondendo super bem. Ela é bem forte, bem guerreira, querida.”(C19)

“É se ajeitar, se adequar a rotina deles, eles têm uma rotina pra melhorar, a gente só pra cuidar. Então, de questão a isso levo tudo bem, bem tranquilamente, bem centrado, focado no tratamento dele, pra ele melhorar. Tem que ir, tem que ir.”(C16)

“Aí foi quando eu vim pra cá, para o hospital da UFRGS. Às vezes fica difícil, né, porque é exame, é remédio que é caro, mas eu faço todo sacrifício pra poder dar continuidade no tratamento dela e ela tá super bem.”(T4)

“Então a gente sabe tem os custos também, com todo o medicamento, então, mas do que a gente consegue, tira um pouco daqui, tira um pouco dali, mas na verdade a preocupação maior é com ela né, dar o que for necessário pra ela né, pra ela ter quantos anos mais de qualidade de vida melhor né, porque realmente ela é parte integrante da família.”(T11)

“Eu digo então eu vou lutar. E eu vou. Eu digo eu não tenho dinheiro, a gente vai conseguir um dinheiro. A gente vai fazer isso [o tratamento].”(T13)

“E eu agora eu estou bem disposto a encarar essa batalha, não importa até onde vá, enquanto ela, for vantajoso em matéria de sofrimento e qualidade de vida, eu vou estar aí, eu não estou preocupado com os investimentos que eu vou ter que fazer, com os custos, até porque a ideia que eu tive, que me foi passada, já pela dra., indica que vai estar dentro das minhas condições de arcar com esse custo, e mesmo, honestamente, mesmo que não tivesse, eu daria um jeito, eu ia fazer campanhas para levantar recursos, porque, enfim. E é isso, a gente vai lutar, né filhota?”(T18)

“Se é pra saúde dele, pro bem dele, daí ele mesmo disse, porque ele é bem convicto, ele disse assim: eu prefiro perder a perna que a vida. E de lá pra cá nós estamos lutando.”(C7)

Na análise do fator reavaliação positiva (questões 20, 23, 30, 36, 38, 56 e 60), tutores e cuidadores mudaram ou cresceram como pessoa, saindo melhor da experiência do que esperavam. As falas demonstram que passar pela experiência de ter um cão ou um filho diagnosticado com câncer e em quimioterapia, trouxe novas reflexões e entendimentos para as pessoas:

“Tenho minha serralheria lá, eu e meu primo, a gente trabalha junto. Ah, e a gente é bem requisitado, o pessoal elogia o nosso serviço, então, a gente: ah, sou bom, se acha importante, né? E na verdade quando acontece alguma coisa assim a gente vê que a gente não é nada.”(C5)

“E hoje eu tô num momento melhor que eu entendo que é uma doença que a gente sabe que teoricamente não tem cura, mas a gente pode dar qualidade de vida para o animal até, até o momento né, até o momento dele, dele morrer, enfim. Muitas vezes eu entrei em pânico e me vi em desespero, né, por algumas vezes eu quase perdi ele, então, foi bem chocante. Então hoje eu me sinto mais forte e eu sei que a gente vai aos poucos, é um dia de cada vez, né, a gente já passou por várias questões juntos.”(T5)

“Então agora em maio, se tudo der certo, ela vai poder ir pra escola, é o que ela ama demais ir pra escola. Ela ama aprender. Então isso já é uma grande vitória pra nós, ela ir pra escola, sabe?”(C10)

“Hoje eu já sou mais conformada, né? Me adaptei. Porque tem que se adaptar, não adianta. Eu tenho que passar força pra ele, assim como ele me passa força.”(C17)

“Faz sete meses que ela tá em tratamento. E a nossa vida mudou completamente. Foi do dia pra noite, sabe? Tu dormir e acordar e tua vida mudou... Da gente tem que ficar internado no hospital, de deixar a minha outra em casa, tem mais uma de dois anos, então é difícil sabe, mais eu tenho aprendido muito com ela porque ela tem se mostrado uma criança muito madura pela idade que ela tem. E eu fico feliz de saber que eu tenho sido uma boa mãe, que ela tem sido uma criança maravilhosa. É isso que me deixa feliz.”(C10)

Ainda na análise do fator reavaliação positiva, de acordo com os estudos de Pezente, Valvassori e Zugno (2014), os familiares do paciente acabam criando um vínculo com a instituição e com as outras famílias. O compartilhamento das mesmas dificuldades faz com que surja um apego e preocupação com as outras crianças, além de seu filho. Os pais também encontram forças nos outros através da experiência que já passaram. As falas a seguir corroboram esses achados:

“Porque eu sempre digo: eu vou sair uma outra pessoa daqui, totalmente diferente do que eu era antes. Cada um tem a sua história aqui dentro, né? Eu tenho o meu problema, mas tem o meu colega do lado do quarto que tem o dele, e o dele pode ser mais pior que o meu, né? O que ele tá passando pode ser um pouco mais. A gente nunca sabe.”(C8)

“Aqui que eu comecei a ter mais força, né? Que eu fui vendo problemas piores que o meu, né? Eu fui me botando no lugar daquelas mãe. E aquelas mãe tipo assim, alegre, com força. Aí eu pensei que se essas aí tão com força eu também tenho que achar, né?”(C11)

“E outra coisa que é um baque grande também, que a gente sabe que existe, né, tem, mas a gente nunca pisou numa área, é chegar aqui, né, ver as criancinhas ali, em tratamento, bá, é um baque bem grande, coração... E a gente nesse ponto a gente se torna um pouco egoísta, né, a gente tá vendo o sofrimento ali mas ao mesmo tempo a gente, não sei se é egoísta a palavra, mas a gente torce pra com a gente não ser aquilo, né? Mas ao mesmo tempo a gente fica com o coração apertado pelos outros que estão ali, né? Se a gente pudesse pegar todo mundo e todo mundo sair bem... É um mundo bem diferente mesmo.”(C5)

“Tive perdas aqui dentro também que carrego no peito. Porque que nem eu digo a gente é uma família, a gente se apega nas crianças. A gente chora com uma mãe quando uma mãe perde, sabe?”(C17)

Os participantes da pesquisa, nos dois grupos avaliados, não encontraram novas crenças, mas quase todos redescobriram o que é importante na vida, de acordo com o que estava previsto no Inventário. As falas dos tutores e cuidadores expressam esta posição:

“Então apareceu essa doença e todo mundo começou a se aproximar, né, a mãe dele pediu desculpa, a irmã dele quis vim... Não, pra mim isso foi realmente um aprendizado, pra gente realmente se aproximar por ele, né?”(C9)

“A partir do momento que a gente entra aqui é um baque assim, é um divisor de águas. A gente passa a dar muito mais valor pra vida, né?”(C6)

“E essa questão do câncer dele realmente impactou bastante pra mim no sentido de até de uma certa maneira valorizar as pessoas que eu amo, valorizar a minha família, valorizar os momentos que a gente tem na vida, né, e, enfim, essa questão da doença do meu cachorro tá me ensinando muitas coisas não só a questão do câncer dele que eu tive que estudar um pouco também pra tentar entender, né, como que eu poderia dar esse suporte pra ele, mas também tá me ensinando de maneira pessoal a tentar entender algumas coisas e enfrentar as dificuldades com coragem e calma, né?”(T5)

“E ela nossa, nos mostrou muita força num primeiro momento, ela foi muito forte, ela está sendo até agora. Então isso também nos deu bastante... pra continuar assim. Então a gente está aproveitando o máximo que tem de tempo com ela, a gente está fazendo até coisas que a gente deixou muito até na alimentação, por exemplo, que a gente cortava tudo, né? Então agora é tudo à vontade dentro do possível a gente faz as vontades todas, né? A gente dorme junto.”(T7)

“E o impacto que teve é aquilo né, a gente passa a ter mais atenção com o animal, a gente passa a ter mais carinho, a gente se envolve né, com o animalzinho e tal, e a gente também aprende alguma coisa, nessas idas e vindas até para próximos problemas que a gente tenha.”(T19)

As respostas e as falas dos pais corroboram o estudo de Van Schoors *et. al.* (2018), pois diante da nova situação, começaram a mudar sua atitude em relação à vida, sendo que sua família passou a desempenhar um papel mais importante e as coisas extrafamiliares se tornaram menos significativas. Neste mesmo estudo, os pais relataram apreciar mais as pequenas coisas, passando a valorizar mais seu tempo junto com a família. É necessário ouvir o que os tutores e os pais tem a dizer, pois só eles podem nos falar sobre o que precisam, quais são os seus desejos, e como podemos ajudá-los a passar por aquele que talvez seja o momento mais difícil das suas vidas, que é o enfrentamento do câncer e do tratamento quimioterápico dos seus cães e de seus filhos. O envolvimento dos tutores e dos pais é fundamental para garantir os cuidados que os pacientes precisam.

Ainda no fator reavaliação positiva, metade dos tutores respondeu que rezou, enquanto no grupo dos cuidadores a maioria utilizou essa estratégia. No grupo dos cuidadores quase todos se modificaram após o enfrentamento da situação, entretanto, no grupo dos tutores, somente metade das pessoas se modificou de alguma forma. Diante da situação, os tutores se inspiraram a fazer algo criativo, sendo que isso não aconteceu no grupo dos cuidadores.

Segundo Amador *et. al.* (2013), os sentimentos relacionados com a religiosidade são salientados nos cuidadores de crianças com câncer, os quais se manifestam pelo aumento da fé e entrega da doença à vontade de Deus. Em muitos casos, a esperança permeia as questões religiosas, e também aparece como estratégia usada pelos grupos para combater a incerteza, conforme observado tanto nas falas dos tutores quanto de cuidadores:

“A doença ela é maldita, infelizmente... Não é de Deus, que nem muita gente diz.”(C17)

“Então, o (referindo-se ao cão) quando a gente desconfiou foi bem difícil, mas aquela esperança de que não, não fosse isso, né? Que a gente sabe que é uma doença bem, bem agressiva.”(T1)

“Pra lá na frente a gente colher a vitória, né? Chegar aqui na sala e bater aquele sininho ali. Que é o que eu pretendo. O que eu desejo é chegar ali e bater aquele sino. E eu tenho certeza em nome de Jesus que eu vou conseguir. Que eu vou chegar lá. Eu tenho certeza que todos que estão aqui vão conseguir. Cada um com seu problema, com sua particularidade, no seu momento certo.”(C8)

“Não podemos desistir nunca. Sim, não podemos desistir nunca. Sempre confiar que vai dar sempre tudo certo.”(C13)

“Eles são mais fortes que a gente. Ela é muito querida, e a gente tá na expectativa, né, tem muita fé em Deus, que Deus vai curar ela e vamos vir quantas vezes for preciso, né, e esperar o resultado, que se Deus quiser vai ser de cura.”(C19)

“Mas hoje a gente está mais tranquilo, a gente está muito confiante que ele, que ele vai sair bem dessa e se Deus quiser não vai precisar muitos tratamentos aí ao longo da vida.”(T1)

“Eu tenho confiança que é, a caminhada é longa, mas a vitória tá lá.”(C1)

“Eu confio muito em Deus, sei que a vontade dele vai ser feita, né? É claro que a gente nunca espera o pior, mas o que tiver que ser, vai ser.”(C6)

“Primeiramente a gente acreditando em Deus, né, porque a gente tem que ter fé em Deus, né, porque sem Deus na vida da gente a gente não é nada. Eu sempre digo uma frase: Deus opera pelas mãos dos médicos. Que tudo que os

médicos faz eu sei que Deus tá acompanhando eles. Tudo é ciclo, tudo é fase. Se Deus deu esse ciclo pra gente passar, esse fardo pra carregar, que nem se diz na Bíblia, a gente tem que carregar. Eu sempre digo pra ela assim: tu tem que erguer a cabeça e olhar pra frente. Porque logo logo a gente vai achar a porta pra passar. E o caminho é pra frente. Não tem que baixar a cabeça e murmurar. Tem que enfrentar a coisa de cabeça erguida, o problema.”(C8)

“Eu tô me agarrando muito com a questão espiritual, né, eu sempre gostei assim desse mundo espiritual, e aí eu leio uns livros assim dessa linha, dessa doutrina kardecista, né, então eu me sinto fortalecida assim, com as leituras. Eu tô participando de um grupo, espiritual, né? E parece assim que me dá mais força, eu me sinto mais fortalecida assim pra suportar a situação, né, os altos e baixos dela. E é bem como eu te disse, cada melhorinha que ela tem, cada momento que ela supera eu me sinto muito feliz, assim, me dá um pouco de paz, né? Porque se tu deixar a tristeza toma conta, daí tu não faz mais nada.”(C12)

“E não adianta, o meu filho tá aí, ele que me dá força, e eu tenho fé. A minha fé sempre me, graças a Deus, Deus nunca me abandonou nas piores horas, sabe?”(C17)

“Mas foi difícil, não recomendo isso pra nenhum, nem pro pior inimigo isso que eu passei, mas o que eu deixaria pra uma pessoa passar, é que tenha fé, não desacredite, pois Deus sempre tem um propósito na sua vida. Deus nunca dá uma, uma cruz maior do que você possa carregar. Então, ele me deu essa cruz, tô carregando, e quando eu acho que não tenho força ele vai lá e me dá um sustento e eu ergo a cabeça e sigo carregando ela. É o que eu deixo para as pessoas que estão trilhando ou vão trilhar esse caminho, que estão perdidos que nem eu estava quando eu cheguei. Espero que isso tenha ajudado.”(C21)

9 CONCLUSÕES

Com base nos dados colhidos e analisados no presente estudo, é possível fazer as seguintes conclusões:

- As estratégias de enfrentamento mais utilizadas pelos dois grupos variaram entre as com foco no problema e as com foco na emoção. As principais diferenças foram observadas nos fatores relacionados à emoção, pois os pais demonstraram maior sentimento de culpa, desejo de que a doença desaparecesse e necessidade de encontrar uma maneira de transformar a situação em algo positivo;
- Os resultados do estudo reforçaram o entendimento de que os cães são considerados membros importantes das famílias;
- Em ambos os grupos, o objetivo foi cuidar e tratar os pacientes, mesmo quando isso significou sacrificar tempo e realizar investimentos financeiros, como no caso dos tutores;
- Tutores e cuidadores traçaram planos de ação e os seguiram, apesar do sofrimento que a situação trouxe, o que foi evidenciado através da manifestação de dor e desespero, observada, principalmente, nos depoimentos dos pais;
- Foi verificado maior sofrimento dos pais, que pode ser atribuído ao longo período de internação de seus filhos, o que ocasionou afastamento da família, principalmente dos outros filhos;
- A capacidade de reavaliar a situação de forma positiva foi vista nos dois grupos, pois, após o enfrentamento da situação, as falas dos tutores e dos cuidadores foram de quem aprendeu a dar maior valor ao viver;
- Entendeu-se que o envolvimento dos tutores e dos pais é fundamental para trazer segurança e garantir os cuidados que os pacientes precisam;
- Em ambos os hospitais, as famílias se sentiram cuidadas e acolhidas.

REFERÊNCIAS

- ABRAMSON, J. H. WINPEPI updated: computer programs for epidemiologists, and their teaching potential. **Epidemiologic Perspectives & Innovations**, New York, v. 8, 2011. Artigo n. 1. Disponível em: <https://epi-perspectives.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1742-5573-8-1>. Acesso em: 5 nov. 2019.
- ADRIAN, J. A. L.; DELIRAMICH, A. N.; FRUEH, B. C. Complicated grief and posttraumatic stress disorder in humans' response to the death of pets/animals. **The Bulletin of the Menninger Clinic**, New York, v. 73, n. 3, p. 176-187, Summer 2009.
- AL-GAMAL, E.; LONG; T.; SHEHADEH, J. Health satisfaction and family impact of parents of children with cancer: a descriptive cross-sectional study. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, Stockholm, 2019, Mar. 2013. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/scs.12677>. Acesso em: 4 nov. 2019.
- ALVES, K. M. C. *et al.* A vivência dos pais da criança com câncer na condição de impossibilidade terapêutica. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n. 2, p. 1-9, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n2/pt_0104-0707-tce-25-02-2120014.pdf. Acesso em: 2 set. 2019.
- AMADOR, D. D. *et al.* Repercussões do câncer infantil para o cuidador familiar: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 66, n. 2, p. 264-270, mar./abr. 2013.
- ÅNGSTRÖM-BRÄNNSTRÖM, C. *et al.* Parents' experiences and responses to an intervention for psychological preparation of children and families during the child's radiotherapy. **Journal of Pediatric Oncology Nursing**, v. 35, n. 2, p. 132-148, Mar./Apr. 2018.
- ANJOS, C.; ESPÍRITO SANTO, F. H.; CARVALHO, E. M. M. S. O câncer infantil no âmbito familiar: revisão integrativa. **REME: revista mineira de enfermagem**, Belo Horizonte, v. 19, n. 1, p. 227-233, jan./mar. 2015.
- ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. O conceito de *coping*: uma revisão teórica. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 3, n. 2, p. 273-294, 1998.
- ASSIS, C. L.; ALVES, G. F. Vivências e estratégias de enfrentamento em uma família com doente crônico com câncer. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 7, n. 2, p. 142-151, dez. 2015.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Martins Fontes, 1977.
- CASTELLANO-TEJEDOR, C. *et al.* The hidden sufferers: parental reactions to childhood cancer during treatment and survival. **The Spanish Journal of Psychology**, Cambridge, v. 20, n. 29, p. 1-11, 2017.
- CLEMENTS, P. T.; BENASUTTI, K. M.; CARMONE, A. Support for bereaved owners of pets. **Perspectives in Psychiatric Care**, Hillsdale, v. 39, n. 2, p. 49-54, Apr./June 2003.

COELHO, C. C. R.; SILVA, M. C. Q. **Paciente oncológico**: a inter-relação entre o câncer e a depressão após seu diagnóstico. 2008. 23 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina Veterinária) – Curso de Medicina Veterinária, UniAtenas Centro Universitário Atenas, Paracatu, 2008.

ECHE, I. J.; ARONOWITZ, T. Factors that influence parental uncertainty and health-related quality of life in children with cancer: a framework. **Nursing Science Quarterly**, Thousand Oaks, v. 31, n. 4, p. 362-368, 2018.

FAMÍLIA multiespécie é tendência mundial. **Diário do Nordeste**, Fortaleza, 28 maio 2010. Disponível em: <http://diarionordeste.verdesmares.com.br/cadernos/regional/familia-multiespecie-e-tendencia-mundial-1.242833>. Acesso em: 26 jul. 2017.

FARACO, C. B. Interação humano-animal. **Ciência Veterinária nos Trópicos**, Recife, v. 11, p. 31-35, abr. 2008. Supl. 1.

FARINHAS, G. V.; WENDLING, M. I.; DELLAZZANA-ZANON, L. L. Impacto psicológico do diagnóstico de câncer na família: um estudo de caso a partir da percepção do cuidador. **Pensando Famílias**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 111-129, dez. 2013.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R. S. If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. **Journal of Personality and Social Psychology**, Washington, v. 48, n. 1, p. 150-170, 1985.

FORNAZARI, S. A.; FERREIRA, R. E. R. Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, DF, v. 26, n. 2, p. 265-272, abr./jun. 2010.

GÅRDLING, J. *et al.* Parents' lived experiences during their children's radiotherapy. **Journal of Pediatric Oncology Nursing**, Thousand Oaks, v. 34, n. 2, p. 140-147, Mar./Apr. 2017.

HETTS, S.; LAGONI, L. The owner of the pet with cancer. **Veterinary Clinics of North America: small animal practice**, Philadelphia, v. 20, n. 4, p. 879-896, July 1990.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira 2016. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. (Estudos e Pesquisas: informação demográfica e socioeconômica, 36). Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2019.

JAROLMEN, J. A Comparison of the grief reaction of children and adults: focusing on pet loss and bereavement. **Omega: journal of death and dying**, Westport, v. 37, n. 2, p. 133-150, 1998.

KANNO, N. P.; BELLODI, P. L.; TESS, B. H. Profissionais da estratégia saúde da família diante de demandas médico-sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 884-894, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n4/v21n4a08.pdf>. Acesso em: 4 nov. 2019.

- KIM, M. A. *et al.* Parenting changes of mothers of a child with cancer. **Journal of Family Issues**, [Thousand Oaks], p.1-23, 2019. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0192513X19881191>. Acesso em: 2 nov. 2019.
- KOHLSDORF, M.; COSTA JUNIOR, A. L. Estratégias de enfrentamento de pais de crianças em tratamento de câncer. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 25, n. 3, p. 417-429, jul./set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n3/a10v25n3.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2019.
- KOHLSDORF, M.; COSTA JUNIOR, A. L. Impacto psicossocial do câncer pediátrico para pais: revisão da literatura. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 51, p.119-129, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/paideia/v22n51/en_14.pdf. Acesso em: 20 out. 2019.
- KRISTENSEN, C. H.; SCHAEFER, L. S.; BUSNELLO, F. B. Estratégias de coping e sintomas de stress na adolescência. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 27, n. 1, p. 21-30, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v27n1/v27n1a03.pdf>. Acesso em: 4 nov. 2019.
- LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer, 1984.
- MAHARAJ, N.; KAZANGIAN, A.; HONEI, C. J. The human-canine bond: a sacred relationship. **Journal of Spirituality in Mental Health**, London, v. 18, n. 1, p. 76-89, 2016.
- MARDER, M. The life of plants and the limits of empathy. **Dialogue Canadian Philosophical Review**, Waterloo, v. 51, n. 2, p. 259-273, June 2013.
- MASON, S. Palliative care in small animal oncology. **In Practice**, London, v. 38, n. 5, p. 203-217, 2016.
- MENEZES, B. *et al.* Câncer infantil: organização familiar e doença. **Revista Mal Estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 7, n. 1, p. 191-210, mar. 2007.
- MENSORIO, M. S.; KOHLSDORF, M.; COSTA JUNIOR, A. L. Cuidadores de crianças e adolescentes com leucemia: análise de estratégias de enfrentamento. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 15, n. 1, p. 158-176, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v15n1/v15n1a10.pdf>. Acesso em: 10 set. 2019.
- MERRILL, E. Companion animal loss: a disenfranchised form of grief and why it's relevant to social work. **Sophia: an e-community of scholarship and creativity**, St. Paul, paper 59, May 2012. St. Catherine University repository website. Disponível em: https://sophia.stkate.edu/msw_papers/59/. Acesso em: 2 nov. 2019.
- MOREIRA, P. L.; ANGELO, M. Tornar-se mãe de criança com câncer: construindo a parentalidade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 3, p. 355-361, maio/jun. 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682010000200004. Acesso em: 4 jun. 2019.
- NUNES, C. M. N. S. O conceito de enfrentamento e a sua relevância na prática da psiconcologia. **Encontro: revista de psicologia**, Londrina, v. 13, n. 19, p. 91-102, 2010.

PACHANA, N. A.; MASSAVELLI, B. M.; ROBLEDA-GOMEZ, S. A Developmental psychological perspective on the human-animal bond. *In*: BLAZINA, C.; BOYRAZ, G.; SHEN-MILLER, D. (ed.). **The psychology of the human: animal bond a resource for clinicians and researchers**. New York: Springer, 2011. cap. 9, p. 151-166.

PEREIRA, T. B.; BRANCO, V. L. R. As estratégias de *coping* na promoção à saúde mental de pacientes oncológicos: uma revisão bibliográfica. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 8, n. 1, p. 24-31, jun. 2016.

PEZENTE, C. C.; VALVASSORI, E.; ZUGNO, I. P. Sentimento dos pais e das crianças com câncer submetidas à quimioterapia. **Inova Saúde**, Criciúma, v. 3, n. 2, p. 88-96, nov. 2014. Disponível em: <http://periodicos.unesc.net/Inovasauade/article/view/1665/1673>. Acesso em: 20 set. 2019.

ROSA, R. R.; LOPES, R. F. F. Presença de distorções cognitivas em propagandas brasileiras. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 71-80, dez. 2013.

SANTEIRO, F. R. M.; ZANINI, D. S.; SANTEIRO, T. V. Análise empírica de tendências na produção científica sobre *coping* (SciELO, 1993/2012). **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, DF, v. 33, p. 1-9, 2017.

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**, São Paulo, v. 7, n. 1/2, p. 183-201, 1996.

SAVOIA, M. G.; AMADERA, R. D. Utilização da versão brasileira do inventário de estratégias de *coping* em pesquisas da área da saúde. **Psicologia Hospitalar**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 117-138, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v14n1/14n1a07.pdf>. Acesso em: 4 nov. 2019.

SCHARDONG, F.; CARDOSO, N. O.; MAZONI, C. G. Estratégias de enfrentamento e a ansiedade dos pais de crianças com câncer: uma revisão integrativa. **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 32-54, jun. 2017.

SIESS, S. *et al.* Why psychology matters in veterinary medicine. **Topics in Companion Animal Medicine**, New York, v. 30, n. 2, p. 43-47, June 2015.

SIQUEIRA, M. M. M. Construção e validação da escala de percepção de suporte social. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 381-388, abr./jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n2/a21v13n2.pdf>. Acesso em: 4 nov. 2019.

SLATER, P. J. Telling the story of childhood cancer: the experience of families after treatment. **Journal of Patient Experience**, Thousand Oaks, p. 1-7, 2019. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2374373519870363>. Acesso em: 2 nov. 2019.

SLATER, P. J. FIELDEN, P. E.; BRADFORD, N. K. The oncology family app: providing information and support for families caring for their child with cancer. **Journal of Pediatric Oncology Nursing**, Thousand Oaks, v. 35, n. 2, p. 94-102, Mar./Apr. 2018.

TEIXEIRA, R. J.; PEREIRA, M. G. Impacto do câncer parental no desenvolvimento psicológico dos filhos: uma revisão da literatura. **Psicologia: reflexão e crítica**, Porto Alegre, v. 24, n. 3, p. 513-522, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v24n3/a12v24n3.pdf>. Acesso em 6 nov. 2019.

VAN SCHOORS, M. *et al.* Parents' perspectives of changes within the family functioning after a pediatric cancer diagnosis: a multi family member interview analysis. **Qualitative Health Research**, Thousand Oaks, v. 28, n. 8, p. 1229-1241, July 2018.

VAZ-SERRA, A. Um estudo sobre *coping*: o inventário de resolução de problemas. **Psiquiatria Clínica**, [s.l.], v. 9, n. 4, p. 301-316, 1988. Disponível em: <http://rihuc.huc.min-saude.pt/handle/10400.4/1004>. Acesso em: 3 set. 2019.

VOLPATO, F. S.; SANTOS, G. R. S. Pacientes oncológicos: um olhar sobre as dificuldades vivenciadas pelos familiares cuidadores. **Imaginário**, São Paulo, v. 13, n. 14, p. 511-544, jan./jun. 2007.

WECHSLER, A. M. Câncer na infância: impacto psicológico em pacientes e seus pais em diferentes etapas da doença. **Intellectus: revista acadêmica digital**, Jaguariúna, v. 1, n. 41, p. 40-62, out./dez. 2017. Disponível em: <http://www.revistaintellectus.com.br/ArtigosUpload/42.503.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2019.

ZANON, R. B. *et al.* Brazilian study of adaptation and psychometric properties of the *coping* health inventory for parents. **Psicologia: reflexão e crítica**, Porto Alegre, v. 30, p. 1-10, 2017.

APÊNDICE 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para tutores de cães com câncer em quimioterapia

Nº do projeto CAAE _____

Título do Projeto: Avaliação do impacto do diagnóstico de câncer e do tratamento quimioterápico, utilizando o referencial das estratégias de enfrentamento, em tutores de cães.

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é avaliar o impacto e as formas de lidar com o diagnóstico de câncer e a realização de quimioterapia. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Serviço de Oncologia do Hospital de Clínicas Veterinárias (HCV) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em conjunto com o Laboratório de Pesquisa em Bioética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: realizar uma entrevista sobre esta situação e responder a um questionário sobre formas de enfrentar situações difíceis. **As entrevistas serão realizadas em uma sala de reuniões do Serviço de Oncologia no HCV. A entrevista será gravada e transcrita para análise de conteúdo. Somente a equipe de pesquisa terá acesso à entrevista gravada (áudio).**

Os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa são a mobilização de falar sobre este assunto e tempo para realizar a entrevista e responder ao questionário, que é estimado em 20 minutos. **Se houver algum desconforto, você poderá interromper a entrevista a qualquer momento. A pesquisadora estará à disposição para auxiliá-lo.**

Os possíveis benefícios decorrentes da participação na pesquisa são melhorar o entendimento de como as pessoas enfrentam situações difíceis, na área da saúde, envolvendo seus animais de estimação. Não há um benefício pessoal direto, exceto a própria elaboração da situação vivenciada.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados. **Entretanto, poderão ser utilizados trechos das entrevistas transcritas, sem a utilização de nomes (serão utilizados códigos). Não será utilizado o áudio em publicações ou eventos científicos.**

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Prof. Emerson Antonio Contesini, pelo telefone (51) 33088147, com a pesquisadora Dra. Luciane Cristina Vieira, pelo telefone (51) 33088147 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

Local e Data

APÊNDICE 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para cuidadores de pacientes pediátricos com câncer em quimioterapia

Nº do projeto CAAE _____

Título do Projeto: Avaliação do impacto do diagnóstico de câncer e do tratamento quimioterápico, utilizando o referencial das estratégias de enfrentamento, em cuidadores de pacientes pediátricos.

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é avaliar o impacto e as formas de lidar com o diagnóstico de câncer e a realização de quimioterapia. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Laboratório de Pesquisa em Bioética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: realizar uma entrevista sobre esta situação e responder a um questionário sobre formas de enfrentar situações difíceis. **As entrevistas serão realizadas em uma sala de reuniões no terceiro leste – Unidade de Internação do Serviço de Oncologia Pediátrica do HCPA. A entrevista será gravada e transcrita para análise de conteúdo. Somente a equipe de pesquisa terá acesso à entrevista gravada (áudio).**

Os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa são a mobilização de falar sobre este assunto e tempo para realizar a entrevista e responder ao questionário, que é estimado em 20 minutos. **Se houver algum desconforto, você poderá interromper a entrevista a qualquer momento. A pesquisadora estará à disposição para auxiliá-lo.**

Os possíveis benefícios decorrentes da participação na pesquisa são melhorar o entendimento de como as pessoas enfrentam situações difíceis, na área da saúde, envolvendo crianças com câncer. Não há um benefício pessoal direto, exceto a própria elaboração da situação vivenciada.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados. **Entretanto, poderão ser utilizados trechos das entrevistas transcritas, sem a utilização de nomes (serão utilizados códigos). Não será utilizado o áudio em publicações ou eventos científicos.**

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Prof. José Roberto Goldim, pelo telefone (51) 33597615, ou com a pesquisadora Dra. Luciane Cristina Vieira, pelo telefone (51) 33088147 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

Local e Data

APÊNDICE 3 – Roteiro de entrevista semiestruturada para tutores de cães com câncer em quimioterapia

Questão Única

Qual o impacto do diagnóstico de câncer e do tratamento quimioterápico do seu cão na sua vida?

APÊNDICE 4 – Roteiro de entrevista semiestruturada para cuidadores de crianças com câncer em quimioterapia

Questão Única

Qual o impacto do diagnóstico de câncer e do tratamento quimioterápico da criança na sua vida?

APÊNDICE 5 – Dados demográficos dos tutores e dos cães

Nome:

Sexo:

Idade:

Composição familiar:

Ocupação:

Escolaridade: nível:

anos de estudo:

Religião:

Nome do animal de estimação:

Raça:

Prontuário do HCV:

Como descreve o seu vínculo:

Tem outros cães?

Quantos? (descrever sexo e idade dos animais)

APÊNDICE 6 – Dados demográficos dos cuidadores e dos pacientes pediátricos

Nome:

Sexo:

Idade:

Composição familiar:

Ocupação:

Tem outros filhos? Quantos? (sexo e idade)

Escolaridade: nível:

anos de estudo:

Religião:

Nome do paciente:

Prontuário HCPA:

ANEXO 1 – Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus¹

Leia cada item abaixo e indique, fazendo um círculo na categoria apropriada, o que você fez na situação _____, de acordo com a seguinte classificação:

0. não usei esta estratégia

1. usei um pouco

2. usei bastante

3. usei em grande quantidade

1. Me concentrei no que deveria ser feito em seguida, no próximo passo. 0 1 2 3

2. Tentei analisar o problema para entendê-lo melhor. 0 1 2 3

3. Procurei trabalhar ou fazer alguma atividade para me distrair. 0 1 2 3

4. Deixei o tempo passar - a melhor coisa que poderia fazer era esperar, o tempo é o melhor remédio. 0 1 2 3

5. Procurei tirar alguma vantagem da situação. 0 1 2 3

6. Fiz alguma coisa que acreditava não daria resultados, mas ao menos eu estava fazendo alguma coisa. 0 1 2 3

7. Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar suas ideias. 0 1 2 3

8. Conversei com outra(s) pessoa(s) sobre o problema, procurando mais dados sobre a situação. 0 1 2 3

9. Me critiquei, me repreendi. 0 1 2 3

10. Tentei não fazer nada que fosse irreversível, procurando deixar outras opções. 0 1 2 3

11. Esperei que um milagre acontecesse. 0 1 2 3

¹ Adaptação do inventário de estratégias de *coping* de Folkman e Lazarus para o português, 1996.

12. Concordei com o fato, aceitei o meu destino. 0 1 2 3
13. Fiz como se nada tivesse acontecido. 0 1 2 3
14. Procurei guardar para mim mesmo (a) os meus sentimentos. 0 1 2 3
15. Procurei encontrar o lado bom da situação. 0 1 2 3
16. Dormi mais que o normal. 0 1 2 3
17. Mostrei a raiva que sentia para as pessoas que causaram o problema. 0 1 2 3
18. Aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas. 0 1 2 3
19. Disse coisas a mim mesmo (a) que me ajudassem a me sentir bem. 0 1 2 3
20. Me inspirou a fazer algo criativo. 0 1 2 3
21. Procurei esquecer a situação desagradável. 0 1 2 3
22. Procurei ajuda profissional. 0 1 2 3
23. Mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva. 0 1 2 3
24. Esperei para ver o que acontecia antes de fazer alguma coisa. 0 1 2 3
25. Desculpei ou fiz alguma coisa para repor os danos. 0 1 2 3
26. Fiz um plano de ação e o segui. 0 1 2 3
27. Tirei o melhor que poderia da situação, que não era o esperado. 0 1 2 3
28. De alguma forma extravasei meus sentimentos. 0 1 2 3
29. Compreendi que o problema foi provocado por mim. 0 1 2 3
30. Saí da experiência melhor do que eu esperava. 0 1 2 3
31. Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema. 0 1 2 3
32. Tentei descansar, tirar férias a fim de esquecer o problema. 0 1 2 3
33. Procurei me sentir melhor, comendo, fumando, utilizando drogas ou medicação. 0 1 2 3

34. Enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado. 0 1 2 3
35. Procurei não fazer nada apressadamente ou seguir o meu primeiro impulso. 0 1 2 3
36. Encontrei novas crenças. 0 1 2 3
37. Mantive meu orgulho não demonstrando os meus sentimentos. 0 1 2 3
38. Redescobri o que é importante na vida. 0 1 2 3
39. Modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final. 0 1 2 3
40. Procurei fugir das pessoas em geral. 0 1 2 3
41. Não deixei me impressionar, me recusava a pensar muito sobre a situação. 0 1 2 3
42. Procurei um amigo ou um parente para pedir conselhos. 0 1 2 3
43. Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação. 0 1 2 3
44. Minimizei a situação me recusando a preocupar-me seriamente com ela. 0 1 2 3
45. Falei com alguém sobre como estava me sentindo. 0 1 2 3
46. Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria. 0 1 2 3
47. Descontei minha raiva em outra(s) pessoa(s). 0 1 2 3
48. Busquei nas experiências passadas uma situação similar. 0 1 2 3
49. Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário. 0 1 2 3
50. Recusei acreditar que aquilo estava acontecendo. 0 1 2 3
51. Prometi a mim mesmo(a) que as coisas serão diferentes na próxima vez. 0 1 2 3
52. Encontrei algumas soluções diferentes para o problema. 0 1 2 3
53. Aceitei, nada poderia ser feito. 0 1 2 3
54. Procurei não deixar que meus sentimentos interferissem muito nas outras coisas que eu estava fazendo. 0 1 2 3
55. Gostaria de poder mudar o que tinha acontecido ou como eu senti. 0 1 2 3

56. Mudei alguma coisa em mim, me modifiquei de alguma forma. 0 1 2 3
57. Sonhava acordado (a) ou imaginava um lugar ou tempo melhores do que aqueles em que eu estava. 0 1 2 3
58. Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse. 0 1 2 3
59. Tinha fantasias de como as coisas iriam acontecer, como se encaminhariam. 0 1 2 3
60. Rezei. 0 1 2 3
61. Me preparei para o pior. 0 1 2 3
62. Analisei mentalmente o que fazer e o que dizer. 0 1 2 3
63. Pensei em uma pessoa que admiro e em como ela resolveria a situação e a tomei como modelo. 0 1 2 3
64. Procurei ver as coisas sob o ponto de vista da outra pessoa. 0 1 2 3
65. Eu disse a mim mesmo (a) “que as coisas poderiam ter sido piores”. 0 1 2 3
66. Corri ou fiz exercícios. 0 1 2 3

ANEXO 2 – Respostas dos tutores e dos cuidadores às questões do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus

	tutores				cuidadores				
questão	0	1	2	3	0	1	2	3	P*
1	0	2	7	13	1	3	8	10	0,646
2	0	1	8	13	0	4	5	13	0,288
3	12	3	5	2	9	5	4	4	0,636
4	11	7	4	0	8	4	5	5	0,094
5	15	3	2	2	17	4	1	0	0,457
6	12	3	5	2	15	3	1	3	0,362
7	15	3	1	3	14	2	2	4	0,871
8	2	4	8	8	1	3	3	15	0,181
9	14	4	0	4	6	6	3	7	0,060
10	12	3	2	5	14	3	3	2	0,650
11	19	1	1	1	10	1	2	9	0,023
12	8	2	4	8	8	4	5	5	0,689
13	22	0	0	0	16	6	0	0	0,008
14	15	3	1	3	6	6	5	5	0,046
15	5	4	6	7	9	4	5	4	0,562
16	19	1	1	1	15	3	3	1	0,481
17	20	1	0	1	17	2	1	2	0,591
18	1	0	6	15	0	5	4	13	0,088
19	2	3	9	8	1	7	5	9	0,371
20	7	4	6	5	8	4	3	7	0,706
21	12	5	1	4	11	5	3	3	0,756
22	7	0	1	14	4	6	4	8	0,017
23	3	3	8	8	1	2	7	12	0,559
24	18	2	1	1	10	3	8	1	0,047
25	13	5	1	3	12	2	7	1	0,078
26	2	0	8	12	3	5	4	10	0,082
27	5	3	7	7	9	4	6	3	0,397
28	8	8	3	3	1	6	4	11	0,015

29	19	1	0	2	14	4	2	2	0,207
30	3	4	10	5	4	3	7	8	0,681
31	2	2	4	14	3	3	7	9	0,512
32	20	2	0	0	20	1	1	0	0,513
33	21	1	0	0	15	3	1	3	0,112
34	15	3	3	1	14	5	2	1	0,865
35	3	4	10	5	8	2	4	8	0,102
36	20	0	0	2	12	3	4	3	0,027
37	19	3	0	0	12	1	3	6	0,009
38	4	3	7	8	1	0	5	16	0,050
39	3	2	7	10	3	1	7	11	0,944
40	20	1	0	1	12	4	0	6	0,025
41	17	3	1	1	14	3	3	2	0,654
42	9	4	6	3	9	4	2	7	0,308
43	22	0	0	0	13	5	2	2	0,010
44	19	1	2	0	16	4	2	0	0,358
45	3	5	10	4	3	3	6	10	0,254
46	0	0	6	16	1	1	5	15	0,547
47	19	2	0	1	15	1	0	6	0,112
48	9	3	4	6	7	6	5	4	0,623
49	0	1	4	17	0	3	2	17	0,435
50	17	2	1	2	7	7	3	5	0,026
51	14	3	3	2	7	4	7	4	0,192
52	11	4	5	2	11	7	3	1	0,648
53	18	1	1	2	14	1	3	4	0,539
54	5	9	3	5	5	9	4	4	0,968
55	7	6	5	4	1	3	3	15	0,006
56	5	6	7	4	2	0	8	12	0,010
57	12	2	5	3	3	5	2	12	0,004
58	9	4	3	6	1	1	5	15	0,006
59	11	6	1	4	3	3	3	13	0,010
60	8	3	2	9	0	2	2	18	0,011
61	4	4	8	6	9	3	2	8	0,114

62	1	5	5	11	3	7	7	5	0,271
63	14	1	2	5	9	7	3	3	0,098
64	11	4	2	5	10	2	3	7	0,742
65	8	4	4	6	4	5	5	8	0,606
66	14	4	3	1	19	1	1	1	0,313

*Associações verificadas por meio do Teste do Qui-quadrado (χ^2).