

---

# **ASPECTOS PSICOSSOCIAIS: INTERFERÊNCIAS NA CRIANÇA EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO\***

---

ANDREA BATISTA MAGALHÃES\*\*, JULIANA SANTOS DE SOUZA HANNUM\*\*\*, RAISSA FERREIRA ÁVILA\*\*\*\*, LORHANE MARQUES DUTRA\*\*\*\*\*, PATRÍCIA MARINHO GRAMACHO\*\*\*\*\*

*Resumo: o presente artigo tem como objetivo investigar, por meio do discurso da criança em tratamento oncológico, os aspectos psicossociais da criança com a família e a equipe e como estes influenciam no tratamento. O trabalho foi realizado por meio de estudo de caso, com três crianças da pediatria, num Hospital da cidade Goiânia, com idades entre 6 e 8 anos. Para tanto, a investigação clínica teve como abordagem teórica a Psicologia da Saúde, mantendo o modelo biopsicossocial e interdisciplinar. Os resultados demonstram que as experiências vivenciadas pelas crianças elucidam os aspectos psicossociais como fator significativo na qualidade do tratamento oferecido. Embora outros fatores estejam envolvidos no sucesso do tratamento, pode-se afirmar que a presença de um ambiente familiar harmônico possibilita à criança desenvolver-se com mais segurança e resiliência diante das condições a ela apresentadas.*

*Palavras-chave: Infância. Interferências. Aspectos Psicossociais. Dinâmica Familiar.*

---

\* Recebido em: 20.02.2017. Aprovado em: 19.12.2017.

\*\* Doutoranda em Psicologia (PUC Goiás). Mestre e Docente de Psicologia (PUC Goiás). Coordenadora na Extensão Universitária do Projeto Aprender a Pensar (PUC Goiás). E-mail: andreavidda@gmail.com.

\*\*\* Doutoranda em Psicologia (PUC Goiás). Mestre e Docente em Psicologia (PUC Goiás). Coordenadora na Extensão Universitária do Programa de Referência em Inclusão Social (PUC Goiás). E-mail: dra.julianahannum@yahoo.com.br

\*\*\*\* Graduada em Psicologia (PUC Goiás). Bolsista de Iniciação Científica do CNPq. Especializanda em Psicologia da Educação e Aprendizagem pela Universidade Cândido Mendes/RJ. E-mail: raissaavilapsi@gmail.com

\*\*\*\*\* Psicóloga Clínica. Graduada em Psicologia (PUC Goiás). Email: dhsociais@gmail.com.

\*\*\*\*\* Psicóloga Clínica e Hospitalar do setor de Pediatria do Hospital Araujo Jorge, Goiânia/GO.

\*\*\*\*\* Docente na Pós-Graduação em Psicologia Hospitalar do Instituto de Pesquisa e Ensino - GO. E-mail: dhsociais@gmail.com

**N**o estudo do câncer, compreendido como um conjunto de mais de 100 doenças, cujo fator preponderante é o crescimento de células com desenvolvimento desordenado e sua invasão nos tecidos e órgãos (Instituto Nacional do Câncer - INCA, 1996), faz-se necessário considerar, além das variáveis de ordem biológica, os aspectos psicossociais envolvidos no processo de adoecimento.

Já em seu surgimento, o termo psicossocial fez frente a uma visão da saúde e da doença que se limitava aos aspectos médicos (SANTOS, 2008). Termos como comunidade e família apareceram como elementos fundamentais para a verdadeira reabilitação do paciente.

A Organização Mundial de Saúde - OMS, por exemplo, definiu a reabilitação psicossocial como um conjunto de atividades que favorece a recuperação do paciente, por meio do desenvolvimento de “[...] insumos individuais, familiares e comunitários” (PITTA, 1996).

Dessa forma, o termo psicossocial contempla não somente o estado biológico, mas introduz fatores ambientais, bem como a qualidade das redes sociais, sem as quais o indivíduo poderia compreender a si mesmo como impotente, reduzindo sua capacidade de enfrentamento das dificuldades inerentes à perda da saúde (LUSSI; PEREIRA; PEREIRA JÚNIOR, 2006).

O presente trabalho abordará o câncer no contexto da infância. Bianchi e Camargo (2000) justificam a relevância do estudo do câncer infantil por meio de razões tanto qualitativas, quanto quantitativas. Em seu aspecto qualitativo observa-se, uma diferença em relação ao adulto quanto aos aspectos histológicos, biológicos, evolução clínica e tratamento.

Ainda de acordo com Bianchi e Camargo (2000) observa-se que a grande maioria dos casos não se subordina às previsões de ordem genética ou congênita. Em outras palavras, o fator hereditário pouco influencia no aparecimento do câncer na infância.

No que se refere ao aspecto quantitativo, importa mencionar que o câncer em crianças, ainda que raro, “... consiste a segunda causa de óbito nos países desenvolvidos e foi a quinta causa no Brasil, em 1994, representando 22% dos óbitos por neoplasias em menores de 15 anos” (BIANCHI; CAMARGO, 2000).

Dias e Latorre (2000) afirmam que não se pode compreender o câncer, a menos que se incluam na equação os aspectos epidemiológicos. Para além dos elementos individuais e conceitos médicos da doença, fatores como cultura, ambiente, condições socioculturais e manifestação geográfica ampliam a compreensão acadêmica, ao permitir uma análise do comportamento do câncer na coletividade.

Tal movimento instrumentaliza não somente a equipe de saúde, mas também os órgãos públicos a atuarem de forma conjunta, no sentido de promover políticas públicas que favoreçam medidas preventivas, bem como um trabalho assistencial mais eficaz à população (LATORRE, 2000).

O Ministério da Saúde (2013) definiu diretrizes para o cuidado, nas redes de saúde, das pessoas que sofrem de doenças consideradas crônicas. Como uma das ferramentas para qualificar o atendimento dessas pessoas, foi criado um plano de ações terapêuticas, que consiste no Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Tal iniciativa, que foi fruto de discussões que envolveram diversos profissionais de diferentes especialidades, bem como os pacientes, aborda o usuário como um sujeito em sua condição peculiar e de maior fragilidade (OLIVEIRA, 2008; BRASIL, 2010).

De acordo com Campos e Amaral (2007), o PTS atua na revisão do diagnóstico, partindo da avaliação de riscos e da redefinição de estratégias de intervenção terapêutica, redirecionando tarefas e funções dos vários profissionais envolvidos no cuidado de pessoas.

No que tange os direitos da criança e do adolescente, tem se verificado uma tendência em valorizar e estruturar ações que contemplem suas específicas demandas. Segundo Alves (2007), o legislador brasileiro tem se atentado para os direitos da criança e do adolescente, afim de oferecer prioridade na assistência à sociedade e aos órgãos públicos e privados.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) declara no artigo 11 que é garantido por lei a assistência médica para crianças e adolescentes no sistema único de saúde de forma universal e igualitária nos serviços de promoção de saúde.

Quanto ao tratamento do câncer na infância, um dos instrumentos atualmente disponíveis para compreensão da dinâmica psicossocial, bem como para orientação terapêutica, é o Manual de Orientações sobre Aspectos Psicossociais em Oncologia Pediátrica (MASERA et al., 2009).

O principal objetivo do referido Manual é a publicação, em linguagem acessível, de recomendações de medidas terapêuticas cientificamente verificadas. Tais recomendações são frutos de reuniões anuais, as quais, além de equipes multidisciplinares internacionais, contam também com a participação de famílias e pacientes que alcançaram a cura, cujos relatos são valorizados e podem passar a integrar o conjunto das orientações ali presentes (MASERA et al., 2009).

Os aspectos psicossociais abordados no Manual contemplam desde o momento em que a criança recebe o diagnóstico de uma doença maligna. A partir daí, sua dinâmica familiar é abruptamente modificada. É comum que inicialmente o medo se instale, o choque da notícia também produza descrença e posteriormente, manifestem-se sentimentos e comportamentos incoerentes e de difícil assimilação (MASERA et al., 2009).

Frequentemente, os envolvidos desenvolvem um estado de inércia e se sentem incapazes de contribuir. Alguns se isolam e tais reações podem desencadear estresse e ansiedade. Estas reações fazem parte das primeiras estratégias que cada pessoa desenvolve para conseguir enfrentar a ocasião, gerando um grande volume de energia, o que caracterizará uma postura ativa ou passiva. A postura adotada, por sua vez, repercutirá de forma positiva ou negativa no processo de busca pela cura (MASERA et al., 2009).

Diante disso, para que o paciente, família e equipe mobilizem suas energias positivamente, propõe-se que sejam realizadas alianças terapêuticas, afim de contribuir para o combate da doença (MASERA et al., 2009). Tais alianças, influenciam significativamente o resultado da terapia, na medida em que, de acordo com Zetzel (apud CORDIOLI, 1998), a capacidade de aliar-se ao terapeuta envolve um certo grau de maturidade dos envolvidos.

Essas alianças podem se restringir aos membros da família juntamente com a equipe médica e/ou abarcar grupos maiores, compostos por famílias e equipes de saúde multidisciplinares. Em ambos os casos, o objetivo coincidente é o de curar a doença e reduzir suas sequelas em seus diversos âmbitos, valendo-se do esforço de todos os envolvidos (MASERA et al., 2009).

Nessa aliança terapêutica, cabe aos médicos, bem como aos demais membros da equipe, estabelecer uma relação com os familiares e pacientes, a qual não negligencie seus valores e competências, informando-os sobre o diagnóstico e os métodos terapêuticos a serem realizados, além de estimulá-los a participar ativamente no tratamento. Cabe ainda à equipe verificar se o paciente e sua família carecem de suporte psicossocial (MASERA et al., 2009).

De acordo com Santos e Sebastiani (1996) a doença crônica interrompe a essência de vida do paciente. Dessa forma, cabe ao psicólogo hospitalar atuar junto ao doente, contemplando-o empaticamente em sua totalidade, no sentido de permitir-lhe retomar essa essência comprometida.

Santos e Sebastiani (1996) também ressaltam a relevância da mediação realizada pelo psicólogo, visando amenizar as dificuldades desenvolvidas nas relações entre os diversos profissionais, família e paciente, diante dos complexos sentimentos evocados ao longo do tratamento.

Sendo o profissional mais capacitado a dedicar-se à investigação da percepção do paciente no processo de adoecimento, o psicólogo favorece-lhe o enfrentamento de seu sofrimento e, por sua vez, a ressignificação e superação de seus momentos de crise (SANTOS; SEBASTIANI, 1996).

À família, cabe, atuar junto à equipe de saúde, no sentido de que a criança seja percebida, ao longo de todo o tratamento, em seu contexto psicossocial. Dessa forma, torna-se possível atender o paciente em suas diversas necessidades, as quais extrapolam o âmbito meramente biológico (MASERA et al., 2009).

De acordo com Cunha e Rumen (2008), nesse modelo psicossocial, o paciente e sua família não mais se limitam ao papel de objetos de intervenção, assumindo a responsabilidade de agentes transformadores de suas próprias vidas, uma vez que é facultado a eles o poder de influenciar nas condições peculiares de seu processo de ser e adoecer.

Lembrando Straub (2005), cada vez mais os pesquisadores conseguem identificar os mecanismos fisiológicos, como: a raiva, a solidão e outros fatores psicossociais que afetam negativamente a saúde, e a conexão social aliado a um senso de auto-empoderamento, como benéficos, pois é compreendido que existe um otimismo que eleva a autoestima.

Para que isso aconteça, não se deve, segundo Cunha e Rumen (2008), isolar o paciente como medida terapêutica. Antes, ele deve permanecer junto a sua rede social, compreendida como o conjunto de pessoas com quem mantemos um relacionamento regular (SLUZKI, 1997). Conforme o autor, no conjunto dessas relações, aquelas pessoas com quem estabelecemos um contato cotidiano pertencem a um círculo interno de relações íntimas, sendo, portanto, mais significativas.

Por essa razão, a presença da família apresenta-se como fator de extrema importância para a reabilitação. De acordo com Cunha e Rumen (2008), por meio da inclusão e de uma abordagem que priorize o acolhimento, a qualidade de vida e a responsabilização, torna-se possível acessar o paciente em sua singularidade.

Enquanto um ser inserido em uma rede social, desde o momento da descoberta da doença, observa-se uma repercussão em todos os envolvidos. A partir de então, além dos conflitos familiares preexistentes, novas dificuldades podem surgir em decorrência do diagnóstico e do tratamento. Essa dinâmica familiar é trazida pela criança no momento do atendimento psicológico, observando-se assim as interferências psicossociais, razão pela qual o presente trabalho pretende abordar o câncer no contexto da infância, dedicando-se, sobretudo, ao impacto dos aspectos psicossociais sobre a dinâmica familiar do paciente e como estas dificuldades são trazidas pela criança durante o processo de tratamento.

Diante disso, o presente estudo tem por objetivo Investigar no discurso da criança em tratamento oncológico, de que forma os aspectos psicossociais interferem na dinâmica familiar e influenciam no tratamento.

## CAMINHO METODOLÓGICO

Os participantes do estudo foram três crianças, com idade de 6 a 8 anos. Elas estiveram em tratamento oncológico, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no período de Setembro

a Outubro de 2015. Os dados primários foram coletados no atendimento às crianças. Os dados secundários complementares às falas das crianças foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas construídas a partir do que surgiu do atendimento à criança e precisou de clarificação junto aos cuidadores responsáveis durante o seu processo de tratamento.

Foi utilizado o consultório da pediatria do HAJ, que continha 01 mesa, 03 cadeiras, 01 sofá, 01 computador e armários contendo brinquedos, jogos diversos e livros infanto-juvenis. Foram utilizadas ainda as demais dependências da pediatria do hospital, tal como a enfermaria ou a sala de atividades lúdicas, desde que a interferência no discurso da criança fosse preservada. As entrevistas complementares com os pais foram feitas no consultório da Psicologia na Pediatria.

Os materiais utilizados incluíram computador, gravador, tintas para cartucho de impressão, impressora, folha A4, lápis, apontador, caneta, borracha, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como demais materiais lúdicos disponíveis no consultório de Psicologia.

Após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa, três crianças e seus responsáveis foram aleatoriamente convidados pela estagiária a participar do estudo. Os participantes foram informados acerca da pesquisa e proposta a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias. Uma ficava com o responsável e outra com a pesquisadora. Nesse termo estavam explicitados os detalhes necessários sobre a pesquisa, bem como seu caráter de voluntariedade, possibilidade de desistência a qualquer momento, benefícios, riscos e sigilo do participante.

Foram selecionados os participantes para o presente estudo a partir dos seguintes critérios de exclusão: (a) idade inferior a cinco anos ou superior a doze anos; (b) crianças cujo atendimento individual não trouxesse questões referentes aos conflitos psicossociais; (c) crianças e/ou responsáveis que não concordassem em participar do estudo; (d) crianças com diagnóstico psiquiátrico.

Os critérios de inclusão foram os seguintes: (a) idade superior a cinco anos ou inferior a doze anos; (b) crianças cujo atendimento individual trouxesse questões referentes aos conflitos psicossociais; (c) crianças e responsáveis que concordassem em participar do estudo; (d) crianças sem diagnóstico psiquiátrico. Tratou-se, portanto, de uma amostragem proposital, intencional e deliberada (TURATO, 2003).

Os atendimentos realizados foram transcritos imediatamente após o seu término, visando manter o máximo de integridade das falas dos pacientes. Já a entrevista complementar com os pais foi feita após o atendimento da criança, sendo gravada a partir da permissão dos mesmos.

A investigação clínica teve como abordagem teórica a Psicologia da Saúde, mantendo-se o modelo biopsicossocial e interdisciplinar, para o estudo de questões ligadas à saúde. Foi utilizado, portanto o Método Clínico-qualitativo, que, de acordo com Turato (2003), define-se como um método cujos pilares repousam nas atitudes existencialista, clínica e psicanalítica, as quais, por sua vez, ensejam o acolhimento e a valorização das emoções mobilizadas na relação estabelecida com os indivíduos em estudo. O autor ainda observa que o referido método subsidia interpretações a sentidos e a significados trazidos pela pessoa hospitalizada e que o pesquisador possui a liberdade para dialogar com vários aparatos teóricos, demonstrando um caráter interdisciplinar (TURATO, 2003).

Como técnica de intervenção junto à criança, foi utilizada a Psicoterapia Expressiva de Apoio, de orientação psicanalítica. Partiu-se de um parâmetro “expressivo-apoiador”,

segundo o qual os componentes de apoio ao tratamento são aqueles que reforçam o ego, buscando o controle dos impulsos, tolerância à frustração, ansiedade ou depressão, capacidade para antecipação, pensamento reflexivo e sublimação e comunicação através de jogos ou da linguagem (KERNEBERG *apud* CORDIOLI, 1998).

O componente expressivo refere-se aos esforços do terapeuta em abordar os conflitos inconscientes e mecanismos de manejo desadaptados do paciente, na tentativa de torná-los conscientes pela expressão na palavra, ressignificando-os dentro do controle do ego (CORDIOLI, 1998) e, assim, lidando melhor com as pressões mais específicas do tratamento.

Nesse sentido, foram apresentados estudos de casos, que, segundo GODOY (*apud* NEVES, 1996) tem como objetivo examinar detalhadamente um ambiente, sujeito ou situação específica. Conforme Neves (1996), essa modalidade de pesquisa qualitativa tem se tornado preferencial quando o intuito do pesquisador é saber como e porque determinados fenômenos ocorrem, ou ainda quando a pesquisa a ser desenvolvida apresenta uma reduzida possibilidade de controle dos eventos.

A análise dos resultados foi realizada em cinco fases, conforme definidas por Turato (2003) descritas a seguir.

Na primeira fase, ocorreu a preparação inicial do material. Nesse momento, foram transcritas as entrevistas gravadas e anotações realizadas em campo pela pesquisadora para arquivos de computador.

A segunda fase, definida como pré-análise, caracterizou-se pela leitura do material transcrito, a fim de se buscar conteúdos que não fossem explicitamente ditos, mas que repousassem nas entrelinhas do discurso.

Na terceira fase, os assuntos presentes no material colhido foram categorizados e subcategorizados, destacando-os por relevância. A partir de então, os dados que antes eram brutos tornaram-se organizados.

Na quarta fase, buscou-se uma validação externa, através da supervisão com o orientador da pesquisa. Nesse momento, o estudo foi socializado, por meio de discussões, apresentações e debates.

Finalmente, na quinta fase foram apresentados os resultados de forma descritiva. A apresentação dos resultados ocorreu com citações que ilustraram as falas e de tal maneira que favorecessem a discussão e interpretação do material apresentado.

Para uma maior clareza e didática na apresentação dos resultados, Turato (2003) orienta a contemplação explícita do que ele denominou tríade fenômeno-significado-interpretação. O primeiro elemento da tríade revela o fenômeno que está sendo considerado, a partir das experiências e imaginações do sujeito. No segundo momento, evidencia-se a compreensão psicológica e sociocultural do entrevistado acerca do que foi anteriormente exposto. Na etapa final, é oferecida a interpretação científica do pesquisador, tendo como base o significado trazido pelo indivíduo observado.

## ANÁLISE DOS DADOS

As crianças foram atendidas em um número de três sessões para cada participante, a fim de que fossem realizadas a análise e a investigação propostas nesta pesquisa. As sessões que contemplam dados significativos para os resultados são descritas a seguir.

Na 1ª sessão, o atendimento foi dividido entre a atividade escolhida pela criança e a solicitação da estagiária de que fosse desenhada sua família e em seguida que falasse as principais características de cada membro. Já na 2ª sessão, apenas a criança escolheu qual atividade realizar. Enquanto ela brincava, foram investigadas as questões trazidas na sessão anterior. A 3ª sessão destinou-se à entrevista com a mãe. A 4ª sessão foi realizada com a criança, com o intuito de investigar se a perspectiva dela ainda era a mesma ou se algo havia mudado.

Todos os nomes citados são fictícios, a fim de garantir o sigilo de suas identidades. As falas de todos os participantes serão mantidas na íntegra incluindo os erros de português.

Nos diálogos ocorridos nas sessões, a fala da estagiária de Psicologia foi sinalizada com a letra P. As crianças e as mães foram identificadas, respectivamente, da seguinte forma: S1 e MS1 para o caso 1, S2 e MS2 para o caso 2 e S3 e MS3 para o caso 3.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Caso clínico 1

S1 tem 7 anos, quinto filho de uma prole de cinco. Morador da cidade de Niquelândia, encontrava-se em tratamento de Linfoma não Hodgkin.

Quando internadas, é natural que as crianças levem um tempo para se adaptar ao ambiente hospitalar. De acordo com Valle (2001), espera-se a instalação de uma turbulência a partir do diagnóstico, a qual dificulta a assimilação das informações relacionadas à doença e ao tratamento, tornando-se necessária a repetição das orientações relativas à nova realidade.

Para S1, esse processo apresentou-se de forma pronunciada. Mantinha silêncio quase absoluto, sendo esporadicamente possível ouvir algumas palavras, que mais pareciam sussurros e quase sempre direcionadas à mãe. Não se manifestava nem nos procedimentos mais delicados, tal como ao puncionar a veia.

Sempre obedecia ao comando da equipe, raramente brincava com outras crianças e passava maior parte do tempo no leito. Considerando-se que a rotina de uma pediatria é rodeada de expressões, a ausência delas despertou uma atenção acentuada.

Outra característica marcante do paciente eram seus olhos. Mantinha-os arregalados, observando tudo, ao mesmo tempo em que transpareciam muita insegurança.

A mãe relatou que quando S1 recebia a notícia de alta, dizia que não queria ir para casa. A fim de investigar o fato, foi inicialmente estabelecido o vínculo no leito, quando lhe foram oferecidos alguns brinquedos e materiais como papel e giz de cera.

No dia seguinte, S1 ainda permanecia no leito, mas tinha conseguido se expressar em alguns desenhos, os quais eram completamente desconexos.

Seu contato visual era quase nulo, sem falas espontâneas, respondia o que lhe era perguntado apenas com o balançar da cabeça.

### Caso clínico 2

S2, oito anos, 2º filho de uma prole de quatro, reside em Nerópolis. Foi internado para investigação de uma massa no abdômen, posteriormente diagnosticada como tumor desmoplásico.

Durante os primeiros dias de internação era um garoto espontâneo, animado, falante e interagiu com toda a equipe. Com o passar do tempo ficou triste, não interagiu e passava boa parte do dia no leito.

Quem acompanhava S2 era o pai, pois a mãe se ocupava do cuidado dos demais filhos, incluindo um bebê. No entanto todos os dias no horário de visita a mãe se fazia presente. Apresentava-se muito agitada e ansiosa. O pai apresentava comportamento oposto da mãe e sempre parecia estar calmo.

Notou-se que apesar de S2 não se queixar de ser acompanhado pelo pai, era na presença da mãe que se revelava confortável, e enquanto permaneciam juntos seu humor melhorava, ficando mais disposto.

### Caso clínico 3

S3, 6 anos, filho mais novo de uma prole de dois, natural de Piranhas. Submetia-se ao tratamento de Leucemia Linfóide Aguda.

A mãe agendou o atendimento no serviço de psicologia, quando o paciente não se encontrava internado. A busca se deu pela exaustão materna. Conforme relatou, já não sabia como lidar com a agressividade do filho.

No hospital, quando chegava a hora de puncionar sua veia, eram necessárias várias pessoas para segurá-lo. Foi grosseiro com a professora, bem como com outros profissionais. Durante as internações, não obedecia aos comandos da mãe, respondendo-a de forma rude.

A mãe relatou que, em casa, os comportamentos eram semelhantes e sinalizou a intolerância de S3 à frustração.

A partir dos discursos das crianças puderam-se separar as seguintes temáticas referentes aos aspectos psicossociais: a) Relações familiares geradoras de angústia; b) Relações fraternais indicadoras de afeto; c) Condição hospitalar geradora de conforto; e) Família como filtro dos conflitos psicossociais.

A presença da família consiste em fator de extrema importância para a reabilitação. De acordo com Cunha e Rumen (2008), é nesse contexto inclusivo que se torna possível acessar o paciente em sua singularidade.

Enquanto um ser inserido em uma rede social, desde o momento da descoberta da doença, observa-se uma repercussão em todos os envolvidos. A partir de então, além dos conflitos familiares preexistentes, novas dificuldades podem surgir em decorrência do diagnóstico e do tratamento. Essa dinâmica familiar é trazida pela criança no momento do atendimento psicológico, possibilitando-nos observar as interferências psicossociais.

A partir da fala de S1 e S2, bem como da confirmação das mães, percebeu-se o quanto as crianças já haviam sido expostas a uma violência doméstica anterior à situação de tratamento, tendo, portanto, que lidar com um acúmulo de situações estressantes, ou seja, a agressividade paterna no ambiente familiar foi acrescida de uma invasão corporal provocada pelo início do tratamento. Embora procedimentos, como o puncionamento de veias, sejam sentidos como forte agressão, tanto S1 quanto S2 não se queixavam, sugerindo uma reprodução do comportamento submisso, em resposta a um possível reflexo do medo já vivenciado anteriormente no ambiente familiar.

Quanto a S3, verificou-se a existência de um ambiente familiar descrito como estressante e permeado de raiva. Diante do tratamento, S3 se comportou valendo-se do mesmo



padrão vivenciado na sua família. Pode-se identificar a constatação desse fato por meio da fala da mãe de S3. Geralmente, permanecia impaciente, irritado e, por muitas vezes, agia de forma rude com a mãe, com outros pacientes e com a equipe de saúde.

Percebeu-se aqui o quanto as relações interpessoais estabelecidas entre as crianças em questão e seus entes familiares apresentam-se como suporte ao tratamento, potencializando o bem estar emocional e fortalecendo o senso de integração e pertença ao grupo social.

Ao longo do atendimento de S1, por exemplo, ficou evidente como, ao falar da irmã, seu semblante apático modificou-se, assumindo uma expressão de afeto e tornando-o mais amoroso e alegre.

Os diálogos acima demonstram a pertinência das considerações realizadas por Cunha e Rumen (2008), segundo as quais não se deve isolar o paciente como medida terapêutica. Antes, ele deve permanecer junto a sua rede social, compreendida como o conjunto de pessoas com quem mantemos um relacionamento regular (SLUZKI, 1997).

A preferência da criança em permanecer no ambiente hospitalar indica o estabelecimento de relações empáticas e suporte social, provavelmente ausentes em seu contexto familiar. Tais relações são, de fato, esperadas, conforme preconiza Santos e Sebastiani (1996). De acordo com os autores, a doença crônica interrompe a essência de vida do paciente, cabendo ao psicólogo hospitalar, bem como à equipe de saúde, atuar junto ao doente, contemplando-o empaticamente em sua totalidade, no sentido de permitir-lhe retomar a essência comprometida.

Todavia, se por um lado cabe à equipe favorecer o enfrentamento do sofrimento vivenciado pelo paciente e, por sua vez, a ressignificação e superação de seus momentos de crise, conforme discorrem Santos & Sebastiani (1996), por outro lado, é de extrema importância identificar a existência de ganhos secundários, porventura presentes na relutância do paciente em retomar a sua rotina fora do contexto hospitalar.

No caso de S1, a relutância em deixar o hospital seria compreensível, a partir da perspectiva de um possível ganho secundário, considerando que ao permanecer ali, o paciente não somente poderia se esquivar da agressividade existente em seu contexto familiar, como também receber afeto e apoio de toda a equipe e saúde envolvida em seu tratamento.

A entrevista iniciou-se com a passividade materna, insinuada na fala da criança. Através do diálogo com a mãe, percebeu-se que, a princípio, os conflitos psicossociais eram vivenciados por toda a família, sem o cuidado de poupar as crianças das dificuldades enfrentadas pelo casal.

Todavia, ao longo do tratamento, verificou-se que a doença de S1 modificou, em parte, a postura do pai diante da família. Ademais, ficou evidente que as novas relações estabelecidas no ambiente hospitalar implicaram em mudanças significativas no comportamento da mãe, a qual passou a se impor e filtrar os conflitos existentes no contexto psicossocial.

Quanto a S2 e S3, movimento semelhante pôde ser percebido através da fala das mães. Verifica-se que as discussões e comportamentos agressivos eram inicialmente presenciados pelas crianças, sem qualquer filtro. No entanto, a própria família percebeu a necessidade de poupá-los da exposição aos frequentes conflitos interpessoais. A partir da imposição das mães das crianças em questão, insinuou-se o desejo de mudança por parte dos pais. Tal iniciativa foi reconhecida e estimulada, através da orientação quanto aos benefícios do desenvolvimento de um ambiente familiar harmônico, como suporte ao tratamento da criança.

Ao longo do acompanhamento, verificou-se que a família de S1 de fato passou a adotar um comportamento distinto, poupando-o consideravelmente dos conflitos e insegu-

ranças familiares. Ao passo que, nos casos das famílias de S2 e S3, ainda que alguma mudança tenha ocorrido, por várias vezes pôde-se presenciar comportamentos de exposição da criança às fragilidades emocionais de suas famílias.

Confirma-se aqui, conforme Cunha e Rumen (2008), que o paciente e sua família não mais se limitam ao papel de objetos de intervenção, assumindo a responsabilidade de agentes transformadores de suas próprias vidas, uma vez que é facultado a eles o poder de influenciar nas condições peculiares de seu processo de ser e adoecer.

Lembrando Straub (2005) cada vez mais os pesquisadores conseguem identificar os mecanismos fisiológicos pelos quais a raiva, a solidão e outros fatores psicossociais afetam negativamente a saúde e, por outro lado, a conexão social e o senso de auto-empoderamento exercem efeitos benéficos, se tratar de um otimismo que eleva a autoestima do paciente hospitalizado.

Ratificando a compreensão dos autores acima mencionados, verificou-se, no caso dos sujeitos aqui estudados, as seguintes características:

No que se refere a S1, o suporte emocional oferecido a partir da mudança da dinâmica familiar melhorou consideravelmente sua postura diante do tratamento. Ao chegar ao hospital, S1 apresentava-se apático e submisso, evitando contato com os pacientes e profissionais ali presentes. Sofria em silêncio as dores e desconfortos provenientes do tratamento. A partir do momento em que a família passou a se esforçar para poupá-lo da exposição desnecessária aos conflitos psicossociais, evidenciou-se uma alteração significativa no padrão comportamental de S1. Passou a estabelecer contato com as demais crianças e até a se impor nessas relações. Além disso, agora comunica os desconfortos sentidos durante o tratamento.

De forma geral, revela-se mais seguro. Seus desenhos não mais são desconexos e suas brincadeiras deixaram de ser silenciosas e desestruturadas. Nos atendimentos, substituiu respostas lacônicas e monossilábicas por comunicações mais elaboradas e complexas.

Quanto a S2, verificou-se movimento inverso. Ao chegar ao hospital, apresentava-se comunicativo, estabelecendo contato com as crianças em tratamento, bem como com os profissionais de saúde. A partir da angústia e insegurança geradas nos pais com a expectativa do diagnóstico e, posteriormente, confirmação da doença, S2 retraiu-se, tornando-se mais silencioso e recluso ao leito.

Vale ressaltar ainda o esforço de S2 em não revelar à mãe informações relativas ao seu estado de saúde, no intuito de não vê-la desequilibrar-se e sofrer. A insegurança demonstrada pela mãe conduziu S2 a uma posição de isolamento, uma vez que não pôde mais extrair dela a segurança e o suporte necessários ao enfrentamento dos desafios por ele vivenciados.

No que tange a S3, o estresse demonstrado pela mãe desde o início do tratamento conduziu-a a um estado de esgotamento e impaciência, o qual se reflete na inabilidade de S3 em seguir regras e lidar com suas próprias frustrações. Apresenta um comportamento agressivo em seu relacionamento com os pacientes e profissionais. Já ao final do presente acompanhamento, desenvolveu uma compulsão alimentar, a qual também foi negligenciada pela mãe.

A compulsão alimentar, compreendida como uma agressividade voltada à própria criança, atenuou o comportamento agressivo canalizado aos outros. Considerando que a agressão ao mundo interno é melhor aceita socialmente, a mãe de S3 fornecia-lhe quantidades excessivas de alimentos, no intuito de não mais ter que lidar com os comportamentos agressivos do filho.

Portanto, ao compararmos as experiências acima relatadas, fica evidente que os aspectos psicossociais consistem em fator significativo na qualidade do tratamento oferecido à criança. A transformação observada na família de S1, a qual passou a poupá-lo da exposição aos frequentes conflitos familiares, bem como da insegurança e ansiedade maternas, em muito contribuiu para o estado geral de sua saúde.

Por outro lado, quando se analisa as famílias de S2 e S3, constata-se que a ausência de um filtro dos conflitos psicossociais, capaz de resguardar as crianças dos desequilíbrios familiares, comprometeu o autoempoderamento resultante do suporte emocional proporcionado pelas suas redes sociais, reduzindo-lhes a capacidade de se colocarem de forma mais adaptada diante de tão desafiadoras circunstâncias.

Tal fato confirmou as hipóteses anteriormente expostas, segundo a qual famílias que protegem mais as crianças dos conflitos psicossociais, isto é, filtram melhor as informações, adequando-as à idade da criança, também a auxiliam mais durante o processo de busca pela cura.

Embora outros fatores estejam envolvidos no sucesso do tratamento, pode-se afirmar que, independente do resultado, a presença de um ambiente familiar mais harmônico possibilita à criança postar-se com mais segurança e resiliência diante das condições a ele apresentadas.

## CONSIDERAÇÕES

O presente estudo proporcionou aos profissionais de saúde uma aproximação biopsicossocial de três pacientes. Acreditamos que as dinâmicas e características aqui analisadas se fizeram relevantes a toda a equipe que permanece em contato com os pacientes em questão.

Como se verificou, o câncer não é a única dificuldade enfrentada por eles. Conflitos psicossociais diversos somam-se aos desafios estritamente biológicos, aumentando a responsabilidade da família e profissionais envolvidos no processo de busca pela cura. Por essa mesma razão, interessa a todos a compreensão das dinâmicas interpessoais suscitadas ao longo do tratamento, momento no qual o presente estudo poderá ser de alguma utilidade.

Considerando a amplitude do tema aqui abordado, outras questões poderão ser tratadas, a partir dos dados levantados para a realização deste estudo, tais como: A perspectiva da criança acerca dos conflitos psicossociais, de acordo com as etapas do desenvolvimento; Como famílias que têm um filho com câncer e outro com transtorno psiquiátrico lidam com a dupla demanda?; Como o tratamento oncológico de crianças influencia na perspectiva de mundo das mães, considerando que, para muitas, o ambiente doméstico era o único contexto ao qual estiveram inseridas?

A pediatria oncológica dispõe de vasto campo para estudiosos e, com propriedade, afirmo aos psicólogos que muita diferença poderão fazer, caso decidam atuar neste fértil ambiente, no qual seres humanos vivendo situações extremas e atípicas precisam ser cuidados biológica e emocionalmente.

## PSYCHOSOCIAL ASPECTS: INTERFERENCE IN CHILDREN IN ONCOLOGICAL TREATMENT

*Abstract: the present study aims to investigate, through the discourse of the child in cancer treatment, the psychosocial aspects of the child with the family and the team and how they influence the treat-*

ment. The study was carried out by means of a case study, with three pediatric children, in a Hospital in the city Goiania, aged between 6 and 8 years. In order to do so, clinical research had as its theoretical approach the Health Psychology, maintaining the biopsychosocial and interdisciplinary model. The results show that the experiences experienced by the children elucidate the psychosocial aspects as a significant factor in the quality of the treatment offered. Although other factors are involved in the success of the treatment, it can be affirmed that the presence of a harmonious family environment allows the child to develop with more security and resilience in face of the conditions presented to him.

Keywords: *Childhood. Interferences. Psychosocial Aspects. Family Dynamics.*

## Referências

- ALVES, Lourenço Junior. Aspectos Éticos e Legais. In: CAMARGO, Beatriz; KURASHIM, Andrea Y. (Orgs.). *Cuidados Paliativos em Oncologia Pediátrica*. São Paulo: Lemer, 2007.
- Antônio, Patríci. A Psicologia e a doença crônica: Intervenção em grupo na diabetes Mellitus. *Psicologia, Saúde & Doenças*, v. 11, n. 1, p. 15-27, 2010. Recuperado em 19 de dezembro de 2017, de [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1645-00862010000100002&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862010000100002&lng=pt&tlng=pt).
- BIANCHI, Alois; CAMARGO, Beatriz. O papel do pediatra frente à criança com câncer. In: CAMARGO, Beatriz; LOPES, Luiz Fernando (Orgs.). *Pediatria oncológica: noções fundamentais para pediatria*. São Paulo: Lemar, 2000.
- CAMPOS, Gastão Wagner Sousa; AMARAL, Márcia Aparecida. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 12, n. 4, ago, 2007.
- CORDIOLI, A. Volpato. *Psicoterapias: Abordagens atuais*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- CUNHA, Ângela Damásio; RUMEN, Frida Abezguaz. Reabilitação psicossocial do paciente com câncer. In: CARVALHO, Vicente Augusto; FRANCO, Maria Helena Pereira; KOVÁCS, Maria Julia; LIBERATO, Regina Paschoalucci; MACIERA, Rita de Cassia; VEIT, Maria Teresa; GOMES, Maria Jacinta Benites; BARROS, Luciana Holtz. (Orgs.). *Temas em psico-oncologia*. São Paulo: Summus, 2008.
- ESTATUTO da Criança e do Adolescente Anotado e Interpretado, Brasília, 1990.
- INSTITUTO Nacional do Câncer (Brasil). *O que é o Câncer?* Rio de Janeiro: INCA, 1996.
- LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, Jean Bertrand. *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- LATORRE, Maria do Rosário Dias de Oliveira. Epidemiologia dos tumores na infância. In: CAMARGO, Beatriz; LOPES, Luiz Fernando (Orgs.). *Pediatria oncológica: noções fundamentais para pediatria*. São Paulo: Lemar, 2000.
- LUSSI, Isabela Aparecida de Oliveira, PEREIRA, Maria Alice Ornellas, & PEREIRA JUNIOR, Alfredo. (2006). A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização?. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 14, n. 3, p. 448-456.
- MASERA, Guido et al. Orientações para estabelecer uma aliança terapêutica entre a família e a equipe de saúde. In: ESPELMAN, Cláudia; PREDROSA, Abil (Orgs.). *Orientações*

- Sobre Aspectos Psicossociais em Oncologia Pediátrica*. São Paulo: SIOP, 2009, p. 10-57.
- MINISTÉRIO da Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritária. Brasília, 2013.
- NEVES J. L. *Pesquisa Qualitativa: características, uso e possibilidades*. São Paulo: Caderno de pesquisa, 1996.
- NEVES, Claudia Abbês Baêta. (2011). Manual de práticas da atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 27, n. 4, p. 817-819. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000400021>
- PITTA, A. O. (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996.
- SANTOS, L. M.; SANTOS, D. N.; SANTOS, A. C. S.; ASSIS, A. M. O.; PRADO, M. S.; BARRETO, M. L. Determinantes do desenvolvimento cognitivo na primeira infância: análise hierarquizada de um estudo longitudinal. *Cad. Saúde Pública*, v. 24, n. 2, p. 427-37, 2008.
- SLUZKI, C. E. *A rede social na prática sistêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.
- STRAUB, R. O. *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- TURATO, E. R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicada nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.