

# A NEOPLASIA NA INFÂNCIA: ASPECTOS EMOCIONAIS E CUIDADOS HUMANIZADOS NO ÂMBITO HOSPITALAR

Alessandra Karina Galli<sup>1</sup>  
Amanda Nunes da Silva<sup>2</sup>  
Dalnei Delevati Minuzzi<sup>3</sup>

Psicologia



ISSN IMPRESSO 2317-1685  
ISSN ELETRÔNICO 2316-6738

## RESUMO

No intuito de propiciar reflexões sobre a Neoplasia na infância, propõe-se nesse artigo uma discussão sobre aspectos científicos e profissionais que norteiam esse tema. As neoplasias causam dor e sofrimento na vida das crianças e das famílias devido ao seu diagnóstico impregnado de medos e pessimismos e, principalmente, devido às suas formas invasivas dos tratamentos disponíveis. O objetivo deste trabalho é discutir as formas de atenção psicológica para as neoplasias infantis, da perspectiva de uma atenção humanizada. Para isso, uma pesquisa bibliográfica foi realizada possibilitando o entendimento das diferentes produções acerca do tema e resultando, inclusive, na compreensão das diferentes técnicas existentes que visam os cuidados humanizados. Tais cuidados não pretendem transpor as técnicas tradicionais, mas auxiliar na atenção a criança. A relevância deste artigo relaciona-se com as questões que visam promover o bem estar infantil em casos de adoecimento e internação hospitalar, tema de suma importância para profissionais de saúde, em todas as áreas de atuação.

## PALAVRAS-CHAVE

Humanização. Neoplasia Infantil. Tratamento.

## ABSTRACT

In order to provide reflections on the neoplasm in childhood, it is proposed, in this paper, a discussion about the scientific and professional aspects that guide this topic. The tumors cause pain and suffering in the lives of children and families because of its diagnostic and, especially, their invasive forms of treatment. The objective of this paper is to discuss ways to care for the infant neoplasms under the perspective of a humanized attention. For this, a literature search was performed allowing for better understanding of different productions on the subject, resulting in the understanding of the different existing techniques aimed humanized care. Such care does not intend to transpose the traditional techniques, but to assist in the care of the children. The relevance of this article relates to the issues that corroborate the child welfare, a subject of paramount importance to health professionals and adults in general.

## KEYWORDS

Humanization. Childhood Cancer. Treatment.

## 1 INTRODUÇÃO

Diante da necessidade de buscar auxílio na prevenção, no tratamento, na manutenção e no apoio pós-enfretamento do câncer infantil que contribuíssem de formas significativas na vida da criança e da família, novas áreas relacionadas ao cuidado dirigido a essa parcela de sujeitos foram surgindo. Portanto, nas últimas décadas diversos estudos voltados para a compreensão da neoplasia infantil surgiram no cenário nacional e internacional (VALLE, 2001; SVAVARSDOTTIR, 2004; MENEZES et. al., 2007).

O desenvolvimento da Psicologia e o crescente interesse nos aspectos relacionados às neoplasias malignas infantis contribuíram para o surgimento de um novo campo chamado Psico-Oncologia, área de conexão entre a psicologia e a oncologia, que visa o entendimento da interrelação de diferentes fatores, a saber: físicos, comportamentais, emocionais, estratégias de enfrentamento, questões familiares, dentre outros, proporcionando à família e à criança, o desenvolvimento de habilidades eficazes para lidar com o adoecimento.

Dessa forma, é de fundamental importância que o tratamento para crianças com neoplasias malignas, com necessidade de internação hospitalar, às vezes por um longo período, utiliza técnicas de cuidado que ofereça riscos reduzidos, buscando oferecer um cuidado voltado para a recuperação biopsicossocial, dimensão que vai muito além do cuidado dos aspectos biológicos neste tipo de adoecimento.

A metodologia utilizada para auxiliar na compreensão deste estudo foi a pesquisa bibliográfica, pois a mesma oferece meios que auxiliam no entendimento da definição e da resolução dos problemas já conhecidos, como também, permite explorar novas áreas onde os mesmos ainda não se cristalizaram suficientemente. Permite, também, que um tema seja analisado sob um novo enfoque ou abordagem, produzindo novas conclusões e tendo como objetivo explicar formas de atenção ao cuidado humanizado para as crianças e suas famílias com neoplasia.

A busca bibliográfica foi efetuada nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e no Scielo, utilizando os descritores Câncer, infantil, criança, neoplasias; além disso, buscou-se informações científicas no Ministério da Saúde, do Instituto Nacional de Câncer (INCA), que é um o órgão do Ministério da Saúde, vinculado à Secretaria de Atenção à Saúde, auxiliar no desenvolvimento e coordenação de ações integradas para a prevenção e controle do câncer no Brasil, dados da Associação Brasileira do Câncer (ABC), do Instituto Oncologia, como também em livros e revistas especializadas.

## 1.1 ONCOLOGIA E NEOPLASIAS

O câncer é “uma doença genética cujas alterações ocorrem dentro de genes específicos, mas na maioria dos casos não se trata de doença herdada geneticamente” (AZEVEDO, 2010) Outra definição acerca do câncer é proposta por Carvalho (1994) como sendo:

[...] uma doença que se origina nos genes de uma única celular, tornando-a capaz de se proliferar até o ponto de formar massa tumoral no local e a distância. Várias mutações têm que ocorrer na mesma célula para que ela adquira este fenótipo de malignidade e a biologia molecular vem estudando com acuracidade estes detalhes (CARVALHO, 1994, p. 21).

O tema câncer não perdeu sua relevância com o passar dos anos, e mantém-se o interesse por parte de pesquisadores das diferentes áreas do saber, surgindo inclusive uma área específica, a oncologia.

Segundo o dicionário Priberam de Língua Portuguesa (2012), Oncologia é uma palavra de raiz grega, onde – onco (*óγκος*) significa: massa, peso, volume. Exprime a noção de tumor ou cancro e – logia (*λογος*): palavra, discurso, linguagem, estudo, teoria + -ia. Elemento que exprime a noção de estudo. A Oncologia é então uma ciência que estuda o câncer, buscando entender como ele se forma, se instala e avança. Um tratamento adequado para um caso de câncer deve contar com uma equipe multidisciplinar, composta por profissionais como o cirurgião oncológico, radioterapeuta, psicólogo, o assistente social entre outros.

Já a palavra neoplasia, segundo o dicionário Priberam de Língua Portuguesa (2012), é definida como: *neo* – cujo significado é novo e – *plasia*, palavra vinda do grego, que significa modelação ou formação, sendo assim, as neoplasias são novas formações que podem ser benignas ou malignas. As neoplasias manifestam-se em diferentes partes do corpo, porém alguns órgãos são mais propícios a infecções do que outros, podendo ser acometidos por diferentes tipos de neoplasias sejam elas benignas ou malignas. De acordo com o Instituto Nacional de Câncer – INCA (2012), os principais tipos de câncer são classificados em: Anal, Bexiga, Boca, Colorretal, Colo do Útero, Esôfago, Estômago, Fígado, Infantil, Laringe, Leucemia, Linfoma de Hodgkin, Linfoma não-Hodgkin, Mama, Ovário, Pâncreas, Pele Melanoma, Pele não Melanoma, Pênis, Próstata, Pulmão, Testículo e Tumores de Ewing.

Dentre os tipos de neoplasias, este estudo é voltado para as neoplasias malignas infantis, que diferem um pouco daquelas que ocorrem em adultos. Entre as crianças, os tipos mais frequentes de câncer são leucemias, tumores do sistema nervoso central e linfomas e neoplasias ósseas.

Segundo Petrilli e outros autores (1997) as faixas etárias mais propensas no desenvolvimento de câncer são as precoces, ou seja, 0 a 4 anos. Porém, os linfomas, carcinomas e neoplasias ósseas, atingem crianças com idades entre 10 e 14 anos de idade. Sua evolução tem uma característica peculiar, pois do início do problema até a aparição das características básicas o período de tempo é muito curto, eles também crescem rapidamente, além de serem invasivos. Verifica-se, portanto, a necessidade de uma melhor compreensão acerca da neoplasia para que seja possível o desenvolvimento de métodos eficazes de intervenção.

## 1.2 EPIDEMIOLOGIA DA NEOPLASIA INFANTIL

Em nível mundial, o câncer tem uma prevalência de 0,5% a 3% entre as crianças, se comparadas à população em geral. No Brasil, 12 a 13 mil crianças são acometidas por algum tipo de neoplasia maligna. Acredita-se que 70% das crianças com essas neoplasias podem vir a ser curadas. Porém, o diagnóstico deve ser feito de forma precoce, e depois tratado em centros especializados. Segundo o Ministério da Saúde e o Instituto Nacional de Câncer (INCA), apesar de a doença ser a terceira causadora de mortes nas crianças menores de 14 anos de idade, as taxas de sobrevivência estão crescendo, passando de 25% nas décadas de 60 e 70, e chegando a 80% no ano de 1997 (INCA, 2012).

Dentre os tipos mais frequentes de câncer infantil, a leucemia é mais comum entre menores de 15 anos, principalmente a leucemia linfocítica aguda (LLA). Entre os tumores do sistema nervoso central, os tipos mais comuns são o astrocitoma e o meduloblastoma; com predominância no sexo masculino, e ocorrem principalmente em crianças menores de 15 anos, com um pico de idade de 10 anos, e representam

cerca de 20% dos tumores infantis. E, por fim, os linfomas que são responsáveis pelo terceiro tipo de neoplasias malignas pediátricas (INCA, 2012).

Na América Latina o câncer representa 0,5% a 3% do total de neoplasia malignas em crianças e adolescentes, enquanto que na Europa, países como a Alemanha, Espanha e Suíça possuem registros particularizados em neoplasias malignas infantis e projetos que possuem um banco de dados com informações a respeito de todas as neoplasias infantis registrados nesses países europeus (OLIVEIRA SILVA, 2012).

Compreender as fases da neoplasia, bem como sua incidência é de suma importância no estudo do câncer infantil. Com isso, criam-se novas possibilidades para que as diferentes áreas da saúde busquem refletir não apenas os aspectos clínicos-epidemiológicos da doença, mas, também, os aspectos sociais. O câncer deve ser estudado não somente pela medicina e enfermagem, mas pelos novos profissionais de psicologia, serviço social, educação física, nutrição, terapia ocupacional entre outros que poderão contribuir com seus saberes particulares para a melhoria da qualidade de vida não só da criança acometida pela doença, mas também da família e até da equipe médica (CARVALHO, 2010).

### 1.3 A NEOPLASIA INFANTIL

A neoplasia é uma doença genética que ocasiona uma divisão e proliferação desordenada de células que sofreram mutação em seu material genético (CARDOSO, 2007). Pode ocorrer em qualquer parte do organismo e as neoplasias são geradas pelo acúmulo das células, ou seja, são formadas a partir do agrupamento de células anormais, que uma vez formadas serão destruídas pelo organismo, permanecerão como neoplasias benignas ou se transformarão em neoplasias malignas. Tudo dependerá do sistema imunológico do indivíduo, que será influenciado por diversos fatores de risco (ABC, 2012).

Os fatores de risco que podem levar ao surgimento da doença, no caso de câncer infantil, ainda não estão claros o suficiente, por outro lado, no caso do câncer em adultos sabe-se que fatores hereditários e ambientais, estilo de vida, hábitos alimentares e os aspectos emocionais são os fatores que potencializam o desencadear da doença. Dessa forma, o diagnóstico precoce do câncer infantil torna-se ainda mais importante para que se inicie um tratamento logo na fase inicial (ABC, 2012).

As questões relacionadas ao tratamento do câncer, a como lidar com essa doença, cresceram e com isso o interesse nos aspectos infantis também, recebendo inclusive novos enfoques (FRANÇOSO, 2001). A dimensão psicossocial da doença e do adoecer, bem como o tratamento e as consequências, também, cresceram significativamente (REED, 1991).

Muitas vezes os sintomas do câncer infantil se confundem com os de outras doenças comuns na infância, por exemplo, dores de cabeça, caroços no pescoço, nas axilas e na virilha, manchas na pele, febre constante, dores nas articulações e vômitos, manifestações estas que poderiam facilmente ser diagnosticadas em doenças como, por exemplo: virose, rubéola, catapora, caxumba e sarampo (CARVALHO, 2010). As semelhanças com essas outras patologias influenciam na demora na procura de um médico especialista, tendo como consequência o retardo no diagnóstico precoce do câncer, prejudicando, inclusive, a evolução do tratamento. Sendo assim, é de grande relevância que os pais estejam sempre atentos a alterações ocorridas com a criança.

O adoecimento é um acontecimento doloroso, inesperado e traz o medo da perda, principalmente no diagnóstico do câncer, que está associado à morte iminente ou, na melhor das hipóteses, pode causar sequelas físicas e psíquicas que serão marcantes (CARVALHO, 1994). Além disso, há uma mudança drástica na rotina da criança, alterando seus hábitos, costumes e relações, uma vez que sua vida fica limitada ao que é imposto pelo tratamento – hospitalizações e uma série de exames e procedimentos médicos – tomando lugar nas suas vidas diárias, fora as próprias limitações da doença (CARVALHO, 1994; MENEZES et. al., 2007). Por essas e outras questões a criança sente-se angustiada, temerosa, insegura, desmotivada, com medo e até revoltada pela condição que se encontra, no entanto essas características não servem de regras gerais, pois cada criança pode reagir de maneira diferente (KOWALSKI, 2002).

Segundo Dávila (2006), quando uma criança é diagnosticada com câncer a reação delas vai depender de como os pais reagem diante da notícia. Os pais, geralmente, são os primeiros a precisarem de apoio e orientação, pois as crianças ainda não conhecem o diagnóstico. Muitos, pais, por não terem uma estrutura emocional forte, entram num estado de desespero e transmitem isso à criança. Por outro lado, quando a família está bem estruturada e orientada, os pais saberão ter o manejo adequado da situação para que a criança tenha o sofrimento reduzido e os efeitos do adoecimento serão menos prejudiciais. Para o autor, é somente com o início do tratamento que a criança se defronta com a doença, pois sua vida muda completamente e fica limitada, tendo que deixar de lado todas as atividades que realizava anteriormente (DÁLIVA, 2006).

Romano (1999) diz que:

[...] a ignorância sobre a verdadeira condição é que alimenta a fantasia dos doentes, mobilizando sentimentos irracionais, e até desproporcionais de medo. "O conhecer os dissipa (se não, atenua), reforçando sentimentos de cooperação, confiança e esperança". Sendo assim, não revelar o que está acontecendo à criança, não impede que esta sofra e pode até ser pior, pois

ao saber que algo não vai bem e ao mesmo tempo não saber o que se passa, faz com que a criança imagine e fantasie inúmeras situações, que podem até mesmo ser piores que a situação real (ROMANO, 1999, p. 32).

Mesmo quando a criança não sabe do diagnóstico, a partir do esforço da família para protegê-la, ela percebe um clima diferente no ambiente familiar, o que a levará a uma reação (VALLE, 2001). Tal reação pode ser positiva ou negativa, desde a busca a alternativas fora das convencionais, ou a busca pela espiritualidade, por exemplo (LIBERATO e MACIEIRA, 2008). Os pais ao saberem da existência da doença, e de todos os mitos que envolvem o câncer, mudam seus comportamentos, mostrando que há algo errado, esse é o momento que a criança toma ciência da situação.

Mesmo em crianças, a incerteza em relação ao futuro surge após o diagnóstico de câncer. As modificações em sua vida, tanto relacionadas às perdas e afastamentos – amigos, irmãos, pais, escola – quanto à perda da privacidade e da autonomia já adquirida, bem como a modificação de sua autoimagem com o início do tratamento quimioterápico (perda de peso e de cabelo), geram emoções negativas como a raiva, a culpa, a altos níveis de ansiedade, tristeza profunda e mesmo a depressão. Além disso, em relação às alterações comportamentais a criança pode buscar isolar-se, seu rendimento escolar fica prejudicado e, muitas vezes, a criança não quer mais frequentar a escola (PEDREIRA; PALANCA, 2007).

É impossível falar da neoplasia infantil, especificamente do câncer, e não voltar-se a questões familiares, mesmo sabendo que a criança é aquela que mais sofre, afinal os danos atingem o campo biológico, social e psíquico dessas (CARDOSO, 2007). Contudo, o sofrimento, também, acomete de forma bastante intensa a vida dos familiares, inclusive, esses, também, precisam reorganizar suas vidas, pois são peças fundamentais no tratamento, acompanhamento e recuperação desses pequenos pacientes.

Tanto crianças como familiares passam por diversas fases, desde o pré-diagnóstico e as incertezas da doença até a confirmação do diagnóstico de câncer. Passam, também, pelo período do tratamento, ou seja, exames e idas e vindas a hospitais, depois as possíveis recaídas e por fim a alta da criança ou então o óbito.

#### **1.4 AS FASES DA NEOPLASIA**

Muitos autores apresentam teorias convergentes acerca das fases da neoplasia maligna na vida da criança e também da família, seja nos aspectos fisiológicos ou nos aspectos emocionais (NASCIMENTO, 2005; MENEZES, 2007; AMARAL, 1994). Independente da abordagem ou enfoque que determinado autor venha a utilizar, há

uma divisão em três momentos que é a mais utilizada pela maioria deles, são elas: a fase do diagnóstico, a fase do tratamento, e a fase final (CARVALHO, 2002; DO VALLE, 2001) ou fase aguda, fase crônica e fase de resolução (RIBEIRO, 1994).

O diagnóstico é um dos momentos mais cruciais e difíceis, tanto para a criança como para a família, uma vez que, geralmente, desencadeia um estado de choque e um caos para a família, interferindo na rotina de muitos familiares, tanto que muitos pais param de trabalhar, mudam seus hábitos e o estresse aumenta (MATTHEWS-SIMONTON, 1990). Nesse período de diagnóstico as questões do luto começam a aparecer, mesmo sem a criança ter iniciado ainda o tratamento e/ou ter passado por avaliações médicas. Mesmo sem a anúncio do quadro clínico e do prognóstico ter sido realizado, a família e amigos começam a passar por um luto antecipatório (PARKES, 1998). É um momento que não é fácil pra ninguém, inclusive para o organismo da criança que passa por transformações complexas, cujas células não sabem a que órgãos pertencem, o que devem fazer e até onde devem crescer (AMARAL, 1994).

Acontece um misto de emoções, medo, dor, ressentimento, agressividade, desespero e tristeza. O medo inclusive tenta ser camuflado por muitos, não sendo esta uma conduta positiva. O mais adequado é expor esse medo para que o sentimento de solidão não tome conta da vida do sujeito, acarretando inclusive outros tipos de medo, por exemplo, medo das pessoas, medo de dirigir, medo do mundo em geral (AMARAL, 1994).

Ainda sobre os sentimentos vivenciados outros autores, também, apontam para o surgimento do medo, e acrescentam questões acerca da raiva, sentimento que muitas das vezes é passada pelos sujeitos, mas não são expostos. A insegurança e o não saber o que fazer, também, gera um conflito, principalmente nos pais, que ficam desorientados quanto à imposição ou não de limites, se devem deixar a criança fazer o que bem entende. No entanto, ao tomar a decisão de deixar a criança fazer somente o que quer, pode ser gerado nesta criança um sentimento de desconfiança, levando-a a acreditar que só está sendo liberada de fazer suas vontades, porque está mal. Já quando os pais impõem os limites devidos à criança sente-se na sua antiga realidade (SIMONTON et. al., 1987).

Depois de o diagnóstico ser encarado e aceito, começa a busca de informações sobre a neoplasia em questão, as formas de tratamento disponíveis, as opções de cura e as chances de sobrevivência e quais os imprevistos que podem ser encontrados ao longo dessa nova fase. Busca-se solucionar as dúvidas básicas, por exemplo, o que devo fazer? Como agir? O que não posso fazer? Dando origem a um momento de angústia, afinal o novo e desconhecido tem esse poder (VALLE, 1994). Muitos não conseguem guardar informações básicas, pois se sentem atordoados, fecham-se no próprio mundo e não conseguem perceber as possíveis ajudas vindas de amigos, e até mesmo de outros profissionais.

Inicia-se um novo período, o tratamento, e as técnicas utilizadas precisam ser repassadas de forma clara e objetiva, buscando-se entender a real situação do problema para com isso nortear a utilização das diferentes técnicas, por exemplo, saber o quadro clínico da criança, o tipo de câncer, entre outros. Em suma o tratamento tem início a nível ambulatorial, tendo como ponto de partido os mais diversos exames para depois ser escolhida a melhor técnica. As mais conhecidas são a Cirurgia do Câncer, Radioterapia, Quimioterapia e a Imunoterapia. (YAMAGUCHI, 1994).

Em caso da única opção ser a cirurgia, é necessário que se discuta com o paciente e os familiares as consequências que podem vir a ter, como as mutilações de partes do corpo. Existem cirurgias em que é impossível não se retirar uma parte do corpo do paciente, como seios, perna, braço. Diante desse fato, surgem novas questões relacionadas à imagem do sujeito, pois a autoestima de muitos se relaciona ao como se vêem no espelho. Assim, ser claro com o paciente e a família nos casos de necessidade de mutilação é um procedimento de extrema importância (YAMAGUCHI, 1994).

Outra técnica utilizada no tratamento do câncer é a radioterapia. Ela é um tratamento local (CARVALHO, 2010), cuja utilização de partículas serve para curar o câncer, por meio de radiação. Porém, existem algumas complicações com essa técnica, pois a mesma melhora o local específico, mas termina comprometendo os locais vizinhos o que, na maioria das vezes, ocasiona efeitos colaterais (LOPES, 2000). Um desses efeitos diz respeito aos problemas de aprendizagem em crianças tratadas com a radioterapia. Os processos de radioterapia são intrusivos, e deixam a criança mais debilitada e vulnerável (MENEZES, 2007).

Já a quimioterapia é um tratamento sistêmico que utiliza substâncias químicas, os medicamentos, para atingir as células malignas e, mesmo as células normais, também, são atingidas. Nas sessões de quimioterapia busca-se curar a doença, contudo, em algumas situações elas visam diminuir a velocidade com que o câncer possa evoluir, diminuindo inclusive, o tamanho da neoplasia antes da cirurgia e podendo ter meramente uma função paliativa (CARVALHO, 2010). A quimioterapia é um procedimento invasivo que pode provocar algumas reações como vômitos, característicos desse período na vida da criança (MENEZES, 2007).

Percebida a técnica que melhor se enquadre às necessidades da criança, inicia-se a necessidade de adaptação a essa nova realidade, afinal este é o único meio pelo qual a cura pode ser alcançada. A criança e a família vivem uma ambiguidade entre aceitar o novo e enfrentar de forma eficaz ou simplesmente ceder à depressão, ao desespero, tornando a qualidade de vida cada vez mais deteriorada. Segundo Carvalho (1994, p. 143) "com a energia revigorada pela expressão dos sentimentos e com vontade de viver, ajudamos nossas células boas a se fortalecer para enfrentar as más".

Em muitos casos, quando tudo parece estar bem na vida da criança, surge um novo curso da doença e a criança é obrigada a submeter-se a uma nova hospitalização, surge mais uma vez os sentimentos outrora vivenciados, a perda da autoconfiança, esquecem-se das conquistas anteriores, nasce mais uma vez o sentimento de morte. Contudo, busca-se força e, para alívio da criança, os mecanismos de defesa reagem, proporcionando uma nova energia para passar pelo processo de manutenção (CARVALHO, 1994).

A última fase é o período de manutenção, no qual a criança e a família buscam voltar as suas atividades normais, uma vez que neste período já aprenderam a lidar com o diagnóstico, o primeiro susto, também, foi superado, é o momento de restabelecer a autoconfiança. Quando percebida a melhora da criança, o médico, a libera para voltar ao convívio social. As inseguranças surgem, mais uma vez, na cabeça das crianças e dos familiares, o medo de qualquer doença piorar seu quadro clínico entre outros fatores (LESHAN, 1992).

A fase final das neoplasias assume um caráter dualístico, pois pode trazer a cura do câncer ou a morte. Os sentimentos nesse período variam entre desesperança e confusão, ou então, insônia e ansiedade. Compreender as fases da neoplasia, os casos existentes, bem como suas ocorrências, são aspectos de suma importância para acadêmicos, profissionais da saúde, familiares, parentes, amigos e, também, portadores de algum tipo de neoplasia.

## 2 PSICO-ONCOLOGIA

A Psico-oncologia surge com uma área emergente entre a Oncologia e a Psicologia da Saúde (GIMENES, 1994). Sendo um campo de contribuição científica e profissional, com alguns objetivos delimitados, entre eles, a promoção e manutenção da saúde; o tratamento e principalmente a prevenção da doença; a identificação das causas de uma determinada doença e seu diagnóstico; a atuação no sistema de política social da saúde e, finalmente, como o profissional deve lidar com a família e o paciente em fase terminal (CARVALHO, 2002).

Segundo Holland (1990, apud Carvalho, 2002, p. 3), a Psico-Oncologia é,

[...] uma subespecialidade da oncologia, que estuda as duas dimensões psicológicas do câncer: (1) o impacto do câncer no funcionamento emocional do paciente, sua família e dos profissionais envolvidos em seu tratamento; (2) o papel das variáveis psicológicas e comportamentais na incidência e na sobrevivência do câncer.

Num passado remoto, as preocupações relacionadas a um paciente com câncer estavam voltadas para o tempo de sobrevida e/ou voltadas para a efetividade do tratamento. A partir do surgimento da psico-oncologia aspectos como a qualidade de vida do paciente e de sua família, enfrentamento das adversidades geradas pelo adoecimento começa a fazer parte das preocupações e ações da equipe multidisciplinar.

De acordo com Bearison (1994), a Psico-oncologia se constitui como uma ferramenta indispensável na promoção da qualidade de vida e nos processos de enfrentamento de eventos estressantes e até aversivos, por exemplo, o tratamento prolongado, a utilização invasiva dos fármacos e seus efeitos colaterais, as desmotivações do paciente, entre outros. A preocupação com os familiares nas diferentes etapas do tratamento contribuíram com o fortalecimento dessa área.

As funções do psicólogo diante dos quadros de neoplasias, inclusive as infantis, devem visar o favorecimento à adaptação dos limites e das mudanças impostas pela doença; deve buscar a adesão ao tratamento; procurar auxiliar no manejo do estresse e da dor, física e emocional, tanto do paciente quanto de sua família; ajudar no momento de tomada de decisões; preparar psicologicamente o paciente para a realização de procedimentos invasivos dolorosos, e, enfrentamento de possíveis consequências dos mesmos; como também, promover melhoria da qualidade de vida do paciente acometido pelo câncer e de seus familiares (HERMAN, 2007).

A psico-oncologia não se preocupa em ter uma abordagem específica, pois se propõe a ultrapassar os limites da prática psicoterápica, sendo então a sala de espera do hospital, a enfermaria, a sala de procedimentos, a casa do paciente, entre outros, o local cujo profissional trabalhará de maneira interdisciplinar (BEARISON, 1994).

Levando-se em consideração que o câncer é apontado como a terceira causa de morte em crianças e adolescentes brasileiros com idade entre 1 e 14 anos (RODRIGUES e CAMARGO, 2003), parece lógico que os aspectos psicológicos relacionadas a essa doença e a seu tratamento sejam estudados de forma intensa.

Segundo Costa Junior (2001, p. 38 e 39):

A intervenção em psico-oncologia é baseada em modelos educacionais e não em modelos médicos ou clínicos que enfatizam estruturas patológicas e atendimentos terapêuticos individuais. O profissional, no contexto da psico-oncologia, deve priorizar a promoção de mudanças de comportamento relacionadas à saúde do indivíduo. A experiência de tratamento deve se constituir em uma condição de aprendizagem sócio comportamental e cognitiva para o paciente; cabe ao psicólogo demonstrar que os repertórios de comportamentos

adquiridos no contexto do tratamento podem ser úteis em diversas situações de risco, mesmo aquelas distantes do contexto de doenças e tratamentos médicos, a que o indivíduo for submetido.

A intervenção em Psico-Oncologia proporcionará ao sujeito, mecanismos que poderão ser utilizados a um longo prazo e mesmo após a cura do câncer ele poderá utilizar cada um desses, pois o trabalho educativo e suas funções preventivas, bem como as estratégias de *coping* e as intervenções comportamentais representam materiais ricos em conhecimento para o paciente e a família (AZEVEDO, 2004).

Gimenes (1994) propõe quatro níveis de intervenção. O primeiro deles visa educar e prevenir sobre o câncer, promovendo mudanças de atitudes, comportamento e hábitos alimentares; consciência política, pois o controle do câncer não é trabalho apenas de profissionais de saúde, mas de políticas públicas que visem diminuir a incidência da doença; educar a população sobre as questões do estresse, tendo em vista que esse, inclusive, tem uma relação direta com o câncer, segundo estudos (VOGEL e BOWER, 1991).

O segundo Nível diz respeito à educação para detecção do câncer, informando a população sobre os riscos do câncer, promovendo conscientizações para a realização de exames periódicos, treinamento de profissionais para a saúde pública. No terceiro nível as questões voltam para o enfretamento, pois nesse período as intervenções visam maximizar as chances dos tratamentos para o sucesso, ou seja, incentivar o paciente a adesão do procedimento necessário. A última intervenção aborda questões com a morte, atendendo as necessidades emocionais das pessoas, auxiliando na resolução de problemas, apoiando a família, a equipe e o paciente (GIMENES, 1994, p. 49-53).

Ao colocar todas essas questões acerca do tratamento da neoplasia maligna infantil, percebe-se a necessidade de tratamentos e instrumentos cada vez mais humanizados e profissionais focados nas questões do cuidar (VASCONCELLOS, 2006; HART, 2008).

### **3 A PSICOLOGIA HUMANIZADA E SEUS TRATAMENTOS**

Atualmente, os profissionais da equipe multidisciplinar, têm procurado novas formas de tratar a criança e compreender seu sofrimento, abrangendo inclusive os aspectos físicos, psicológicos e sociais (COSTA, 2002). Os tratamentos humanizados estão nesse cenário, para auxiliar no tratamento do câncer infantil cujo processo é lento e doloroso – além dos danos físicos, há, também, o sofrimento psicológico – visto que as mesmas são privadas do contato e aconchego dos pais e demais familia-

res, ficando isoladas e sozinhas com suas dores, muitas vezes por períodos bastante prolongados (CARVALHO, 2010).

Ao falarmos de humanização, é necessário corroborarmos acerca de algumas esferas envolvidas nesse processo, o hospital, a equipe, o paciente e a família (FREIRE; PETRILLI; SONSOGNO, 2007). A Psico-Oncologia se junta nesse processo para então fortalecer as equipes multidisciplinares, dentro dos hospitais, aumentando, ainda mais, a atenção e cuidado para estas crianças:

Percebe-se que nos últimos anos, a relevância dos aspectos psicológicos no processo de adoecimento tem sido cada vez mais reconhecida pelos profissionais de saúde e conseqüentemente a importância do psicólogo no ambiente hospitalar. É imprescindível falar deste tema devido ao fato de que a hospitalização é uma das etapas vividas pela criança com câncer durante seu tratamento e a presença do psicólogo nesta situação é extremamente necessária. Hoje, é inadmissível não reconhecer que a doença é resultado de uma interação constante entre mente e corpo e influenciada por diversos fatores, que vão além do biológico e incluem fatores psicológicos, sociais e culturais (CARDOSO, 2007, p. 12).

Pedreira & Palanca (2007) descrevem as particularidades dos momentos referentes ao tratamento da criança com câncer e todas as alterações psicossociais que estes eventos podem provocar. São eles:

Hospitalizações: provocam o distanciamento da criança do ambiente familiar, dos amigos e da escola, este último resultando em resultados negativos no rendimento escolar e na socialização.

Procedimentos médicos: por ter um caráter invasivo e doloroso, são causadores de muito estresse e de sentimentos de impotência da criança. Podem provocar alguns distúrbios psiquiátricos, como as fobias.

Efeitos colaterais: são diversos os efeitos colaterais provocados pelo tratamento do câncer. Náuseas, vômitos, queda de cabelo, úlcera, ganho de peso, amputação, danos cerebrais e atraso no crescimento são alguns desses efeitos. Podem, ainda, acarretar distúrbios referentes à visão, memória, atenção, cognição etc.

Acompanhamento em longo prazo: refere-se às consultas médicas que devem ser mantidas por longos períodos, apesar da remissão da doença.

A hospitalização afeta o desenvolvimento emocional da criança, vez que quebra a rotina deixando-a para trás do mundo com o qual estava adaptada, ou seja, a criança é afastada de sua casa, dos pais, dos irmãos, dos amigos, da escola, dos seus brinquedos, e precisam se adaptar a uma nova realidade nada agradável (NASCIMENTO, 2005).

Sobre a equipe de profissionais, é preciso que haja um comprometimento com os princípios éticos e científicos da profissão. O compromisso envolve, principalmente, o trabalho em equipe, ou seja, o grupo multidisciplinar. Esse grupo precisa entender e compreender os diferentes enfoques no atendimento clínico, tarefa essa que seria árdua e complicada se fosse deixada apenas para um profissional (BRASIL, 2010).

Sabe-se que mesmo com a proposta de humanização nos ambientes hospitalares, a criança que está nesse processo de adoecimento, internação e tratamento irá sofrer e vivenciar situações inerentes ao ambiente. Acredita-se que os efeitos negativos podem ser minimizados com a presença da mãe (ou cuidadora) acompanhando a criança durante a internação. Porém muitos profissionais da saúde ainda levam em consideração os aspectos emocionais que a doença e a internação produzem (CHIATTONE, 2003). Acerca das questões estruturais da instituição, é necessário que haja uma preocupação com a ambientação, podendo ser sugerido um local colorido e que favoreça o desenvolvimento infantil, por exemplo, as cores utilizadas, o tipo de luz, os brinquedos, tudo pode contribuir para uma humanização dentro dos hospitais.

Pensado as questões acerca da equipe de profissionais e do ambiente no qual a criança será inserida e submetida a um período difícil de sua vida. É de fundamental importância pensar na individualidade e história de cada sujeito. Assim, “quando se pretende promover a humanização dos serviços de saúde, há necessidade de incluir todas as dimensões da subjetividade do usuário: psíquicas, familiares, culturais e sociais” (BRASIL, 2010).

Para Lopes e Pinheiro (1993):

A criança, muitas vezes, é vista na instituição hospitalar como um adulto pequeno; portanto, não sendo propiciadas condições diferenciadas na sua assistência, levando-a, em algumas situações, a manifestar comportamentos de repúdio à terapêutica prescrita, atitudes de alheamento ou, ao inverso, de agressividade, no seu processo de comunicação com as demais crianças e com a equipe (LOPES e PINHEIRO, 1993, p. 6).

Dessa forma, entende-se que humanizar a assistência prestada à criança com câncer é compreendê-la enquanto um ser biopsicossocial, respeitando sua individualidade e seu direito de ser criança. Pensado a respeito da criança é hora de voltar a atenção para os familiares.

As mães, que estão presentes, carregam angústia e medo em seus olhares. Segundo Winnicott (1980) a mãe também necessita de proteção e esclarecimento para melhor oferecer cuidado ao seu filho, precisa também do melhor que a ciência mé-

dica possa oferecer no que se refere aos cuidados físicos. “Necessita de um médico e uma enfermeira que sejam seus conhecidos e em quem deposite confiança” (WINN-NICOTT, 1980, p. ?).

Para Chiattonne (2003), a privação de estar com a mãe é a pior experiência que a criança pode vivenciar enquanto está internada, isso se agrava quando ela não recebe o cuidado e o carinho necessários e adequados da equipe de saúde que poderia contribuir para minimizar a ausência materna. A autora destaca ainda que as vivências de cada criança são diferentes, pois sofrem influência da idade da criança, do estado emocional no momento da internação, do seu relacionamento prévio com a mãe, das estratégias de *coping* que já desenvolveu, da atenção da equipe de saúde, de experiências prévias de internação, entre outros fatores.

Portanto, observa-se a importância da equipe estar preparada para lidar com uma criança com câncer, para tratá-la como um indivíduo e não como um objeto, principalmente devido à situação de passividade e dependência, própria da criança doente. E, nas palavras de Mitre (2000, p. 10), “quando lidamos com doença, o brincar aparece como uma possibilidade de organização desse caos”.

Em virtude desses fatores citados anteriormente, é de fundamental importância pensar novas formas de salvaguardar que o processo de tratamento do câncer infantil possa ser o menos traumático possível, e que esse possibilite não apenas a cura da doença, enquanto fator biológico, mas, também, sua recuperação biopsicossocial.

Os tratamentos tradicionais para as neoplasias são a quimioterapia, radioterapia e cirúrgico (CARVALHO, 1994). Não cabe questionar qual deles é o mais significativo e/ou melhor, contudo, faz-se necessário ressaltar as novas técnicas de intervenções utilizadas na complementação do tratamento das neoplasias malignas na infância (HART, 2008) que surgem a partir da humanização no tratamento das neoplasias. Alguns recursos, atualmente utilizados são: os Recursos Lúdicos (BORGES e NASCIMENTO, 2008); Ambientoterapia (OSÓRIO, 1982); Arteterapia (VASCONCELLOS, 2006) e Musicoterapia (FERREIRA, 2002).

Segundo Borges e Nascimento (2008), ao se utilizar recursos lúdicos no hospital, possibilita-se uma melhoria no processo de adaptação da criança, uma vez que ela sofrerá uma série de transformações a partir do momento da internação. Assim, pode-se pensar que o brincar servirá como uma excelente estratégia para a criança enfrentar a hospitalização. Neste contexto, o ato de brincar possibilitará o preenchimento das necessidades cognitivas e emocionais da criança num período tão cheio de sofrimento, auxiliando no tratamento. Para os autores, o brincar proporciona uma gama de efeitos positivos na vida da criança, sejam eles catalisadores no processo de recuperação e adaptação ou amenizando o sofrimento hospitalar e favorecendo a comunicação entre a equipe médica, auxiliando, inclusive, na aceitação do tratamento.

Lindquist (1993), em um estudo com crianças internadas, verificou que a utilização dos recursos lúdicos, alteram o comportamento dos pacientes e as ansiedades, agressividades e perturbações dão lugar a satisfação e espontaneidade, eis que o ambiente hospitalar torna-se mais humanizado, favorecendo a qualidade de vida e influenciando de maneira positiva na recuperação.

Os recursos lúdicos garantem a alegria das crianças e torna-se um espaço terapêutico, proporcionando benefícios não só para o enfrentamento do câncer, mas para vida. Pois nesse momento elas aprendem conhecimentos sobre o mundo e desenvolvem a sociabilidade. Nos aspectos biológicos o brincar proporciona a criança o esquecimento da doença, fator que contribui para o aumento da imunidade delas, pois elas conseguem se recuperar mais rápido, bem como uma melhor oxigenação, induzindo ao relaxamento (PEDROSA, 2007; BORGES; NASCIMENTO, 2008).

Não se pode confundir a recreação com a atividade lúdica, pois a primeira tem o objetivo de ocupar o tempo das crianças, já o segundo é uma forma psicoterápica. Dentre as técnicas utilizadas nessa psicoterapia estão o ensaio comportamental, momento em que é oferecido materiais (brinquedos) para a criança manipular, e posteriormente, expressar seus temores e ansiedades, com base no material que lhe foi dado; Imaginação/ distração, momento cuja criança é levada a criar uma história com um herói pelo qual ela sente admiração, este por sua vez precisará ajudá-la a enfrentar as ansiedades adquiridas no hospital. Tais recursos servem de técnica para os profissionais compreenderem o universo e imaginário infantil, não sendo invasivo ou cobrando respostas das crianças, mas obtendo essas respostas de maneira sutil (MOTTA; ENUMO, 2004).

Dessa forma, a equipe multiprofissional de saúde pode criar condições e elaborar um espaço lúdico onde a realidade vivenciada pela criança, principalmente no período de hospitalização, seja envolvida pelo imaginário, com isso o processo de elaboração e aceitação é facilitado.

O estudo de Fontes e outros autores (2010), realizado com crianças hospitalizadas, sugere que o brincar interativamente proporciona à criança hospitalizada interagir com o ambiente hospitalar, expressar os seus sentimentos e emoções e provê recursos para a assistência humanizada. "A hospitalização poderá se tornar menos traumática e os efeitos negativos poderão ser minimizados se um programa desse modelo for implementado, colaborando com a humanização da assistência ao paciente e sua família" (FONTES et al, 2010, p. 8).

Carvalho e outros autores (2008) apresentam o resultado de um estudo com adolescentes entre 12 e 17 anos em tratamento de câncer. Os resultados apontam que alguns adolescentes podem apresentar dificuldades de convivência, devido às limitações impostas, no entanto outros apresentam habilidade para o enfrentamento de algumas adversidades.

Vale ressaltar que a família da criança com câncer, em especial a mãe, também está psicologicamente vulnerável às experiências decorrentes da doença, uma vez que é ela a principal interlocutora e cuidadora nesta situação, envolvendo as angústias resultantes de todo o processo que envolve a doença, desde o diagnóstico até o fim do tratamento (ORTIZ, 2003).

Verifica-se, diante do que foi visto, a participação do psicólogo na equipe de Oncologia Pediátrica é imprescindível, uma vez que o câncer não é apenas o adoecimento do corpo, é o corpo de um ser humano, de uma criança neste caso, uma criança que tem uma história, uma família, amigos, e que de um momento para outro é afastada de tudo isso. A equipe de saúde precisa estar atenta às necessidades básicas da criança, necessidade de cuidado, de atenção, de carinho, de brincar, enfim, necessidade de ser criança.

## 4 CONCLUSÃO

A partir dessa revisão de literatura foi possível compreender a amplitude que o assunto das neoplasias malignas representa, especificadamente no que diz respeito aos aspectos infantis. Há que se considerar que qualquer aspecto envolvendo crianças e adolescentes gera inquietações nos adultos, motivo esse que demonstra o crescimento do tema ao longo dos tempos. Foi possível perceber que o adoecimento dos filhos desencadeia, nos pais, sentimentos intensos de desestabilidade que, por sua vez, resultam nas necessidades de acompanhamentos psicológicos. Na literatura percebeu-se o crescimento de programas que auxiliassem o acompanhamento desses pais e de seus filhos.

A psico-oncologia possibilita o suporte necessário, bem como as devidas orientações a criança, aos familiares e a equipe médica por meio da promoção da qualidade de vida. Muitos ainda são os obstáculos a serem enfrentados acerca do tratamento das neoplasias malignas na infância, principalmente no que concerne aos tratamentos humanizados. Um primeiro passo foi dado e as equipes multidisciplinares e principalmente os profissionais de psicologia possibilitam o protocolo mais adequado no tratamento, indo desde a divulgação do diagnóstico, passando pelas etapas do tratamento até as fases finais seja ela a recuperação ou até mesmo a morte.

O objetivo de evitar um possível óbito e principalmente melhorar a vida da criança e da família durante os períodos do adoecimento proporcionaram o surgimento dos diferentes tratamentos humanizados, visando não substituir os tratamentos convencionais, mas possibilitar novas formas de promoções na qualidade de vida. Eis a relevância desta revisão da literatura, compreender, discutir, ensinar e mostrar os objetivos alcançados e aqueles que ainda precisam ser repensados, não só para os profissionais ou sociedade em geral, mas para as questões político-sociais.

## REFERÊNCIAS

ABC - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO CÂNCER. **Sobre o Câncer**. Brasil, 2007. Disponível em: <<http://www.abcancer.org.br/sobre.php?c=8&s=18&lang=16>>. Acesso em:

AZEVEDO, Deleuse Russi. **Psicooncologia e interdisciplinaridade**: uma experiência na educação à distância. Edipucrs, 2004.

BEARISON, David J. **Pediatric psychooncology**: psychological perspectives on children with cancer. Oxford University Press on Demand, 1994.

BLAYA, Marcelo. Ambientoterapia: comunidade terapêutica. **Arq. de Neuropsiquiatria**, 1963.

BORGES, Emnielle Pinto; NASCIMENTO, Maria do Desterro Soares Brandão; SILVA, Silvana Maria Moura da. Benefícios das atividades lúdicas na recuperação de crianças com câncer. **Bol. - Acad. Paul. Psicol.**, São Paulo, v.28, n.2, dez., 2008

BOZEMAN, Mary F.; ORBACH, Charles E.; SUTHERLAND, Arthur M. Psychological impact of cancer and its treatment. III. The adaptation of mothers to the threatened loss of their children through leukemia: Part I. **Cancer**, v.8, n.1, 1955, p.1-19

BRAGA, Patrícia Emília; CURADO, Maria Paula. Câncer na infância: análise comparativa da incidência, mortalidade e sobrevida em Goiânia (Brasil) e outros países Childhood cancer: a comparative analysis of incidence, mortality, and survival in Goiania. **Cad. Saúde Pública**, v.18, n.1, 2002, p.33-44.

BRASIL. Ministério da Saúde. Formação e intervenção, **Cadernos Humaniza SUS**, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRENTANI, Maria Mitzi et al. **Bases da oncologia; Basis of oncology**. Lemar Editora, 1998.

CAMPOS. Elisa Maria Parahyba. A Psico-Oncologia: Uma nova visão do câncer – Uma Trajetória. 2010. 155 p. TESE (Livre-Docência), Departamento de Psicologia Clínica, Universidade São Paulo, São Paulo, 2010.

CARDOSO, Flávia Tanes. **Câncer infantil: aspectos emocionais e atuação do psicólogo**. Rev. SBPH, v.10 n.1, Rio de Janeiro, jun. 2007.

CARVALHO, Maria Margarida. Psico-oncologia: história, características e desafios. **Psicol. USP**, São Paulo, v.13, n.1, 2002.

CARVALHO, Raquel Gomes de Melo. A psico-oncologia pediátrica: uma estratégia de acolher e amenizar o sofrimento da hospitalização infantil. 2010. 43f. TCC, (Graduação em Psicologia), Departamento de Psicologia, Faculdade do Vale do Ipojuca, Caruaru, 2010.

CHIATTONE, HB de C. A criança e a hospitalização. **A psicologia no hospital**, v.2, 2003, p. 23-100.

COSTA JUNIOR, Áderson L.. O desenvolvimento da psico-oncologia: implicações para a pesquisa e intervenção profissional em saúde. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v.21, n.2, june 2001.

COSTA, Juliana Cardeal da; LIMA, Regina Aparecida Garcia de. Crianças/adolescentes em quimioterapia ambulatorial: implicações para a enfermagem; Children and adolescents in outpatient clinic chemotherapy: nursing implications. **Rev. latinoam. enferm**, v.10, n.3, 2002, p. 321-333.

CRIST, W. M.; SMITHSON, W. A. The leukemias. **Textbook of Pediatrics**, ed, v.15, p.1452-1457, 2000.

DÁVILA, L. F. C. **El duelo del paciente infantil con cáncer**. 2006. Disponível em <[http://www.psicooncologia.org/articulos/articulos\\_detalle.cfm?estado=ver&id=83&x=91&y=>](http://www.psicooncologia.org/articulos/articulos_detalle.cfm?estado=ver&id=83&x=91&y=>). Acesso em: 22 set. 2012.

DO VALLE, Elizabeth Ranier Martins. **Psico-oncologia pediátrica**. Casa do Psicólogo, 2001.

FERREIRA, Deise Luci Barsotti. **Musicoterapia e câncer infantil**: resultado de uma experiência. Monografia de conclusão do curso de Bacharelado em Musicoterapia, da Universidade Federal de Goiás: Goiânia, 2002.

FERREIRA, EABF. **Musicoterapia e Câncer**: o canto da dor. Monografia (Especialização). Universidade Federal de Goiás, 1999.

FRANÇOSO, Luciana Pagano Castilho. **Vivências de Crianças com Câncer no Grupo de Apoio Psicológico**: Estudo Fenomenológico. 2001. 270f. Tese (Doutorado em Letras), Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2001.

FREIRE, Maristela do Carmo Barbosa; PETRILLI, Antônio Sérgio; SONSOGNO, Maria Cecília. Humanização em Oncologia Pediátrica: novas perspectivas na assistência ao tratamento do câncer infantil. **Pediatria Moderna**, v.43, n.5, 2007, p.225-236.

FROELICH, Tatiane Cristine. Psico-oncologia e terminalidade: casos em que o paciente é uma criança. **Jornada de Pesquisa em Psicologia**, 2011.

GIMENES, M. Glória G. Definição, foco de estudo e intervenção. **Introdução à psiconcologia**, v.2, 1994.

HART, Carla Fabiane Mayer. **Câncer**: uma abordagem psicológica. Porto Alegre: AGE Ltda, 2008.

HERMAN, A. R. S. **Câncer pediátrico**: impacto de intervenção psicoeducacional sobre enfrentamento e práticas parentais. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, SP, 2007.

HOLLAND, Jimmie C. History of psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. **Psychosomatic Medicine**, v.64, n.2, 2002, p.206-221.

HOLLAND, Jimmie C.; ROWLAND, Julia Howe (Ed.). **Handbook of psychooncology: psychological care of the patient with cancer**. New York: Oxford university press, 1990.

INCA - INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Particularidades do câncer infantil**. Brasil, 2007. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=343](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=343)>. Acesso em: 22 set. 2012.

KOWALSKI, Luiz Paulo. et al. **Manual de condutas diagnósticas e terapêuticas em oncologia**. 2.ed. São Paulo: Âmbito, 2002, p.285-286.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer** (TL Kipnis, Trad.) São Paulo, 1987.

LESHAN, Lawrence. **Câncer Como Ponto de Mutacao**. São Paulo: Grupo Editorial Summus, 1992.

LEVI, Rachel B.; DROTAR, Dennis. **Health related quality of life in childhood cancer: Discrepancy in parent-child reports**. **International Journal of Cancer**, v.83, n.S12, 1999, p.58-64.

LIBERATO, R. P.; MACIEIRA, R. C. **Espiritualidade no enfrentamento do câncer**. Temas em psico-oncologia, 2008, p.414-431.

LIMA, Regina Aparecida Garcia. **A enfermagem na assistência à criança com câncer**. AB, 1995.

LINDQUIST, Ivonny. **A criança no hospital: terapia pelo brinquedo**; The children at the hospital: play therapy. 1993.

LITTLE, Julian. **Epidemiology of childhood cancer**. IARC scientific publications, 1999.  
LOGIA. IN DICIONÁRIO da língua portuguesa. **Lisboa: Priberam Informática**, 2012.  
Disponível em: <<http://www.priberam.pt/DLPO/default.aspx?pal=logia>>. Acesso em:  
30 abr. 2013.

LOPES, G.; PINHEIRO, M.C.D. A influência do brincar na humanização da assistência de enfermagem à criança hospitalizada. **Rev. Bras. Enf. Brasília**, v.46, n. , 1993, p. 17-131.

LOPES, L. F.; CAMARGO, B. de; BIANCHI, A. Os efeitos tardios do tratamento do câncer infantil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.46, n.3, 2000, p.277-284.

MARQUES, Ana Paula Felipe de Souza. Cancer and stress: a study on children in chemotherapy treatment. **Psicol. hosp. (São Paulo)**, São Paulo, v.2, n.2, dez. 2004.

MATTHEWS-SIMONTON, Stephanie. **A família e a cura**. São Paulo: Grupo Editorial Summus, 1990.

MAUSNER, Judith S. et al. **Introdução à epidemiologia**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian 1999.

MENDONÇA, Nubia. Por que o câncer deve ser considerado como uma doença “própria da infância”. **J Pediatr**, v.76, n.4, 2000, p.261-2.

MENEZES, Catarina Nívea Bezerra et al. Câncer infantil: organização familiar e doença. **Rev. Mal-Estar Subj.**, Fortaleza, v.7, n.1, mar. 2007.

MITRE, Rosa Maria de Araujo; GOMES, Romeu. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. **Ciência e saúde coletiva**, v.9, n.1, 2004, p.147-154.

MORETTO, Cybele Carolina; CONEJO, Simone Peixoto; TERZIS, Antônio. O atendimento em uma instituição de saúde mental infantil. **Vínculo**, São Paulo, v.5, n.1, jun. 2008.

MOTTA, Alessandra Brunoro. Brincar no hospital: câncer infantil e avaliação do enfrentamento da hospitalização. **Psicologia, saúde & doenças**, v 3, n 1, 2002, p.23-41.

MOTTA, Alessandra Brunoro; ENUMO, Sônia Regina Fiorim. Brincar no hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. **Psicologia em estudo**, v.9, n.1, 2004, p.19-28.

MUTTI, Cintia Flores; PAULA, CC de; SOUTO, Marise Dutra. Assistência à saúde da criança com câncer na produção científica eira. **Rev bras cancerol**, v.56, n.1, 2010, p.71-83.

NASCIMENTO, Lucila Castanheira et al. Crianças com câncer e suas famílias. **Rev esc enferm USP**, v.39, n.4, 2005, p.469-74.

OLIVEIRA SILVA, Jane Kelly et al. Câncer Infantil: Monitoramento da Informação através dos Registros de Câncer de Base Populacional. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.58, n.4, 2012, p. 81-686.

ONCO. IN DICIONÁRIO da língua portuguesa. Lisboa: Priberam Informática, 2012. Disponível em: <<http://www.priberam.pt/DLPO/default.aspx?pal=onco>>. Acesso em: 30 abr. 2013.

ORMEZZANO, Graciela et al. **Questões de arteterapia**. Passo Fundo: UPF, 2004.

ORTIZ, Marta Cristina Meirelles. **À margem do leito: a mãe e o câncer infantil**. São Paulo: Arte & Ciência, 2003.

OSÓRIO, CSM. Ambientoterapia: atualização e perspectivas. **Rev. Psiquiátrica**. Porto Alegre, v.4, n.3, 1982, p.228-234.

OSÓRIO, Luiz Carlos. **Ambientoterapia na infância e adolescência**. Porto Alegre: Movimento, 1975.

PARKES, Colin Murray. **Luto estudos sobre a perda na vida adulta**. São Paulo: Summus editorial, 1998.

PARKIN, D. Maxwell et al. The international incidence of childhood cancer. **International Journal of Cancer**, v.42, n.4, 1988, p.511-520.

PEDREIRA, Jose Luis; PALANCA, Inmaculada. Psicooncología pediátrica. V.18, n.4, 2007.

PEDROSA, Arli Melo et al. Diversão em movimento: um projeto lúdico para crianças hospitalizadas no Serviço de Oncologia Pediátrica do Instituto materno. **Rev. Bras. Saúde Materno. Infantil (Recife)**, v.7, n.1, 200, p.99-1057.

PETRILLI, A. Sérgio et al. Diferenças clínicas, epidemiológicas e biológicas entre o câncer na criança e no adulto; Clinical, epidemiological and biological differences between cancer in children and in adults. **Rev. bras. cancerol**, v.43, n.3, 1997, p.191-203.

OLLOCK, Raphael E. et al. **UICC manual de oncologia clínica; UICC manual of clinical oncology**. John Wiley; Fundação Oncocentro de São Paulo, 2006.

REDD, William H. et al. Physiologic and psychobehavioral research in oncology. **Cancer**, v.67, n.S3, 1991, p.813-822.

RIBEIRO, Elisa M. Parahyba Campos. O paciente terminal e a família. In. CARVALHO. M. M. M. J. **Introdução à Psiconcologia**. São Paulo: Psy II, 1994.

RODRIGUES, Karla Emilia; DE CAMARGO, Beatriz. Diagnóstico precoce do câncer infantil: responsabilidade de todos. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v.49, n.1, 2003, p.29-34.

ROMANO, Bellkiss Wilma. **Princípios Para a Prática Da Psicologia Clínica**. Rio de Janeiro: Casa do psicólogo, 1999.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Introdução a epidemiologia**; Introduction to the epidemiology. 2002.

SCHWAB, Manfred. **Encyclopedia of cancer**. Springer Verlag, 2011.

SILVA, F. O; CRAVEIRO DE SÁ, L. Musicoterapia e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento ao estresse de adolescentes portadores de câncer. **Anais do 8º Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia**. [CD-ROM] Rio de Janeiro: CBM/CEU, 2008.

SILVA, Gisele Machado; TELES, Shirley Santos; VALLE, ERM do. Estudo sobre as publicações brasileiras relacionadas a aspectos psicossociais do câncer infantil-período de 1998 a 2004. **Revista brasileira de cancerologia**, v.51, n.3, 2005, p.253-261.

SILVA, Lucia Cecília da. Vozes que contam a experiência de viver com câncer. **Psicologia Hospitalar**, v.3, n.1, 2005, p.1-17.

SIMONTON, Stephanie; SIMONTON, Oscar Carl; CREIGHTON, James L. **Com a vida de novo**. Porto Alegre: Editorial Summus, 1987.

SVAVARSDOTTIR, Erla Kolbrun. Caring for a child with cancer: a longitudinal perspective. **Journal of Advanced Nursing**, v.50, n.2, 2005, p.153-161.

VALLE, Elizabeth Ranier Martins do. Vivências da família da criança com câncer. In. CARVALHO. M. M. M. J. **Introdução à Psiconcologia**. São Paulo: Psy II, 1994.

VASCONCELLOS, Erika Antunes; GIGLIO, Joel Sales. **Arte na psicoterapia**: imagens simbólicas em psico-oncologia. São Paulo: Vetor, 2006.

VOGEL, W. H.; BOWER, D. B. **Stress, immunity and cancer**. Stress and immunity (ed. Plotnikoff NP, Margo AJ, Faith RE, Wybran J), 1991, p.493-507.

WINNICOTT, D. W. **Crescimento e desenvolvimento na fase imatura**. A família e o desenvolvimento do indivíduo. Belo Horizonte: Interlivros, 1980.

---

**Data do recebimento:** 12 de novembro de 2013

**Data da avaliação:** 2 de dezembro de 2013

**Data de aceite:** 12 de dezembro de 2013

---

---

1 Graduanda do Curso de Psicologia da Faculdade Integrada Tiradentes – FITS.

2 Graduanda do Curso de Psicologia da Faculdade Integrada Tiradentes – FITS.

3 Professor do Curso de Psicologia da Faculdade Integrada Tiradentes – FITS.

E-mail: dmdelevati@gmail.com