

**PSICO ONCOLOGIA INFANTIL:
O SOFRIMENTO DA CRIANÇA COM CÂNCER.**

Meire Donizete Franco Vasconcelos

Aluna do curso de Psicologia da
Universidade Brasil

Orientador: Ms. Fábio Pinheiro Santos

RESUMO

O câncer é uma doença difícil de ser aceita e também descrita por parte dos médicos aos familiares da pessoa acometida com esta moléstia. Envolvida em tabus e preconceitos, o câncer trás ao paciente e à sua família grandes mudanças em sua vida. Sentimentos angustiantes vêm acompanhados de tristeza e sensação de impotência diante da situação. Desde a descoberta do profissional até o informe para os familiares, há momentos de tensão. Como a criança lida com a notícia ou como ela reage diante das mudanças ocorridas ao redor e em si mesmo, suas expectativas e temores diante do tratamento, são motivos a serem explorados. Este projeto teve como objetivo descrever o estado emocional da criança com câncer. Foram entrevistadas 03 crianças entre 08 a 11 anos e 11 meses. Aplicamos o Teste H.T.P- House, Tree, Person, pois, é um teste projetivo para colaborar com a compreensão do estado emocional do entrevistado. Após a avaliação do teste, os resultados sugeriram alguns transtornos decorrentes do estresse vivenciado por estas crianças, como Transtornos de Estresse pós Traumático, de Somatização, Obsessivo-Compulsivo, de Ansiedade Generalizada e Depressivo. Após análise, concluímos que estas crianças passam por desgaste emocional por não estarem preparadas para vivenciar estas mudanças e não entendem o motivo das mudanças a que são submetidos.

Palavras chave: Câncer infantil, sentimentos, oncologia, auto-imagem, Psico-Oncologia.

1. INTRODUÇÃO

O câncer é considerado uma doença crônica não transmissível de acordo com o INCA (2008/2009). O termo câncer representa um aglomerado de cem doenças que possuem aspectos em comum, ou seja: células nos tecidos e órgãos, que crescem de forma desordenada, incontrolável e agressiva, podendo espalhar-se para várias regiões do corpo causando o que é chamado de metástase.

Os tumores são gerados através de acúmulo de células cancerosas, conhecidas como neoplasias malignas; causando danos e sérios riscos à vida se não forem controladas e tratadas a tempo.

Numa pesquisa realizada pelo INCA entre 2008/2009, estimou-se que 9.890 novos casos seriam diagnosticados por ano entre crianças e adolescentes de até 18 anos de idade. Dados indicam que a prevalência de câncer entre crianças atingem de 0,5% a 3% em nível mundial, enquanto que no Brasil estes números chegam a variar entre 1% a 4,6% de acordo com os casos registrados. Nos Estados Unidos, o câncer encontra-se entre as principais causas de morte infantil na faixa de 01 à 14 anos de idade, enquanto que no Brasil as neoplasias são consideradas a terceira causa de morte infantil.

O objetivo proposto neste projeto é descrever o estado emocional das crianças diante dos resultados obtidos através do teste House, Tree, Person. As datas para a aplicação do teste serão pré-estipuladas mediante autorização dos responsáveis, respeitando as condições de cada criança diante da enfermidade.

Os primeiros anos de vida constam nos escritos de Freud, dizendo que as lembranças referentes ao início da infância são relevantes e a psicanálise busca encontrar nestas lembranças respostas para problemas decorrentes na vida adulta.

Erikson (1980) destaca a importância do desenvolvimento infantil e o surgimento do senso de identidade que ocorre entre o sujeito e o meio ambiente. Entre os oito estágios do desenvolvimento que Erikson apresenta, vamos destacar aqui a crise de confiança básica versus desconfiança que será estabelecido de acordo com o comportamento do principal adulto provedor (geralmente a mãe). Para haver sucesso nesta formação é necessário que o adulto provedor ame sem reservas e reaja de maneira confiante e previsível para com a criança.

Nesse sentido, o diagnóstico de câncer na infância comprometerá toda a rotina, tanto da criança quanto de seus familiares, inclusive, por agirem de maneira instintiva e protetora.

O tratamento pode ocorrer fora da cidade de sua moradia, como é o caso dos participantes de nossa pesquisa.

Na vivência do câncer infantil, a díade ou a tríade dos envolvidos no tratamento torna-se indispensável. O medo da morte, da perda, somados ao distanciamento em razão do isolamento causado pelo tratamento e seus deslocamentos constantes causam sofrimento para o paciente, cuidador e demais familiares. A necessidade de adaptação e ajustamento podem favorecer a retomada do desenvolvimento, necessitando às vezes de apoio psicológico para que o equilíbrio emocional seja restabelecido, não esquecendo que os aspectos negativos da doença atuam diretamente no relacionamento mãe-criança, interferindo em suas estratégias de enfrentamento (RESENDE e ARAUJO, 1999).

1.1. HISTÓRIA DO CÂNCER

De origem Grega, a palavra Karkinos (Caranguejo) trás em si a simbologia de morte se comparado ao crustáceo que aprisiona e tortura suas vítimas até a morte. Foi Hipócrates (Chamado Pai da medicina) quem associou pela primeira vez o câncer com o crustáceo ao descrever os tumores e suas ações invasivas nos tecidos ao redor deste, tal quais as patas do caranguejo ao agarrarem suas vítimas. Comparou também sua forma de andar de lado com a maneira em que os tumores se apoderam dos tecidos ao seu redor.

Sendo considerada uma patologia rara; o câncer atinge uma entre 10.000 crianças de 0 a 14 anos de vida. Os tumores infantis são diferentes dos tumores encontrados em pessoas adultas como relatam Borges (2009) e Andrea (2008). As neoplasias infantis se originam nos folhetos embrionários, como a Mesoderma (leucemias, linfomas, tumores renais, sarcomas) e Ectoderma (no Sistema Nervoso Central e Sistema Nervoso Simpático), já os tumores em adultos têm suas origens na maioria das vezes no Ectoderma ou Endoderma (carcinomas, tumores de mama, cólon de útero, estômago, intestino e pulmão).

Os tipos de câncer infantil mais comum são as leucemias (mais comum entre crianças abaixo dos 15 anos de idade, principalmente a leucemia Linfocítica Aguda-LLA), tumores do SNC, Neuroblastomas, tumor de Wilms, tumores ósseos e linfomas.

Na década de 80 os níveis de mortalidade causados pela doença eram altos, pois, não eram vistos pelo serviço público como essencial e urgente seu diagnóstico e tratamento, resultando em atendimentos às pessoas com diagnóstico tardio e estágio avançado da doença. O atendimento ofertado ao público infantil era ainda mais precário por falta de conhecimento

ou recursos apropriados para o atendimento, alcançando apenas 20% de chances de cura para os casos atendidos.

De acordo com o Dr. Antônio Sérgio Petrilli (Fundador do GRAACC- 1991), nesta época as estruturas hospitalares para atender a este público eram muito limitadas. Os materiais utilizados eram os mesmos para os adultos e não apropriados para o uso em crianças. Diante de sua insatisfação com o tratamento ofertado a esta faixa etária. Petrilli (1991) buscou aprofundar seus conhecimentos em outros países aonde os níveis de sobrevivência chegavam a 60% no tratamento dos diversos tipos de câncer infantis já documentados.

De acordo com informações do Hospital Oncológico A. C. Camargo, o câncer infantil teve uma grande evolução, fazendo com que as chances de cura se encontrem atualmente em torno de 70% a 90% para algumas doenças.

Tanto para o GRAACC quanto para o A.C. Camargo, o atendimento humanitário tornou-se essencial para as crianças em tratamento oncológico, pois, estas vivenciam um momento difícil em suas vidas. Experiências dolorosas, desagradáveis, ambiente agressivo que acabam influenciando seu desenvolvimento psicossocial e intelectual, podendo interferir de forma negativa na aceitação do tratamento.

1.2. A IMPORTÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Na história vemos que em séculos passados não havia distinção entre crianças e adultos. Estes eram vistos como adultos em miniaturas com todo seu poder, eram vestidos de maneira igual, trabalhavam turnos iguais aos adultos, frequentavam os mesmos ambientes. As palavras destinadas aos pequenos eram muito restritas e o conhecimento e percepção sobre esta fase da vida eram desconhecidos. O termo Infância vem sendo redefinido com o passar do tempo, de acordo com as mudanças ocorridas na sociedade. Estas mudanças trouxeram uma nova concepção no âmbito educacional, movendo a sociedade em direção a novos estudos sobre a infância. A partir destes estudos, novas concepções apareceram e apresentaram as crianças como sujeito de direitos e em desenvolvimento, necessitando de tempo para este desenvolvimento ser concluído. A infância é uma fase onde há um período singular de desenvolvimento e traz à criança o direito de viver sua infância protegida, amada e cuidada em todas as suas necessidades.

O “Estatuto da Criança e do Adolescente” diz que é direito da criança: a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação das políticas sociais que permitam o nascimento e o desenvolvimento harmonioso em condições dignas de existência.

No artigo escrito por Freud em 1915, “Instintos e suas vicissitudes”, ele traz argumentos onde dizem que as crianças têm necessidades fisiológicas que precisam ser satisfeitas além de alimento e conforto, apresentando o bebê como um indivíduo que se satisfaz através de outra figura que é a mãe.

É extremamente importante ser bem trabalhada esta fase, pois assim ela conseguirá elaborar as adversidades que surgirão em sua vida de acordo com Rodrigues e Gasparini (apud. MELO FILHO, 1992), já que neste trabalho falaremos sobre crianças que passam pelo diagnóstico e tratamento do câncer.

1.3. TRATAMENTO PSICOLÓGICO NO CANCER INFANTIL

Nos últimos anos têm se levado em consideração os aspectos psicológicos do paciente e a necessidade da atuação de psicólogos no processo de adoecimento tem sido cada vez mais reconhecidas e aceitas pelos profissionais da área da saúde. Sabendo-se que falar a respeito do tratamento do câncer é necessário, fato que a criança passará por diversas etapas em ambiente hospitalar e reconhecer a doença torna-se um fator de interação entre a mente e o corpo; que vai além do fator biológico. Há os fatores psicológicos, sociais e culturais de cada família que acompanham a criança.

O psicólogo pouco pode fazer em relação à doença, porém pode ajudar o paciente a lidar com os sintomas, pois, isto faz parte de seu trabalho. (SIMONETTI- 2004)

Rodrigues e Gasparini (apud. MELO FILHO, 1992, pag. 97), falam que adoecer não pode ser visto como um evento casual na vida de uma pessoa, mas que representa a resposta de um sistema da pessoa que vive em uma sociedade. Eles dizem que a instalação da doença não acontece por acaso, que pode ser vista como resultado de uma interação com o meio ambiente e envolvem aspectos que devem ser considerados diante de uma patologia.

Grandes esforços têm sido observados no intuito de trazer um atendimento mais humanizado no tratamento oferecido aos pacientes e deve ser de responsabilidade geral nesta área. O psicólogo hospitalar atuará dentro deste contexto como o profissional que acolherá e dará assistência à família, ao paciente e à equipe de saúde, visando acima de tudo o bem estar do paciente, visto que este ao encontrar-se em situação de hospitalização perde sua identidade.

O paciente perde seu nome, deixa sua casa e seus objetos pessoais, seus amigos, seus familiares; passando a ser tratado como um paciente que depende e é submetido à equipe médica, trazendo a este uma fragilidade, sensação de desamparo e incerteza. Moretto (apud. SIMONETTI, 2004, pag. 18), diz que o psicólogo deverá atuar de maneira a dar voz à subjetividade do paciente, colocando novamente no lugar o que a hospitalização lhe tirou, mas sua função não deve se restringir somente nesta ação; ele atuará em conjunto com a equipe multidisciplinar (equipe composta por diferentes profissionais de diferentes especialidades). O diálogo e a interação entre os membros da equipe repercutirão no bom tratamento para o paciente.

Considerando que o hospital não é um local apropriado para o atendimento psicológico devido a falta de privacidade, o profissional atuará de forma flexível e deverá fazer uso de sua criatividade para alcançar seus objetivos, valendo-se de diferentes formas de comunicação para que o paciente expresse suas emoções, medos e angústias, de maneira que o mesmo consiga simbolizar e elaborar da melhor maneira o processo do adoecimento.

Seu atendimento não deve ser restrito somente ao paciente, mas também deverá abranger o círculo familiar do mesmo, visto que vivenciam momentos de incerteza e angústia diante da experiência que seu ente está passando. Considerando que algumas pessoas possuem uma estrutura emocional forte e passam pelo processo de hospitalização sem seqüelas emocionais, outras podem não ter a mesma reação por não terem desenvolvido maturidade emocional adequada e por estarem com o ego fragilizado. A opção da escuta faz diferença na cooperação do paciente em relação ao tratamento e também auxilia no vínculo familiar.

Em relação à equipe, o psicólogo poderá atuar nos momentos em que conflitos sobre seu poder de decisão sobre a vida e a morte que passam a afligi-los devido a sua impotência diante dos fatos que ocorrem contra suas expectativas, levando-os a agir de maneira a prejudicar a relação entre familiares e equipe médica do qual ele faz parte. O psicólogo deverá rever sua posição diante da morte, seus medos e negação podem interferir no desenvolvimento de seu trabalho, sabendo-se que o mesmo é um indivíduo sensível em detrimento do sofrimento alheio. O psicólogo deverá estar com seus sentimentos bem elaborados e resolvidos para tratar com um paciente que pode estar morrendo, caso contrário será tomado por sentimentos de inutilidade e desesperança que serão transmitidos para o paciente influenciando de forma negativa em suas respostas ao tratamento. (LESHAN, 1994, p.80).

De acordo com Holland e Almanza Munhoz (2007), a psico-oncologia objetiva o cuidado com o paciente, principalmente em lhe proporcionar uma qualidade de vida melhor,

munindo se de uma abordagem psicossocial, bem como a incorporação dos conceitos de cuidados e a valorização da religiosidade de cada indivíduo.

Petrilli (2004) diz que de acordo com Carnaviera, deve se considerar que a criança apresenta uma situação passiva diante do tratamento e submetida à equipe médica que o acompanha, esta não deve ser tratada como objeto, mas como um indivíduo sujeito às emoções e diante das características do doente oncológico, a equipe pode acabar tratando os como iguais. Portanto, o psicólogo não deve deixar de atentar para o fato de estar tratando com crianças doentes e que não é possível haver nenhuma intervenção terapêutica sem que a família seja incluída, compartilhando desta maneira seu trabalho com a equipe multi e inter disciplinar para o bem do paciente, deixando claro que a atuação do mesmo se dará na intervenção junto à criança, à família e à equipe médica.

As intervenções a serem realizadas na oncologia infantil devem ser direcionadas à esta fase, de várias maneiras, podendo ser no leito ou individualmente quando a criança se recusar a participar dos grupos ou impedida de deixar o leito; ou em grupo com musicoterapia, ludoterapia, arte-terapia etc.), visando sempre a interação com outras pessoas.

A criança deve ser sempre ouvida e observada, pois através do falar, das atividades lúdicas pertinentes ao ambiente hospitalar; a criança poderá expressar se e falar de sua enfermidade, suas angustias, suas dúvidas, significar os fatos ocorridos e posicionar se como paciente. Para algumas pessoas, os sentimentos vão sendo significados durante a vida infantil, porém para a criança que passa pelo processo de tratamento e vivência de um câncer, os sentimentos sobre vida, morte, identidade, doença, auto-imagem; ganharão significado precoce e definirá a importância do significado de cada um deles no futuro, de acordo com Moretto (apud. SIMONETTI, 2004).

A sensação de impotência diante dos procedimentos invasivos em seu corpo, a auto-imagem que se modifica durante o tratamento, são fatores que influenciam muito no comportamento da criança e devem ser trabalhados pelo psicólogo com cautela e atenção.

De acordo com Ortiz (2003), acolher e orientar os familiares traz resultados positivos, pois, as atenções dispensadas a eles os tranquilizam. Ao relatarem seus medos e temores em relação à doença de sua criança, sua ansiedade diminui passando esta ação para a criança que responderá ao tratamento. Sendo eles os responsáveis em fazer a ponte entre a criança e a doença, juntamente com a equipe; darão significado e justificativa de tudo o que acontecerá com a criança a partir do diagnóstico. Torna-se imprescindível esclarecer e desmistificar o aspecto mortal da doença, trazendo à luz do conhecimento que cada caso é único e singular não

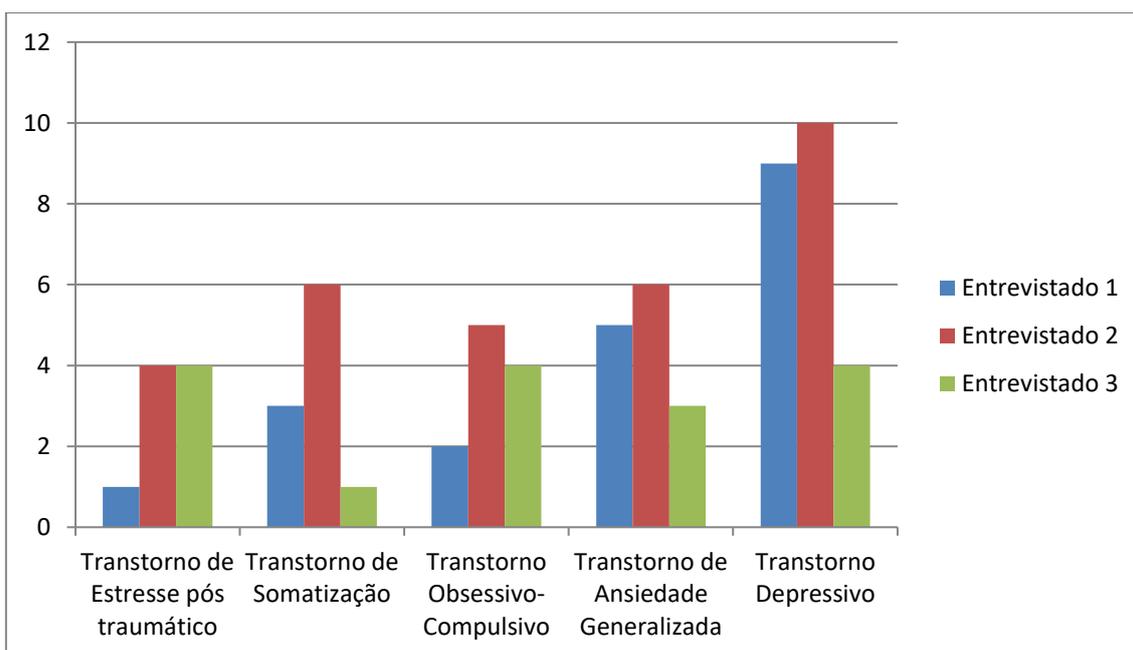
afetando todos de uma mesma maneira, que não há culpados no processo doloroso de tratamento e que a necessidade de passar por esta ação é de suma importância.

O psicólogo deve ter um olhar voltado também para outras crianças que fazem parte da família, ouvindo os, dando suporte emocional e ajudando os a elaborarem o processo pelo qual sua família está sendo submetida no momento para que aceitem melhor o abandono sofrido em decorrência do tratamento. (ORTIZ 2003)

2. CARACTERIZAÇÃO

Este trabalho foi elaborado através de pesquisa realizada por meio da coleta de dados em pesquisa de campo, tanto qualitativos quanto quantitativos; realizada através de uso do teste do HTP- Horse-The- Person (Casa, Árvore, Pessoa). Considerando que se trata de um teste projetivo, os resultados aqui apresentados trazem ao conhecimento dos acadêmicos a realidade do sofrimento emocional pelo qual estas crianças passam durante o tratamento de sua enfermidade. Contamos com a participação de 03 (Três) meninas com idade média de 08 a 11 anos e 11 meses, apresentando as seguintes patologias: Leucemia, Carcinoma Papulífero e Linfoma de órbita; residentes na região Norte do Brasil.

3. RESULTADOS



4. DISCUSSÃO

De acordo com o gráfico 01 apresentado, podemos observar que entre os transtornos mais comuns que acometem estas pacientes, encontramos a sugestão em grau moderado do Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Este transtorno pode acometer crianças ainda pequenas, e pode se desenvolver a partir de um trauma de estresse físico ou emocional; envolvendo uma resposta de intenso medo, impotência ou horror; sendo que os sintomas típicos incluem episódios de repetidas revivências do trauma sob forma de memórias intrusas ou sonhos.

Geralmente crianças têm menor facilidade de enfrentamento dos momentos que lhe causam traumas e medos por não possuírem mecanismos de enfrentamento ainda desenvolvidos ou adequados para lidar com determinadas situações.

Levando em conta que os participantes são crianças que de um momento para outro foram retiradas de sua rotina, de sua vida em construção e levadas para outro estado em busca de tratamento adequado; pode ser traumático toda esta transição, não só fisicamente como emocionalmente, causando medo do que não conhece e espera, bem como a sensação de submissão.

Em seguida, obtivemos nos resultados a sugestão do Transtorno de Somatização, que se trata de um transtorno polissintomático, iniciando-se antes dos 30 anos, podendo se estender por vários anos e é caracterizado por uma combinação de dor, sintomas gastrintestinais, entre outros. Também conhecido como Histeria, Transtorno Psicossomático Múltiplo, Síndrome de Queixas Múltiplas ou Síndrome de Briquet. Os pacientes que sofrem deste transtorno, geralmente vêm de uma tensa história de contatos com serviços médicos, onde investigações podem se apresentar longas e muitas vezes infrutíferas. Embora a causa do aparecimento deste transtorno seja desconhecida até o momento, a vivência das crianças com os pais, costumes étnicos e culturais podem ensinar a mesma a somatizar.

Segundo seus familiares, estas crianças vivem em comunidades, na região Norte do Brasil, onde os atendimentos médicos são limitados, demorados, e muitas vezes incertos; por este motivo são enviadas para a capital de São Paulo onde suas chances de um diagnóstico seguro são mais assertivas.

O tratamento oferecido a estas crianças costumam acontecer em ambientes hospitalares iguais aos dos adultos, não se considerando o sofrimento e a angústia advindos desta situação. As constantes internações e intervenções podem provocar um impacto psicológico aumentado

e negativo sobre seu desenvolvimento emocional, gerando assim um sentimento negativo em relação aos serviços de saúde. (STEINMULLER, 1999),

Logo após, veremos a sugestão do Transtorno Obsessivo- Compulsivo que é caracterizado por um padrão de preocupação com organização, perfeccionismo e controle mental e interpessoal. Também conhecido como Neurose Anancástica, Neurose Obsessiva ou Neurose Obsessiva Compulsiva. Os pacientes que desenvolvem este transtorno têm uma necessidade de manter as coisas sobre controle e em ordem, dando atenção às regras de forma excessiva, detalhes triviais, procedimentos, com horários ou eventos; podendo perder a melhor parte do conteúdo participativo nestas ocasiões.

Após o diagnóstico, estas crianças podem desenvolver a culpa pelo abatimento e sofrimento dos pais, passando a fazer qualquer coisa de forma mais acertadamente possível como meio de compensação, dentro de seus limites. (Informações colhidas na entrevista com familiar)

De forma evolutiva, veremos a seguir a sugestão do Transtorno de Ansiedade Generalizada que se caracteriza por no mínimo de 06 meses de ansiedade e preocupações excessivas e persistentes. Também conhecida como Neurose de Ansiedade, Reação de Ansiedade ou Estado de Ansiedade. O paciente acometido deste transtorno tem dificuldade em controlar suas preocupações, porém nem sempre conseguem ver suas preocupações como excessivas. Crianças que sofrem com este transtorno, têm a tendência de preocupar-se excessivamente com sua competência, desempenho escolar, atlético e social, necessitam frequentemente de sentirem-se seguros e podem mostrar um excesso de queixas somáticas.

Entre os participantes desta pesquisa foram unânimes a preocupação com os familiares que ficaram em sua terra natal e a falta que estas pessoas lhes faz.

Por último e o mais alarmante, vemos o Transtorno Depressivo. Entre todos os indivíduos participantes, este transtorno foi o que mais apareceu nos resultados obtidos.

O Transtorno Depressivo pode aparecer em qualquer faixa de idade, caracterizado por um ou mais episódios depressivos, ou seja, ao menos duas semanas de humor deprimido, perda do interesse e prazer, atividade diminuída, fadigabilidade aumentada decorrente da diminuição da energia. Pacientes com este sofrimento tendem a queixar-se de desânimo, desesperança e sensação de inutilidade; já em crianças também observamos o apego excessivo aos pais, humor irritável ou rabugento.

Observamos que dentro dos quadrantes analisados, os resultados apresentaram estas crianças com necessidade de satisfação imediata, tendência de manter-se distante e inacessível,

com humor deprimido, passividade, reserva, inibição, desejos de projetos para o futuro, fixação em estágios mais primitivos, impulsividade, teimosia e predominância de desejos. (DSM-IV)

As participantes iniciaram seus testes com indícios de problemas e conflitos em relação ao que estavam fazendo, porém com boa energia e ansiedade situacional. No decorrer dos trabalhos demonstraram um decréscimo psicomotor aparente, com fatigabilidade e indícios de prováveis bloqueios. Embora apresentassem boa energia, vitalidade e iniciativas iniciais, as pacientes também apresentaram medo, tensão, insegurança, agressividade e hostilidade, aguda consciência da necessidade de autocontrole, falta de adaptação com esforço para manter o equilíbrio da personalidade ou ainda a expressão de isolamento com necessidade de proteger-se de pressões externas e insatisfação, incerteza, insegurança e dissimulação. (DSM-IV)

Juntamente com todos os sintomas acima descritos, devemos levar em consideração as reações medicamentosas que estes pacientes são submetidos, bem como as consequências, como também o afastamento de seus familiares, amigos, grupo escolar, comunidade e costumes a que estão familiarizados que vem como reforço dos sintomas acima descritos.

Durante o período de pesquisa, ficou claro o sofrimento destas crianças causado pelo afastamento de sua vida social até então vivenciada, ainda que tenham uma acolhida cheia de atenção e carinho no lar que as recebe, e se encontrem cercadas de pessoas com problemas em comum que sabem colaborar com o bem estar uns dos outros; o sofrimento é latente.

Mediante os resultados apresentados acima, torna-se necessário o acompanhamento psicológico.

4.1. CONCLUSÃO

Concluimos, portanto, que crianças com diagnóstico e tratamento do câncer passam por momentos de desgaste emocional e o fato de não terem ainda vivências suficientes para produzir em si meios de lidar com certas mudanças; aumentam seu sofrimento, já que não entendem o motivo destas mudanças a que são submetidos, nem tão pouco o tratamento demorado e doloroso a que tem que passar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente.

ZAVARONI, Dione de Medeiros Lula; VIANA, Terezinha de Camargo; CELES, Luiz Augusto Monnerat. A constituição do infantil na obra de Freud. 2007.

BRASIL, Associação Brasileira do Câncer (2007). Sobre o Câncer. Acesso em 19/06/2007. Disponível em: <http://www.abcancer.org.br/sobre.php?c=8&s=18&lang=16>

BRASIL, Instituto Nacional de Câncer (2007). Particularidades do câncer infantil. Acesso em 11/01/2007. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=343

BRASIL, Núcleo de Apoio à Criança com Câncer (2007). Câncer infantil. Acesso em 11/01/2007. Disponível em: http://www.nacc.org.br/infantil/infantil_oquee.shtml

BUCK, John N. – **H-T-P: Casa-Árvore-Pessoa**, Técnica Projetiva de Desenho: Manual e guia de interpretação/ John N. Buck; Tradução de Renato Cury Tardivo; revisão de Iraí Cristina Boccato Alves. –1ª Ed. São Paulo: Vetor, 2003

CAVICCHIOLI, A.C. (2005). Câncer infantil: As vivências dos irmãos saudáveis. Acesso em 11/04/2007. Disponível em: <http://www.teses.usp.br>

CHIATTONIE, H. B. C. (2003). A criança e a hospitalização. *In*: Angerami-Camon, V. A. (Orgs.). A Psicologia no hospital. São Paulo: Pioneira.

CHIATTONE, H. B. C. (2006). A significação da psicologia no contexto hospitalar. *In* Angerami- Camon, V. A. (Orgs.). Psicologia da saúde: Um novo significado para a prática clínica. São Paulo: Pioneira.

COSTA, J. F. (2004). Ordem médica e norma familiar. Rio de Janeiro: Graal.

DÁVILA, L. F. C. (2006). El duelo del paciente infantil con cáncer. Acesso em 12/01/2007. Disponível

em

http://www.psicooncologia.org/articulos/articulos_detalle.cfm?estado=ver&id=83&x=91&y=7

DSM- IV – **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**, 4. Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995

DUBKIN, A. & Kiel, P. (2007). El lugar de la familia en psicooncología. Acesso em 26/05/2007. Disponível em: <http://www.psicooncologia.org/profesionales.php>

FERREIRA, A. B. H. (1986). Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

FRANÇOSO, L. P. C. & Valle, E. R. M. (2004). Orientações sobre aspectos psicossociais em Oncologia Pediátrica (sumário). Anais dos Encontros da Sociedade Internacional de Oncologia Pediátrica.

GIMENEZ, M. G.; Carvalho - Magui, M. M. M. J. & Carvalho, V. A. (2006). Um pouco da história da Psico-oncologia no Brasil. In Angerami- Camon, V. A. (Orgs.). Psicologia da saúde: Um novo significado para a prática clínica. São Paulo: Pioneira.

HOLLAND, J.C. & Almanza-Muñoz, J. (2007). *La Psico-oncología en la proximidad del nuevo milenio*. Acesso em 22/05/07. Disponível em http://www.psicooncologia.org/profesionales.php?_pagi_pg=4

LESHAN, L. (1994). Brigando Pela vida: Aspectos emocionais do câncer. São Paulo: Summus.

ORTIZ, M.C.M. (2003). À margem do leito: A mãe e o câncer infantil. São Paulo: Arte & Ciência.

PEDREIRA, J.L. & Palanca, I. (2007). Psicooncología pediátrica. Acesso em 18/04/2007. Disponível em: <http://www.psicooncologia.org/profesionales.php>

PETRILLI, A.S., Carvalho, W.B. & Lee, J.H. (2004). Cuidados intensivos no paciente oncológico pediátrico. São Paulo: Atheneu.

RESENDE, T. I. M. de; ARAUJO, T. C. C. F. (1999). Relacionamento mãe-criança com câncer: A importância da diáde afetiva. Porto Alegre: *Psico*, v. 30, n. 1, p. 51-65.

RETONDO, Maria Florentina N. Godinho, (2000), **Manual Prático de Avaliação do HTP (Casa, Árvore, Pessoa) e Família**. Casa do Psicólogo

RODRIGUES, L. A. & Gasparini, A. C. L. F. (1992). Mecanismo de formação dos sintomas. In Mello Filho, J. *Psicossomática hoje*. São Paulo: ARTMED.

ROMANO, B. W. (1999). Princípios para a prática da Psicologia Clínica em hospitais. São Paulo: Casa do Psicólogo.

SILVA, G.M., Teles, S.S. & Valle, E.R.M. (2005). Estudo sobre as publicações brasileiras relacionadas a aspectos psicossociais do câncer infantil: Período de 1998 a 2004. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 51 (3), 253-261.

SIMONETTI, A. (2004). *Manual de Psicologia Hospitalar: O mapa da doença*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

STEINMULLER, K. L. J. (1999). **Soporte emocional del niño hospitalizado**. Acesso em 17/04/2007. Disponível em: http://www.p psicooncologia.org/profesionales.php?_p agi_pg=3

TOMAZ, A. P. K. A. (1997). Uma criança com diagnóstico de câncer: Significado para os pais. Monografia não-publicada. Curso de Residência em Enfermagem Oncológica, Instituto Nacional de Câncer.

ANEXOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dados de Identificação do Sujeito da Pesquisa ou Legal Responsável.

1. Dados da Identificação da criança:

Nome do Entrevistado: _____

Documento de Identidade: _____ Sexo: () M () F

Data de Nascimento: ____/____/____

Endereço: _____ Nº _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

CEP: _____ Telefones: _____ / _____

2. Dados do Responsável pelo paciente:

Nome do responsável: _____

Documento de Identidade: _____ Sexo: () M () F

Data de Nascimento: ____/____/____

Endereço: _____ Nº _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

CEP: _____ Telefones: _____ / _____

3. Dados do Responsável pela pesquisa:

Esclareço que estou ciente sobre os procedimentos e o objetivo da pesquisa, com título público “O sofrimento da criança com câncer” e título principal “Aspectos Psicológicos na Criança em Tratamento do Câncer”, de responsabilidade do pesquisador Ms. Fabio Pinheiro Santos e pela assistente de pesquisa Meire Donizete Franco Vasconcelos.

O propósito deste estudo será apresentar, a partir do Teste projetivo- H.T.P. e inventário obtido dos pacientes e teoria exposta nesta pesquisa, que é conhecer o que o diagnóstico e o tratamento oncológico acarreta na vida destas crianças. O procedimento de coleta de dados será feito através da aplicação do teste pela assistente de pesquisa, obedecendo aos critérios de inclusão: ser paciente oncológico, estar dentro da faixa etária de 06 a 12 anos; exclusão: não estar na faixa etária citada no projeto, não aceitar e não consentir em participar da pesquisa.

Por se tratar de pesquisa que envolve informações pessoais e, por isso, inclui a exposição da intimidade do participante, há riscos. Entretanto, os cuidados com dados estão assegurados pelo controle definido no TCLE (sigilo e privacidade das informações, sem exposição da identidade da participante). Estou ciente de que não há benefícios diretos ao participar da pesquisa e somente há satisfação pessoal em contribuir para o conhecimento desta área de estudo. Tenho liberdade de, a qualquer tempo, retirar o meu consentimento e solicitar o desligamento da participação nesta pesquisa.

Tomei ciência de que esse projeto de pesquisa foi aprovado pelo CEP - Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Brasil, CAAE nº 90950318.0.0000.5494.

Em caso de alguma dúvida poderei recorrer ao pesquisador responsável e ao CEP – Comitê de Ética em Pesquisa, situado à Rua Carolina Fonseca, 584, - Itaquera – CEP 08230-030, São Paulo/SP – Telefone: 2070-0092, email: comite.etica.sp@universidadebrasil.edu.br.

Frente ao exposto, consinto que meu filho (a) venha participar do presente do Protocolo de Pesquisa e concordo que o mesmo poderá ser usado em estudos retrospectivos, desde que mantidas as condições aqui apresentadas. Para isso, assino as duas vias do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo que uma via ficará com os pesquisadores responsáveis e a outra em meu poder, e a primeira página do documento será rubricada.

São Paulo, _____ de _____ de 2017.

Assinatura do Responsável legal pelo participante:

Endereço completo

Fabio Pinheiro Santos

RG: 28279801-8

Endereço: Mariano Morô, 558 casa B – Itaquera.

Telefone: 976480965.

Assistente de Pesquisa: Meire Donizete Franco Vasconcelos

RG. 18.418.264-5

Endereço: Rua Guirapá, 798- Vila Curuçá Velha – SP

Telefone: (11) 95232-8778/ 2035-7327

Inquérito do H.T.P.

- 1- Quantos andares tem esta casa?
- 2- Esta casa tem um andar superior?
- 3- De que esta casa é feita?
- 4- Essa é a sua própria casa? De quem ela é?
- 5- Em que casa você estava pensando enquanto estava desenhando?
- 6- Você gostaria que esta casa fosse sua? Por quê?
- 7- Se esta casa fosse sua e você pudesse fazer nela o que quisesse, qual quarto você escolheria para você? Por quê?

- 8- Quem você gostaria para morasse nesta casa com você? Por quê?
- 9- Quando você olha para esta casa, ela parece estar perto ou longe?
- 10- Quando você olha para esta casa, você tem impressão que ela está acima, abaixo ou no mesmo nível que você?
- 11- Em que esta casa faz você pensar ou lembrar?
- 12- Em que mais?
- 13- É um tipo de casa feliz, amigável?
- 14- O que nela lhe dá esta impressão?
- 15- A maioria das casas são assim? Porque você acha isso?
- 16- Como está o tempo neste desenho? (Período do dia e do ano, céu, temperatura)
- 17- De que tipo de tempo você gosta?
- 18- De quem esta casa lhe faz lembrar? Por quê?
- 19- Do que esta casa mais precisa? Por quê?
- 20- Se “isso” fosse uma pessoa, ao invés de (qualquer objeto desenhado separado da casa), quem seria?
- 21- A que parte da casa esta chaminé está ligada?
- 22- Inquérito da planta dos andares. (Desenhe uma planta dos andares com os nomes, ex: Que cômodo é representado por cada janela? Quem geralmente está lá?)

Árvore

- 23- Que tipo de árvore é esta?
- 24- Onde esta árvore está realmente localizada?
- 25- Mais ou menos qual a idade desta árvore?
- 26- Esta árvore está viva?
- 27- O que mais lhe dá esta impressão de que ela está viva?
- 28- O que provocou a sua morte? (Se não estiver viva)
- 29- Ela voltará a viver?
- 30- Alguma parte da árvore está morta? Qual parte? O que você acha que causou a sua morte? Há quanto tempo ela está morta?
- 31- Para você, está árvore parece mais um homem ou uma mulher?
- 32- O que nela lhe dá esta impressão?
- 33- Se ela fosse uma pessoa ao invés de uma árvore, para onde ela estaria virada?

- 34- Esta árvore está sozinha ou em um grupo de árvore?
- 35- Quando você olha para esta árvore, você tem a impressão que ela está acima, abaixo ou no mesmo nível que você?
- 36- Como está o tempo neste desenho? (Período do dia e ano, céu, temperatura?)
- 37- Há algum vento soprando? Mostre-me em que direção ele está soprando? Que tipo de vento é este?
- 38- O que esta árvore faz você lembrar?
- 39- O que mais?
- 40- Esta árvore é saudável? O que nela lhe dá esta impressão?
- 41- Esta árvore é forte? O que nela lhe dá esta impressão?
- 42- De quem esta árvore faz você lembrar?
- 43- Do que esta árvore mais precisa? Por quê?
- 44- Alguém já machucou esta árvore? Como?
- 45- Se “isto” fosse uma pessoa ao invés de (qualquer objeto desenhado separado da árvore), quem ele poderia ser?

Pessoa

- 46- Esta pessoa é um homem ou uma mulher? (menino ou menina)
- 47- Quantos anos ele (a) tem?
- 48- Quem é ele (a)?
- 49- Ele (a) é um parente, amigo ou o quê?
- 50- Em quem você estava pensando enquanto estava desenhando?
- 51- O que ele (a) está fazendo? Onde ele (a) está fazendo isso?
- 52- O que ele (a) está fazendo?
- 53- Como ele (a) se sente? Por quê?
- 54- Em que a pessoa faz você lembrar ou pensar?
- 55- Em que mais?
- 56- Esta pessoa está bem?
- 57- O que nele (a) lhe dá esta impressão?
- 58- Esta pessoa está feliz?
- 59- O que nele (a) lhe dá esta impressão?

- 60- A maioria das pessoas é assim? Por quê?
- 61- Você acha que gostaria desta pessoa?
- 62- Por quê?
- 63- Como está o tempo neste desenho? (Período do dia e ano, céu, temperatura)
- 64- De quem esta pessoa o faz lembrar? Por quê?
- 65- Do que esta pessoa mais precisa? Por quê?
- 66- Alguém já machucou esta pessoa? Como?
- 67- Se “isto” fosse uma pessoa ao invés de (qualquer objeto desenhado separado da pessoa), quem seria?
- 68- Que tipo de roupa esta pessoa está vestindo?
- 69- (Peça para o cliente desenhar um sol e uma linha de solo em cada desenho)
Suponha que o sol seja uma pessoa que você conhece, quem seria?