# INTRODUÇÃO

O câncer é considerado um problema de saúde pública mundial, atingindo milhões de pessoas anualmente, apesar dos consideráveis avanços na área da medicina, que contribuem para uma detecção precoce e formas de tratamento cada vez mais modernas. Há algum tempo atrás, as preocupações relacionadas a um paciente portador de câncer eram direcionadas, principalmente, aos aspectos biológicos e ao tempo de sobrevida, não enfatizando os aspectos psicológicos e emocionais do paciente.

Entretanto, as recentes pesquisas na área da psico-oncologia, trouxeram esse novo enfoque, exigindo ainda mais dos profissionais da área e aprimorando o atendimento aos pacientes oncológicos e seus familiares.

A causalidade do câncer pode variar e o tratamento irá depender do tipo e estágio da doença. No entanto, o presente estudo ocupa-se por abordar alguns aspectos do câncer, em uma fase específica do desenvolvimento do indivíduo, a infância, considerando o estágio de terminalidade da doença.

O psicólogo hospitalar tem um trabalho amplo diante do acompanhamento de pacientes com câncer, pois a sua atuação compreende tanto a criança enferma, quanto sua família e a equipe multidisciplinar responsável pelo caso, enfatizando os aspectos psicológicos dos envolvidos. Desse modo, tem-se como principal objetivo demonstrar a importância do psicólogo hospitalar durante o tratamento da criança diagnosticada com câncer, em fase terminal. Além disso, como objetivos específicos, buscou assim compreender a importância da família nesse processo de tratamento e as maneiras que a criança encontra para expressar seus sentimentos em relação à doença e a morte.

A relevância da pesquisa se dá em razão da dimensão do sofrimento psíquico frente à iminência da morte na criança, pelo alto índice de mortalidade causado pelo câncer (responsável por mais de 12% de todas as causas de óbitos no mundo em seus diversos tipos e classificações) no Brasil e no mundo. Posto que a psicologia, de forma geral, lida com o sofrimento humano, o trabalho desse profissional mostra-se extremamente importante, sobretudo no ambiente hospitalar, onde os sentimentos evidenciados são os de fragilidade e submissão.

A atuação do psicólogo hospitalar se dá juntamente com a equipe multidisciplinar, sendo algumas de suas intervenções voltadas aos próprios

profissionais envolvidos no tratamento. A família também assume um papel de destaque nesse contexto, exigindo cuidados e fazendo com que o trabalho dos profissionais seja mais abrangente. Posteriormente, será comentado sobre as possibilidades de atuação do psicólogo hospitalar levando em consideração a complexidade da doença e da intervenção.

A partir dos objetivos, o trabalho está dividido em cinco capítulos. O primeiro capítulo versa-se na apresentação do conceito de câncer e alguns dados de sua prevalência nacional e mundial. O segundo capítulo tem o propósito de descrever as especificidades do câncer na infância, bem como os impactos acarretados pelo diagnóstico. Na sequência, discute-se sobre o câncer infantil em seu estágio terminal, considerando as implicações biopsicossociais da terminalidade. O terceiro capítulo propõe uma visão geral da morte, bem como sua significação para a criança enferma e sua família, abordando alguns aspectos sociais e históricos. No quarto capítulo busca-se compreender a importância da família e seu essencial papel junto a criança com câncer, bem como sua influência durante o tratamento. E no quinto e último capítulo, apresenta-se a oncologia pediátrica sob o enfoque da psicologia, adotando as contribuições de Angerami-Camon como principal referência teórica.

# REFERENCIAL TEÓRICO

**2.1 Câncer: Seu conceito e interesse para o campo da saúde**

O corpo humano é formado por células que se organizam em tecidos e órgãos. As células normais se dividem, amadurecem e morrem, renovando-se a cada ciclo. O câncer se desenvolve quando células anormais deixam de seguir esse ciclo natural, sofrendo alguma alteração/mutação que pode comprometer um ou mais genes (segmentos do Ácido desoxirribonucleico “DNA” responsáveis por controlar e transmitir as características e funções normais das células) de uma única célula. Quando danificada, ela se divide descontroladamente e produz novas células anormais (BRASIL, 2006).

Uma mutação como supracitado, pode acometer qualquer uma das células do organismo, o que possibilita ao câncer uma gama diversa de manifestação. São vários os tipos de câncer. No Brasil, os cânceres que mais atingem os adultos são os de pele do tipo não melanoma, pulmão, próstata, mama e do colo do útero.

Estimativas divulgadas pelo Instituto Oncoguia, para os anos de 2016 e 2017 no Brasil, apontam a ocorrência de aproximadamente 596.070 casos novos de câncer, incluindo os casos de pele não melanoma. Sendo que 49% dos diagnósticos acometerão as mulheres e 51% dos diagnósticos acometerão os homens, reforçando a magnitude do problema do câncer no país. (INSTITUTO ONCOGUIA, 2015).

A nível mundial, o número de diagnósticos de câncer vem aumentando dia a após dia. O câncer é responsável por mais de 12% de todas as causas de óbitos no mundo: mais de 7 milhões de pessoas morrem anualmente da doença.No ano de 2004, o índice de mortalidade por câncer no Brasil representou 13,7% de todos os óbitos registrados no país, de acordo com dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

Em razão desse índice, o câncer caracteriza-se por ser uma das doenças terminais mais comuns do mundo e assume a segunda posição no ranking das enfermidades que mais matam, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), perdendo apenas para as doenças cardíacas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2004)

Assim como existem diversos tipos de câncer, suas causas também são variadas, podendo advir por fatores causais de ordem intrínsecas ou extrínsecas ao indivíduo. As causas externas estão relacionadas aos “maus hábitos” e costumes próprios de um ambiente social e cultural, como a exposição excessiva e desprotegida aos raios ultravioletas, exposição a agentes químicos, exposição ao cigarro, sedentarismo, alimentação inadequada, consumo excessivo de álcool, entre outros. No que se refere às causas internas, estas relacionam-se aos fatores genéticos.

Considerado um problema de saúde pública mundial, o câncer não se restringe a uma idade ou fase da vida, podendo acometer também crianças e adolescentes, apresentando algumas distinções do diagnóstico na idade adulta. Tendo como principal objeto de estudo deste trabalho o câncer infantil, o tópico a seguir versará sobre suas especificidades em detalhes.

# 2.2 O câncer na infância: suas especificidades e diagnóstico

O câncer infantil é um termo genérico que se refere a “um grupo heterogêneo de doenças que apresentam taxas de morbi-mortalidade que dependem do tipo e da extensão da doença, da idade da criança e da efetividade da resposta inicial do tratamento” (RIBEIRO *apud* BEZERRAMENEZES *et al*., 2007, p.193). O câncer pediátrico apresenta sintomas muito semelhantes a outras doenças comuns dessa fase, o que dificulta ainda mais a sua detecção.

De acordo com o INCA (2015), no Brasil ocorrerão 12.600 casos novos de câncer em crianças e adolescentes no ano de 2017, sendo as regiões Sudeste e Nordeste as mais atingidas.

Segundo informações do Ministério da Saúde, o câncer pediátrico representa de 0,5% a 3% de todos os tumores na maioria das populações. Os tipos de câncer que atingem mais frequentemente as crianças se diferenciam também dos que acometem os adultos, sendo as leucemias os cânceres mais comuns na infância, atingindo com mais frequência a faixa etária dos 2 aos 5 anos de idade. Em segundo e terceiro lugar, estão os cânceres do sistema nervoso central e os cânceres do sistema linfático, respectivamente. (BRASIL, 2006)

No caso do câncer infantil, ainda não são claros os fatores de risco que podem desencadear ou ativar a doença. Ao contrário dos cânceres dos adultos, que além do fator hereditário, também é influenciado por fatores ambientais.

Assim como também há muita dificuldade em realizar um diagnóstico precoce da doença na infância, conforme destacam Petrilli (1995) *apud* Lanza (2008, p. 20).

O câncer infantil, embora não possa ser prevenido como os cânceres em adultos, é mais sensível aos tratamentos, facilitando a cura. Estudos colocam que a grande arma neste combate é o diagnóstico precoce. O conhecimento das biologias dos tumores tem facilitado a escolha de certas condutas terapêuticas. Mesmo com o auxílio da biologia molecular é difícil ocorrer o diagnóstico precoce, porque a doença às vezes não dá sinais e estes só aparecem quando a criança apresenta um quadro avançado de câncer.

O diagnóstico tardio é mais uma das especificidades do câncer na infância, o que dificulta ainda mais o tratamento. A criança pode vir a desenvolver sinais e sintomas somente quando a doença estiver num estágio mais avançado, o que demanda uma atenção especial dos pais e/ou cuidadores a qualquer sinal de adoecimento.

A doença é um evento inesperado e indesejável, e o câncer, dependendo do tipo e da precocidade do diagnóstico, pode causar sequelas físicas e psíquicas que serão marcantes para a criança. Além disso, ela tem sua rotina completamente alterada e todos os hábitos comuns próprios da infância tornam-se algo distante para ela devido às limitações que a doença e o tratamento impõem. (CARDOSO, 2007, p. 31).

No geral, ser diagnosticado com alguma doença, ainda que não seja crônica, traz implicações subjetivas importantes para o paciente, como também, essas implicações abarcam toda a família. A criança portadora de câncer pode reagir à doença de várias formas, dependendo de alguns fatores como sua idade, o estresse momentâneo em razão das dores sentidas, os traços de sua personalidade, entre outros. No entanto, a maneira pela qual seus responsáveis reagem à enfermidade tem grande peso para sua própria significação.

Em alguns casos, o paciente responde ao tratamento e os tumores desaparecem do organismo. Entretanto, há situações em que o paciente não reage

aos tratamentos convencionais, e a morte torna-se inevitável, caracterizando o estágio de terminalidade.

# 2.2.1. Câncer terminal na infância

O câncer carrega consigo a eminente ideia de fatalidade, além de questões relacionadas às mudanças físicas (imagem corporal) entre outras crenças influentes no tratamento (FROELICH, 2011). O câncer em sua fase terminal configura-se por não haver mais expectativas de cura, compreende-se como sendo o estágio da doença em que não há mais possibilidade de se restabelecer a saúde. Nesse sentido, a ideia de morte torna-se ainda mais evidenciada, afetando significativamente o estado emocional do paciente, de sua família e da equipe de saúde envolvida nesse processo.

A infância caracterizada pelas primeiras relações, sobretudo, familiares, é um período de importantes construções para a criança. De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990), considera-se criança a pessoa com até doze anos de idade incompletos, estando ainda nessa fase dependente dos pais ou cuidadores.

Caracteriza-se também como uma fase de descobertas, fantasias, brincadeiras e novas experiências. Entretanto, durante o desenvolvimento, a criança e sua família podem ser surpreendidas com um inesperado diagnóstico de câncer, alterando toda a dinâmica familiar.

Desse modo, a criança antes saudável assume o “lugar de doente”, necessitando de tratamentos especializados e intensos cuidados, além de passar a frequentar continuamente ambientes hospitalares.

Quando uma criança adoece de câncer, sua vida passa por rápida e intensa transformação, assim como o cotidiano familiar. De um momento para o outro, ela se vê atirada em um hospital, onde é cercada por pessoas estranhas em um ambiente desconhecido, no qual será submetida a uma série de exames invasivos e dolorosos. Independentemente de sua idade e de sua capacidade de compreensão cognitiva da realidade que a rodeia, ela de algum modo se dá conta de que algo grave e temível está acontecendo consigo. Acossada pela sensação de perigo iminente, a criança tem a linha de continuidade de seu desenvolvimento subitamente rompida (BEZERRA MENEZES *et al*., 2007, p. 193).

Estas são dificuldades experienciadas pela criança portadora de câncer durante o curso da doença. O afastamento da escola, por exemplo, tem um grande impacto na vida da criança, visto que, na maioria das vezes, é nesse ambiente que ela passa diariamente grande parte do seu tempo, estabelece laços, desempenha tarefas, entre outras atividades.

O estágio de terminalidade da doença é normalmente percebido pela criança, que pode experimentar sentimentos de estresse, angústia e não aceitação e/ou em outro momento, abater-se por não ter mais forças para lutar. Nesse estágio da doença, a criança passará a depender ainda mais dos seus pais e/ou cuidadores, perdendo assim parte de sua privacidade, além de ter que se submeter aos procedimentos médicos impostos.

Gutierrez (2001) fala sobre algumas especificidades do estágio de terminalidade e explica que nessa fase as possibilidades de resgate das condições de saúde do paciente se esgotam, evidenciando ainda mais a possibilidade de morte. O autor ainda comenta que um paciente é terminal em um contexto particular de possibilidades reais e de posições pessoais, sejam de seu médico, sua família e próprias. E esta colocação implica em reconhecer o paciente terminal além da biologia, inserido em um processo cultural e subjetivo.

Além disso, o paciente terminal convive diariamente com a “rejeição” social. A sociedade tende a valorizar o indivíduo saudável, ou seja, enquanto ele tem algo para oferecer, rejeitando assim toda forma de “inutilidade”, criando em muitas das vezes, um pré-conceito a respeito de sua enfermidade. Isso se deve ao fato da ascensão do capitalismo nos últimos anos, onde as pessoas estão se tornando reféns da materialidade.

(...) É no paciente terminal que toda a sorte de preconceitos, independentemente da patologia que possa acometê-lo, encontra-se enfeixada e direcionada para atitudes que propulsionam muito mais a dor do tratamento em si para aspectos pertinentes a tais preconceitos. Assim, um paciente, ao ser rotulado como aidético, por exemplo, trará sobre si além de todo sofrimento de sua debilidade orgânica, uma série de acusações sobre a maneira distorcida que a sociedade concebe sua patologia. O mesmo ocorrerá com o paciente portador de câncer, ou ainda de qualquer outra doença degenerativa. O preconceito faz com que toda e qualquer patologia associada diretamente com a ideia de morte seja considerada infectocontagiosa, e seus portadores, pessoas que necessitam ser alijadas do convívio social. (ANGERAMI-CAMON, 2004, p. 84-85).

A percepção pela criança da iminência de sua própria morte é geralmente acompanhada pelos sentimentos de angústia, medo e aflição. Embora, em alguns casos, não compreendam em termos lógicos a magnitude do problema, elas simbolizam de alguma forma esse acontecimento. Diante disso, Angerami-Camon (2011, p. 95) evidencia.

As crianças doentes não têm a menor necessidade de conceitos filosóficos para abordar a morte, para nela pensar ou imaginá-la, aceitá-la ou recusá- la. Partindo-se dessa premissa, pode-se distinguir a criança fisicamente sã ou que não vivenciou a morte de um ser próximo, da criança doente, atingida em seu corpo ou em seus relacionamentos com os outros, pois as crianças doentes expressam um conhecimento claro de sua morte iminente, sempre em relação com a doença que as aflige. Para estas crianças, a morte situa-se no destino de crianças doentes que vão aos hospitais e não se curam.

A criança portadora de câncer terminal sofre os efeitos da doença dia após dia, gerando uma instabilidade emocional. Segundo Angerami-Camon (2011), as manifestações de ansiedade provadas pela criança gravemente doente e hospitalizada, acompanhadas de temores, dúvidas, sensação de culpa e punição, alterações em autoimagem (como emagrecimento, deformações e sangramentos) sentimento de desvalia e fantasias decorrentes da situação de doença em si e pelas intercorrências provenientes da hospitalização, como as condutas terapêuticas agressivas e os longos períodos de internação, por exemplo. Essas manifestações, ainda que sejam comuns, devem ser acompanhadas cuidadosamente, evitando-se reações de pânico incontroláveis, confusão e intensa regressão, destacando-se nesse sentido a importância do apoio psicológico.

Dentre as etapas do tratamento, destaca-se a ocorrência da hospitalização, caracterizada por causar alterações na rotina da criança, trazendo em muitas das vezes, prejuízos para a mesma. Nessa perspectiva, Cardoso (2007, p. 33), ressalta.

[...] Sem dúvida, todo o processo que envolve o tratamento do câncer infantil é extremamente desagradável e causador de muito sofrimento para a criança, mas é fato que a hospitalização é uma situação que merece mais atenção, pois além de submeter-se aos procedimentos tão incômodos, comuns deste processo, a criança se vê afastada de sua família, de seus amigos, de seu ambiente habitual.

Além das novas experiências vivenciadas pela criança a cada etapa do tratamento, como o medo da morte, o desconforto causado pelos métodos invasivos no hospital, ela se vê inserida em um ambiente completamente diferente dos quais costumava a frequentar, causando ainda mais estranheza e angústia. Nesse sentido, é importante destacar a importância do profissional da psicologia, a fim de criar estratégias, através de sua escuta, que buscarão minimizar os mal- estares da hospitalização. Os pais e/ou cuidadores se veem também esgotados nessa etapa do tratamento, pois precisam dar o suporte físico e emocional ao paciente constantemente.

Essas idas frequentes ao hospital acarretam excessiva debilidade física e emocional, tanto para o paciente quanto para quem o acompanha, considerando os aspectos negativos desse ambiente. Nessa perspectiva, Angerami-Camon e Botega (2006) *apud* Quintana *et al.* (2011) comentam que a hospitalização traz implicações subjetivas importantes, destacando a situação de despersonalização do paciente. Dessa forma, o doente seria colocado em situação passiva frente aos fatos e perspectivas existenciais. Entende-se que esse cenário de desconsideração da subjetividade do indivíduo tende a ser ainda mais acentuado quando se trata da situação de adoecimento de uma criança, posto que o seu adoecimento físico e emocional pode implicar também no adoecimento da família.

Cardoso (2007), diz da tendência que a criança hospitalizada tem em experienciar sentimentos negativos em relação a esse ambiente, ainda que os profissionais se esforcem em oferecer um atendimento humanizado. É inevitável que o paciente e o seu acompanhante sofram os danos acarretados por essa etapa do tratamento, considerando as variáveis inerentes desse ambiente.

Considerando a eminência da morte inerente ao estágio de terminalidade do câncer, no capítulo a seguir será comentado alguns aspectos relacionados à temática da morte na infância.

# A concepção da morte para a criança e sua família

Contribuições históricas importantes acompanharam o conceito de morte, tanto a morte na idade adulta, quanto à morte na infância. No que diz respeito a morte na infância, Angerami-Camon (2011, p. 73) salienta.

Antes do século XVIII e até o século XIX, tanto na América do Norte como na Europa, considerava-se que a criança não possuía personalidade e não era valorizada. Desta forma, se morresse, muitas vezes nem tinha nome ou seu nome serviria para outra criança. Era feita assim uma substituição completa.

Nessa época a criança não era vista e reconhecida como um ser em desenvolvimento e sua morte também não representava algo anormal. Foi com o passar do tempo que tal acontecimento ganhou novos parâmetros. Na sociedade brasileira atual, por exemplo, prevalece a negação da temática morte – a maioria das pessoas ignoram o assunto. Esta negação da existência da morte causa grandes dificuldades aos adultos ao nível existencial, além de dificultar a adequada compreensão do processo pelas crianças. Os adultos, normalmente, tendem a evitar a discussão de assuntos relacionados à morte com as crianças, contribuindo com essa negação.

Para os pacientes hospitalizados, portadores de doenças terminais, falar em morte torna-se um desafio. Os profissionais envolvidos no tratamento desses pacientes, além de prestar um atendimento humanizado, precisam ter muita cautela ao abordar esse assunto. Pois “o morrer é parte inerente da condição humana, e o apoio a alguém que se encontra no leito mortuário é, antes de tudo, o reconhecimento da nossa própria finitude (...)” (ANGERAMI-CAMON, 2004, p. 85;86).

Estudos recentes sugerem uma visão mais pragmática da morte, já que trata-se de um acontecimento inevitável. Angerami-Camon (2004, p.85) diz que “a morte precisa ser vista como sendo um processo no qual a esperança se funde com uma perspectiva existencial sem exclusão de qualquer uma das possibilidades da existência”.

Historicamente, o câncer carrega consigo a ideia de fatalidade, apesar da medicina estar cada vez mais investindo nos estudos e pesquisas nessa área (Borges, *et al.,* 2006). Nesse sentido, o paciente oncológico terminal convive diariamente com esse temor, pois percebe através do processo de tratamento da doença o agravamento do seu quadro de saúde.

Embora não seja habitual e agradável falar sobre morte em algumas culturas, cada indivíduo elabora essa experiência de uma forma singular. A criança, por exemplo, resignifica esse acontecimento da sua maneira.

(...) a concepção da morte na criança inicia-se pela consideração da morte do outro para evoluir para a concepção de sua própria morte. Relativizando a morte do outro como “você está ausente” indica que esta relação é principalmente perceptiva e a ausência significa “não aqui e não agora”, pois a criança conforme a idade, ainda não consegue distinguir entre distância espacial e temporal (...). (ANGERAMI-CAMON, 2011, p. 78).

A maneira como cada criança simboliza a morte está diretamente interligado ao conceito de morte que fora introduzido em sua vida de acordo com suas vivencias, mas também depende da sua capacidade de abstração, como da sua fase de desenvolvimento e idade.

Borges *et al*. (2006, p. 364) comentam que “as crianças percebem os fatos ocultados e, embora não os expressem verbalmente, fazem-no através de sua própria linguagem: desenhos, jogos e histórias”. Nas brincadeiras também, as crianças costumam exprimir-se, revelando a percepção sobre o morrer. Portanto, ao longo do desenvolvimento, a criança sofre algumas perdas, como de um brinquedo quebrado, um animalzinho de estimação que adoece e morre, um amigo querido que muda para outra cidade, entre outros. No entanto, cabe aos pais e/ou cuidadores, ajudarem a criança a entender os motivos que levaram a isso, bem como a importância de compreender o porquê dessas perdas.

Dessa forma, percebe-se que são vários os fatores que influenciam na maneira com que a criança simboliza a morte. E em se tratando da problemática do câncer terminal, o suporte psicológico é também imprescindível para que a criança formule uma ideia da morte, visto que através de algumas técnicas, o psicólogo pode ajudá-la a compreender esse momento que está vivenciando.

A participação da família, como os impactos que esta sofre é algo bem evidente quando se trata de adoecimento e/ou morte na infância. Na verdade, é praticamente impossível falar em criança e não considerar seus cuidadores. Diante dessa necessidade, é preciso compreender os aspectos sociais e históricos que contribuem para formação da instituição familiar, bem como, os aspectos que une a criança a sua família.

# O intrínseco papel da família da criança com câncer

O conceito de família transmitido na época atual sofreu intensas transformações ao longo dos anos, e nessa perspectiva, a concepção da infância também foi modificada. Em meados do século XVI, a criança era considerada um adulto em miniatura, usava as mesmas roupas dos adultos, trabalhava nos mesmos locais, frequentava os mesmos lugares. Não existia uma concepção de inocência na infância (CARVALHO, 1996). Nesta época diversas instituições, como a igreja, movimentaram para provocar transformações sob essa visão, para assim, oferecer às crianças respeito, cuidado, dignidade, amor, carinho que demandavam pela sua fase de desenvolvimento. Sobre isso, Cardoso (2007, p. 25-26) expõe:

A estrutura familiar atual, mantida pelos laços de amor entre seus membros e permeada pela privacidade dos mesmos e de suas habitações, foi construída historicamente e por intermédio de diversas instituições sociais. Da mesma forma ocorreu o processo que resultou na valorização da criança no núcleo familiar e na própria sociedade e que contou com a participação de diferentes atores.

Nota-se que a representação do conceito família sustentada atualmente passou por longos processos sociais e históricos. Com o passar do tempo, a instituição familiar foi ganhando uma nova configuração, sobretudo as relações familiares e os sentimentos atribuídos à criança.

Em meados do século XVII, as crianças passaram a ter os seus próprios trajes (...). Gradativamente iam-se distinguindo dos adultos, tendo o seu próprio quarto e ocupando um espaço maior para si mesmas [...] de um ser ignorado ela passa a ser valorizada a partir de sua perda (morte) para finalmente, ser reconhecida a sua importância enquanto viva e por si mesma (CARVALHO, 1996, p. 13).

Na contemporaneidade, a família representa para a maioria das pessoas um esteio de suma importância tanto no que tange à estruturação de seus vínculos afetivos quanto nos referenciais de apoio e segurança (ANGERAMI-CAMON, 2011).

O diagnóstico de câncer é capaz de impactar todos os componentes do grupo familiar, alterando significativamente a rotina dos mesmos. Os pais precisam

conciliar os afazeres domésticos com as idas frequentes ao hospital, arcar com os gastos extras advindos das inúmeras consultas médicas e dos diversos medicamentos prescritos durante o tratamento, além das despesas provenientes dos exames, dentre outros tantos gastos financeiros.

Percebe-se que, em todo o processo a família assume um lugar de destaque, além de ser responsáveis pela criança, tornam-se também vulneráveis e carecidos de cuidados, pois são sinônimos de apoio e segurança para a criança. Contudo, os membros familiares, sobretudo os mais próximos, carecem de um suporte especializado, uma escuta diferenciada, como ressalta Bezerra Menezes *et al.* (2007, p. 195):

Ameaçada por um acontecimento que a coloca em face do desconhecido e abalada pela sensação de perda iminente, a família acompanha a criança na travessia de situações difíceis e dolorosas, como a bateria de exames e procedimentos invasivos, a hospitalização, os comunicados da equipe de saúde, os códigos do ambiente hospitalar com as quais não está familiarizada. No afã de oferecer apoio e poupar a criança de um excesso de sofrimento, os familiares experimentam, eles próprios, sentimentos de desamparo, que comprometem seu bem-estar emocional.

Além disso, a família se defronta com o temor de um futuro desconhecido, em que a ideia de morte e a insegurança se faz presente a todo instante, trazendo consigo uma angústia inevitável. Outros sentimentos também são geralmente vivenciados por esses membros, “os pais se queixam de cansaço físico, resultante da maratona de consultas, exames, tratamentos e internações recorrentes a que são obrigados a acompanhar.” (MENEZES *et al*., 2007, p. 197). O tratamento provoca uma grande mudança na rotina, trazendo além do desgaste emocional, desgaste físico dos cuidadores, e gasto financeiro.

Cada membro do grupo familiar desempenha uma função específica e todos são necessários para que as relações se estabeleçam. Entretanto, diante de um quadro de enfermidade, muitos desses membros têm suas funções restabelecidas, provocando uma reestruturação em toda a dinâmica familiar. Essa reorganização será singular em cada grupo familiar, podendo a partir dela, estreitar os vínculos ou alargá-los, a depender da forma como se desenvolvem as relações.

A assistência materna e paterna assume também um lugar de evidência no tratamento do câncer infantil, posto que, normalmente, os pais representam proteção e apoio para a criança, acima de tudo, nesse momento de enfermidade.

Considerando as implicações biopsicossociais da enfermidade e as complexas demandas da terapêutica, a inclusão dos pais no tratamento do câncer infantil é extremamente importante. Para assumirem suas funções de colaboradores, os pais precisam estar em plenas condições para se envolverem no processo, que é longo e inclui procedimentos intrusivos, como cirurgia e sessões de quimioterapia e radioterapia, que podem deixar a criança ainda mais vulnerável e debilitada. (BEZERRA MENEZES *et al.,* 2007, p. 196).

Segundo Quintana (*et al.,* 2011), desde o momento do diagnóstico os familiares experimentam sensações relacionadas ao luto antecipatório, caracterizado não só pela possibilidade de uma morte física, mas também pelas demais modificações estruturais que a doença e o tratamento impõem.

Para que consigam dar apoio ao paciente, a família também carece de uma assistência psicológica continuada, capaz de fazê-la perceber que seu auxílio durante o doloroso tratamento é fundamental. Nesse sentido, Angerami-Camon (et. al., 2011, p. 117), ressalta:

A relação família – criança gravemente doente também depende de como a família conseguirá manter a esperança admitindo que a criança está na iminência de morte, de como a família conseguirá atender as necessidades imediatas determinadas pela situação de doença e iminência de morte e, ao mesmo tempo, prever o futuro. Depende também de como a família tentará manter a rotina do dia a dia numa situação de crise, sem se descuidar dos outros membros, de como a família conseguirá conciliar os cuidados pessoais à criança doente e confiar na equipe de saúde e no cumprimento das funções desta, de como a família conseguirá confiar no médico e na equipe sem ignorar suas limitações de cura, de como a família conseguirá atender a criança sem envolvê-la com pesadas atenções que, em geral, refletem muito mais a culpa e a angústia dos pais do que propriamente as necessidades da criança e, finalmente, de como a família reage frente a frustrações, norteadas pelo seu limiar de sofrimento.

Preconizar a assistência psicológica dos familiares implica em uma grande vantagem, dada à importância de cuidar do emocional dessas pessoas para que elas possam conferir uma via de apoio ao paciente, encorajando-os, compartilhando

seus afetos e cuidando deles da melhor maneira possível. “Para os familiares assumirem a posição de cuidadores da criança de maneira plena, eles precisam desfrutar de boas condições que os capacitam a se envolverem no enfrentamento da doença” (BEZERRA MENEZES, 2007 et al., *apud* QUINTANA et al., 2011, p. 147).

No entanto, os familiares, frequentemente, se deparam com a situação de procurarem poupar a criança do excesso de sofrimento, tomando para si as preocupações e angústias, sobrecarregando eles mesmos com um sofrimento psíquico que repercute por toda a organização familiar.

Em relação aos desafios enfrentados pela família durante o processo de adoecimento e tratamento do filho, os mesmo ainda lidam com os sentimentos de impotência, culpa, descrença, fragilidade. Segundo Teixeira (et al., 2012, p. 784), o “câncer é uma doença estigmatizada e, por ser frequentemente vinculada a possibilidade de morte, desperta na família, especialmente nos pais, sentimentos como culpa, incerteza, desesperança”.

Nesse sentido, é importante que haja “sintonia” entre os membros da família, para que consigam conciliar a rotina diária com as exigências advindas do tratamento. O cuidar, tanto quanto, o conviver com a criança portadora do câncer em fase terminal, requer dos familiares maior impassibilidade e tolerância, pois enfrentaram momentos constantes de instabilidade geradas pela enfermidade.

A presença dos pais e/ou cuidadores durante o tratamento que a criança está submetida pode não ser algo “aceitável” por parte da equipe de saúde, o que pode gerar divergências de opiniões. Assim, Cardoso (2007, p. 34), ressalta:

A presença da mãe ou de um familiar acompanhando a criança durante a hospitalização é uma questão importante e causadora de inúmeras divergências e resistências entre os profissionais de saúde, pois muitos ainda têm uma visão muito biologicista da doença e não consideram o impacto emocional que a doença e a internação produzem, o que faz com que também desconsiderem a importância da presença de um familiar durante a hospitalização da criança.

Essa dissonância de opiniões pode ser o resultado da falta de preparo da equipe, que tende a considerar somente os aspectos biológicos da doença, desprezando os aspectos psicológicos/emocionais e sociais. Eis que será explorado a seguir o papel do psicólogo hospitalar nos casos de oncologia pediátrica.

# O psicólogo hospitalar e a oncologia pediátrica

Além de ser extremamente importante, a atuação do profissional da psicologia no âmbito hospitalar é bastante ampla, uma vez que seu alvo não é apenas o paciente, mas também sua família. Esta última, por sua vez, que também carece de uma atenção especializada. Considerando que doenças crônicas como o câncer são resultados de disfunções/alterações não só biológicas, mas também psicológicas e sociais.

O trabalho do psicólogo com o paciente tem como objetivo principal, através das palavras e das mais diversas formas de comunicação (olhares, gestos, entre outros), fazer com que o paciente expresse suas emoções, fale de seus medos e angústias, coloque-se como sujeito ativo e participante do seu processo de adoecimento e com isso possa simbolizar e elaborar da melhor forma possível a experiência do adoecer. (CARDOSO, 2007, p. 40).

No caso da oncologia pediátrica, o brincar constitui uma ferramenta importante, visto que é através dela que a criança expressa seus medos e demais sentimentos relacionados à doença. Jogos lúdicos também são frequentemente utilizados quando o público alvo trata-se de crianças, pois através do “ganhar” ou do “perder” a criança expressa algumas de suas emoções.

Naturalmente, brincar é a forma de autoterapia da criança e esta atividade pode se transformar em excelente instrumento preventivo, diagnóstico, prognóstico e terapêutico às crianças na situação de morte, pois experenciando, tomando consciência ou descobrindo através do brinquedo, a criança terminal pode formular e assimilar o que experencia, facilitando a internalização, amadurecimento e elaboração do processo de luto. (ANGERAMI-CAMON, 2011, p. 103).

Muitas são as vantagens do brincar como ferramenta terapêutica, considerada em algumas situações, como a forma mais clara de perceber como a criança elabora cada estágio da doença. Todavia, o psicólogo deve estar atento às expressões do paciente, e tentar direcionar as atividades de forma que ele exprima ao máximo suas emoções, angústias, dúvidas e conflitos. Ao identificar os sentimentos mais latentes no paciente, o psicólogo deve trabalhar com ele essas

emoções, ajudando-o a resignificar cada uma delas, tentando fortalecer sua autoestima e encorajá-lo durante o tratamento.

Angerami-Camon (2011, p. 104), considera que a atuação do psicólogo frente ao processo de adoecimento deve proporcionar ajuda ao paciente para “tomar consciência de si mesma, de sua existência no mundo e de sua situação de doença e iminência de morte, reconstruindo seu senso de eu (...)”. Ainda que a criança tenha consciência da gravidade de seu estado de saúde e perceba seu estágio de terminalidade, é importante que ela esteja bem consigo mesma, e se dedique ao tratamento, de modo a facilitar o trabalho da equipe hospitalar.

No caso das doenças terminais, as possibilidades de intervenção da equipe de saúde não são muitas, destacando os cuidados paliativos como uma importante ferramenta. Domingues (*et al*., 2013, p. 06), explica que “(...) em cuidados paliativos não há uma busca pela cura, mas sim, um acolhimento daquele que, diante da irreversibilidade de sua patologia, receberá um tratamento que preserve sua dignidade, mesmo diante da morte”. Oferecer uma assistência humanizada a essas crianças e aos seus familiares que, na maioria das vezes, se encontram tão fragilizados quanto elas, é algo de suma importância e que reflete nitidamente na maneira como ambos enfrentam essa situação de doença.

Muitas são as possibilidades de atuação do psicólogo hospitalar, e seu interesse não é só o enfermo. Ele atua oferecendo assistência ao paciente, família e equipe de saúde, sempre visando ao bem estar do paciente, num contexto de trabalho que possui características próprias. (CARDOSO, 2007)

Mesmo tendo consciência da necessidade de acompanhamento e suporte psicológico, estes profissionais ainda devem lidar com alguns desafios inerentes ao próprio contexto hospitalar. Diante dessa realidade Cardoso (2007, p.40), ressalta.

Para a realização dos atendimentos, o psicólogo respeitará a rotina do serviço bem como as condições físicas do paciente. Sendo assim, nem sempre atendimentos previamente programados poderão ser realizados devendo ser remanejados, seja porque o paciente precisou fazer um exame de última hora ou porque está sob efeito de alguma medicação. Isto demonstra a necessidade da flexibilidade e da criatividade do psicólogo hospitalar.

Outro desafio ao trabalho do psicólogo hospitalar diz da submissão às normas institucionais sem ferir os princípios éticos enquanto profissional. Com relação ao *setting* terapêutico, Cardoso (2007) salienta que o hospital não é o local ideal para realizar os atendimentos, embora seja o local que o psicólogo hospitalar tem disponível. Seja no leito, nos corredores ou no pátio do hospital, sujeito a interrupções da equipe, sem privacidade, sem tempo determinado, ou seja, em meio a toda imprevisibilidade do hospital, o psicólogo mais uma vez, deve atuar de forma flexível tentando adequar na medida do possível suas atividades à rotina hospitalar e buscar seguir os princípios éticos da profissão.

Ainda que o profissional da psicologia se depare com obstáculos advindos da instituição hospitalar, sua meta é promover uma melhora no estado psíquico do paciente oncológico infantil e de seus familiares, bem como dos demais membros da equipe multidisciplinar.

(...) é de suma importância a tarefa de ajudar as crianças doentes a se sentirem fortes dentro de si mesmas, plenas de que possuem escolhas mesmo na situação de doença e morte. A principal tarefa do profissional de saúde mental é apontar caminhos, oferecendo condições de forma direta, sem invadir- sendo leve e delicado sem ser passivo, aceitando a criança com respeito e consideração. (ANGERAMI-CAMON, 2011, p. 104).

O psicólogo precisa saber manejar os desafios inerentes à sua atuação sem perder de vista o principal foco, que é o paciente. Juntamente com os demais profissionais, o psicólogo hospitalar tem como principal princípio aliviar o sofrimento causado tanto pelo desconforto do tratamento, quanto pela iminência da morte do paciente oncológico infantil, é possibilitar ao paciente meios para lidar com processo de adoecimento, e, neste caso, eminência de morte de maneira mais digna e saudável psicologicamente e emocionalmente.

Cuidar de uma criança, portadora de câncer terminal, implica em tentar promover melhoria em sua qualidade de vida, assim como, dos membros familiares envolvidos nesse processo de tratamento. Para isso, é preciso que a equipe de saúde responsável pelo caso esteja devidamente preparada para lidar com a situação. Além disso, a equipe multidisciplinar deve trabalhar sempre em harmonia e

sintonia visando, sobretudo, o bem estar físico e emocional do paciente e de seus familiares.

Desse modo, a práxis da psicologia hospitalar é pautada no aspecto psicológico em torno do adoecimento. Os aspectos psicológicos não existem puros no ar, mas sim emaranhados junto aos pacientes, a família e a equipe profissional. O objeto de trabalho do psicólogo hospitalar não é só a dor do paciente, mas também, a angústia declarada da família e a angústia velada e muitas vezes negada da equipe médica. (SIMONETTI, 2004 *apud* MEDEIROS; LUSTOSA, 2011).

O compromisso ético exigido pela profissão jamais deve ser esquecido, tendo o paciente sempre como o alvo principal da atuação, também é preciso ressaltar que algumas vezes o trabalho vai exigir dos profissionais habilidades que ultrapassem o atendimento convencional. Portanto, estar preparado para atuar diante das demandas e dificuldades do ambiente hospitalar é de suma importância para o profissional como também para sua práxis e fundamentalmente para seus pacientes.

# METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS TÉCNICOS DA PESQUISA

Para realização do estudo foi desenvolvido pesquisa bibliográfica para levantamento de dados literários sobre o tema em livros e revistas de artigos científicos com periódicos de credibilidade publicados entre os anos de 2001 à 2015, com exceção dos clássicos. Para tanto foi realizada leitura exploratória dos materiais bibliográficos e, após isso, realizou-se a leitura seletiva com o objetivo de eleger os materiais para a realização da leitura analítica.

Quanto aos fins, considera-se pesquisa descritiva, pois a intenção desse estudo foi compreender e demonstrar a importância do profissional de psicologia no que diz respeito ao tratamento do paciente oncológico infantil em fase terminal, juntamente com sua família. O estudo orienta-se por meio da abordagem qualitativa com o objetivo de analisar e descrever os dados literários capturando conteúdos subjetivos sobre o tema, sem a intenção de levantar dados estatísticos.

 A seleção dos materiais foi feita de forma a selecionar as fontes mais interessantes e de relevância para o trabalho. Priorizaram-se os artigos e textos que mais enfatizavam o papel do psicólogo no âmbito hospitalar.

# RESULTADO E DISCUSSÃO

O câncer caracteriza-se por ser uma patologia crônica, capaz de acarretar sérios problemas de saúde ao organismo do indivíduo, podendo levá-lo à morte. No presente trabalho, privilegiou-se abordar o câncer na infância em seu estágio terminal. Diante dessa problemática, verificaram-se as estimativas da ocorrência da doença no Brasil e no mundo, bem como sua prevalência na infância, constatando através dos dados que o câncer é responsável por mais de 12% das causas de óbito no mundo e que, no Brasil, essa patologia pode acometer mais de 12.000 crianças e adolescentes no ano de 2017.

Em razão dos altos índices de diagnósticos e mortes pela doença, no Brasil e no mundo, o câncer é considerado um problema de saúde pública mundial, e pode acometer indivíduos em qualquer fase do ciclo vital.

A criança acometida por câncer tem do seu desenvolvimento comprometido, pois na maioria dos casos, não poder mais realizar suas atividades habituais como antes, tendo que se adaptar a uma nova rotina em decorrência da enfermidade. Destacam-se as idas frequentes ao hospital, consultas e exames constantes, utilização de medicamentos diversos, além de outros métodos invasivos do tratamento.

Dependendo do tipo e do estágio do câncer, o tratamento pode ser efetivo e o tumor eliminado do organismo. Entretanto, em alguns casos, o paciente pode não responder ao tratamento, configurando assim a terminalidade do câncer, restando apenas os métodos paliativos como recurso terapêutico.

O câncer terminal na infância caracteriza-se por não haver mais expectativas de cura e por envolver grande parte da família durante o tratamento. Representa um período de frustração não só para os familiares, mas também para a equipe multidisciplinar responsável pelo caso, que se vê muitas vezes impotente, por não conseguir restabelecer a saúde daquele paciente.

Esgotadas as possibilidades de reestabelecer a saúde do paciente oncológico, a morte torna-se inevitável, e a criança e sua família experimentam sentimentos como medo, angústia e desesperança inerentes a esse acontecimento. Apesar das transformações sociais e históricas relacionadas a morte, ela ainda é temida por parte da sociedade moderna. A morte não é concebida apenas como a última fase do ciclo vital, mas representa um acontecimento pavoroso, e tende a ser

evitado de todas as formas possíveis, por impor ao homem o encontro com suas impossibilidades e finitude.

Saudável ou enferma, a criança conta sempre com a presença da família, está nem sempre composta apenas por familiares (pais e/ou cuidadores). Sobretudo nesse momento de enfermidade e tratamento do câncer, a família constitui uma peça fundamental e representa para a criança o apoio, a segurança e o apoio que precisam nesse momento, em decorrência do desamparo frente à iminência da morte.

No entanto, a saúde mental dos membros da família precisa estar preservada para que tenham condições de dar suporte à criança enferma. Para isso, a equipe de saúde, especialmente o psicólogo, deve trabalhar com os familiares no sentido de prepará-los para as situações que possam vir a ocorrer, sempre na tentativa de minimizar e/ou acolher com sua escuta a dor e o sofrimento.

A maneira pela qual a família irá se organizar durante o período de tratamento do câncer infantil, dependerá muito da forma de como se desenvolvem as relações familiares posteriormente ao adoecimento, mas isso não significa que essas relações possam sofrer ressignificação diante nas novas vivencias, desafios, dor, angustia. Nesse sentido, o importante é que o grupo familiar se ordene no sentido de não sobrecarregar somente um membro, mas que dividam as tarefas e compartilhem as experiências uns com os outros. Assim, intervenções grupais com a família promovidas pelo psicólogo são possibilidades de criar e/ou favorecer um contexto de compartilhamento das emoções, angústias e estratégias para o tratamento.

Muitas são as possibilidades de atuação do psicólogo no contexto hospitalar e, simultâneo a elas, encontram-se os desafios da prática. Os locais e horários de atendimento, por exemplo, geralmente são inconstantes e imprevisíveis, pois o atendimento não se restringe ao consultório, a escuta pode ocorrer ao pé do leito, na sala de espera e nos corredores. Além disso, o psicólogo hospitalar deve sempre se lembrar dos princípios éticos que regem a profissão, sendo cauteloso no que diz respeito ao sigilo, independentemente do ambiente em que realiza o atendimento.

A formação profissional do psicólogo permite que ele domine algumas técnicas para trabalhar com o paciente em situação de adoecimento, seja por meio do falar ou até mesmo do olhar. No caso do atendimento infantil, as ferramentas não

serão as mesmas utilizadas com os adultos, destacando para as atividades lúdicas como principais instrumentos. Por meio do brincar a criança pode expressar seus sentimentos mais latentes e possibilitar que sejam feitas intervenções visando seu bem estar físico e emocional. É também possível que o psicólogo consiga identificar os sentimentos presentes na não-verbalização, atentando para as expressões corporais da criança.

Em relação ao atendimento aos familiares da criança hospitalizada, este deve se orientar não somente no sentido de acolhê-los e ampará-los, mas principalmente no sentido de orientá-los a conviver com a criança enferma, respeitando sua subjetividade, mas não deixando de impor limites quando necessário. Além disso, proporcionar meios para reflexão sobre a própria existência, bem como sua finitude, a fim de torná-los conscientes das limitações impostas na dimensão existencial humana.

Nota-se que quanto mais a família é orientada e acompanhada durante o processo de adoecimento de um de seus membros, mais desenvoltura expressa para lidar com as adversidades provenientes do processo de adoecimento e tratamento do mesmo. A importância do psicólogo, bem como dos demais integrantes da equipe multidisciplinar é algo incontestável, visto que, quanto mais bem preparada, conectada e envolvida estiver melhores resultados o tratamento pode obter.

O atendimento humanizado favorece a melhoria na qualidade de vida do paciente, ainda que sua morte seja eminente. Diante do sofrimento físico e psíquico experienciados pela criança e seus familiares, o psicólogo tem por objetivo proporcionar ao paciente meios para elaborar o processo de adoecimento, como também, a realidade da iminência da morte. Para assim, favorecer ao paciente uma vida digna e saudável psiquicamente mesmo no adoecer. Como também é de suma importância acompanhar a família, como a equipe médica responsável pelo caso.

# CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desse estudo permitiu apontar a incidência do câncer no Brasil e no mundo, bem como sua prevalência na infância, destacando os tipos mais comuns e as possíveis causas do surgimento da doença. Permitiu também identificar as especificidades do câncer infantil, ressaltando os prejuízos biopsicossociais acarretados pela doença.

O câncer em si carrega a ideia de fatalidade e, em se tratando do câncer infantil em sua fase terminal, a morte torna-se inevitável, causando implicações importantes na vida da criança e da sua família. Esta última, por sua vez, necessita de cuidados, tanto quanto, o paciente, pois além de ser o suporte para a criança nesse momento, compartilha os mesmos sentimentos de medo e angústia com o paciente.

Em decorrência da debilidade física e emocional acarretada pelo tratamento e, consequentemente, pela hospitalização, a atuação do profissional da psicologia torna-se extremamente relevante no ambiente hospitalar, pois sua formação profissional permite que ele disponha de uma escuta técnica e diferenciada. O psicólogo hospitalar pode ajudar a criança na expressão de seus sentimentos também, seja verbalmente ou por meio do brincar. A demanda da família deve também ser priorizada, uma vez que ela representa a principal referência para a criança, seja com atendimentos individuais ou grupais.

O estágio de terminalidade do câncer notabiliza a fragilidade humana, e provoca nos profissionais da equipe de saúde sensações como impotência e fracasso, devido à impossibilidade de restaurar a saúde do paciente por meio dos métodos convencionais. A atuação do psicólogo se estende também a esses profissionais, no sentido de prepará-los para adversidades como a morte, sem que se sintam culpados ou fracassados. Ao lidar com o sofrimento alheio, é importante que as questões em evidência estejam bem elaboradas por parte dos profissionais, caso contrário podem acarretá-los implicações psíquicas subjetivas adversas.

Contudo, é necessário que tanto o psicólogo quanto os demais membros da equipe multidisciplinar sejam cautelosos ao lidar com o sofrimento da criança e de seus cuidadores, visando sempre o bem estar biopsicossocial dos mesmos, e respeitando suas subjetividades.

# REFERÊNCIAS

ABC DO CÂNCER: **Abordagens Básicas para o controle do Câncer**. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual da Saúde, 2 ed. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em:

<<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/abc_do_cancer_2ed.pdf>> Acesso em 10 de abril de 2017.

ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto. **Tendências em Psicologia Hospitalar**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto. **E a Psicologia Entrou no Hospital**. São Paulo: Pioneira Thomsom Learning, 2011.

BEZERRA MENEZES, Catarina Nívea et al. **Câncer infantil: organização familiar e doença**. **Revista Mal-estar e subjetividade**, v. 7, n. 1, 2007. Disponível em:

<<http://www.redalyc.org/html/271/27170111/>> Acesso em 15 de março de 2017.

BORGES, A. D. V. S. et al. **Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento**. **Psicol Estud**, v. 11, n. 2, p. 361-9, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/pe/v11n2/v11n2a14.pdf>> Acesso em 12 de abril de 2017.

CARDOSO, Flávia Tanes. **Câncer infantil: aspectos emocionais e atuação do psicólogo**. **Revista da SBPH**, v. 10, n. 1, p. 25-52, 2007. Disponível em:

<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1516-](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1516-08582007000100004) [08582007000100004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1516-08582007000100004)> Acesso em 12 de abril de 2017.

DOMINGUES, Glaucia Regina et al**. A atuação do psicólogo no tratamento de pacientes terminais e seus familiares**. **Psicologia Hospitalar**, v. 11, n. 1, p. 02- 24, 2013. Disponível em:

<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1677-](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1677-74092013000100002) [74092013000100002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1677-74092013000100002)> Acesso em 15 de março de 2017.

ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, ECA. 1990.

FROELICH, Tatiane Cristine. **Psico-oncologia e terminalidade: Casos em que o paciente é uma criança**. IV Jornada de pesquisa em Psicologia – Desafios atuais nas práticas da Psicologia. Santa Cruz do Sul - RS, p. 135-143, Nov. 2011.

Disponível em:

<[http://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/jornada\_psicologia/article/view/10193](http://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/jornada_psicologia/article/view/10193/2)

[/2](http://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/jornada_psicologia/article/view/10193/2)> Acesso em 28 de março de 2017.

GUTIERREZ, Pilar L. **O que é o paciente terminal?** Revista da Associação Medica Brasileira. São Paulo, 2001. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0104-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0104-42302001000200010) [42302001000200010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0104-42302001000200010)> Acesso em 28 de março de 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA.

Ministério da Saúde, Brasil. Disponível em:

<<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home>> Acesso em 15 de março de 2017.

INSTITUTO ONCOGUIA. Disponível em:

<<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/estimativas-no-brasil/1705/1/>> Acesso em 15 de março de 2017.

LANZA, Lara de Faria. **Ser-criança-com-câncer em etapa final de tratamento- sua visão de futuro.** Universidade de São Paulo – USP. Ribeirão Preto, 2008.

Disponível em: <[http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-19022009-](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-19022009-141630/pt-br.php) [141630/pt-br.php](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-19022009-141630/pt-br.php)> Acesso em 12 de abril de 2017.

MEDEIROS, Luciana Antonieta Medeiros; LUSTOSA, Maria Alice Lustosa. **A difícil tarefa de falar sobre morte no hospital. Revista SBPH**, vol.14, n°. 02, jul/dez. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em:

<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1516-](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1516-08582011000200013) [08582011000200013](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1516-08582011000200013)>. Acesso em 28 de março de 2017.

MENDES, Juliana Alcaires; LUSTOSA, Maria Alice; ANDRADE, Maria Clara Mello. **Paciente terminal, família e equipe de saúde**. **Revista da SBPH**, v. 12, n. 1, p. 151-173, 2009. Disponível em:

<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1516-](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1516-08582007000100004) [08582007000100004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1516-08582007000100004)> Acesso em 12 de abril de 2017.

QUINTANA, Alberto Manuel et al. **Lutos e lutas: Reestruturações familiares diante do câncer em uma criança/adolescente.** Curitiba, 2011. Disponível em:

<[https://www.google.com.br/search?q=lutos+e+lutas&oq=lutos+e+&aqs=chrome.3.6](https://www.google.com.br/search?q=lutos%2Be%2Blutas&amp;oq=lutos%2Be%2B&amp;aqs=chrome.3.69i57j0l5.6914j0j4&amp;sourceid=chrome&amp;ie=UTF-8&amp;q=lutos%2Be%2Blutas%3A%2Breestrutura%C3%A7%C3%B5es%2Bfamiliares) [9i57j0l5.6914j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-](https://www.google.com.br/search?q=lutos%2Be%2Blutas&amp;oq=lutos%2Be%2B&amp;aqs=chrome.3.69i57j0l5.6914j0j4&amp;sourceid=chrome&amp;ie=UTF-8&amp;q=lutos%2Be%2Blutas%3A%2Breestrutura%C3%A7%C3%B5es%2Bfamiliares) [8#q=lutos+e+lutas:+reestrutura%C3%A7%C3%B5es+familiares](https://www.google.com.br/search?q=lutos%2Be%2Blutas&amp;oq=lutos%2Be%2B&amp;aqs=chrome.3.69i57j0l5.6914j0j4&amp;sourceid=chrome&amp;ie=UTF-8&amp;q=lutos%2Be%2Blutas%3A%2Breestrutura%C3%A7%C3%B5es%2Bfamiliares)> Acesso em 20 de fevereiro de 2017.

TEIXEIRA, Renata Pires; RAMALHO, W. S.; FERNANDES, I. C. F.; SALGE, A. K.

M.; BARBOSA, M. A.; SIQUEIRA, K. M. **A família da criança com câncer: percepções de profissionais de enfermagem atuantes em oncologia pediátrica.** Goiânia- GO, 2012, P. 784-791. Disponível em:

<<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/21661/pdf>> Acesso em 12 de abril de 2017.