



UNIVERSIDADE SAGRADO CORAÇÃO

**Centro de Ciências Humanas
Curso Psicologia**

***Oncologia Infantil e Resiliência:
um enfoque na saúde¹.***

Autora: Renata Jordani Barbosa²

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria de Fátima Belancieri³

Bauru – 2005

¹ Estudo vinculado ao Grupo de Estudos e Pesquisa em Psicologia Hospitalar da Universidade Sagrado Coração (GEPPH-USC).

² Psicóloga, Mestranda em Psicologia Clínica (PUC-SP) e pesquisadora do GEPPH-USC

³ Doutora em Psicologia Hospitalar e Psicossomática (PUC-SP; Docente na graduação e pós-graduação da Universidade Sagrado Coração e Coordenadora do Grupo de Estudos e Pesquisa em Psicologia Hospitalar - GEPPH-USC).

Oncologia Infantil e Resiliência: um enfoque na saúde.

RESUMO

O presente estudo se pautou em uma metodologia de cunho bibliográfico que visou rastrear, em bases de dados, investigações realizadas nas áreas de ciências humanas e da saúde, sobre oncologia infantil e resiliência, identificando indicadores de proteção para a promoção da resiliência, podendo, dessa forma, contribuir para o fortalecimento das estratégias de enfrentamento do paciente e da família diante de um momento tão singular como a doença e a hospitalização. Assim, foi realizada uma caracterização da Resiliência e da Oncologia Infantil, sendo possível chegar a importantes considerações. De acordo com a revisão bibliográfica, foi possível observar que os indicadores de proteção mais presentes nos artigos foram: a rede de apoio familiar e social, a religião e as práticas lúdicas com as crianças. É também imprescindível que se trabalhe com a família e o paciente sobre os fatores que dificultam e facilitam o enfrentamento da doença, para que eles consigam superar o evento, e não somente adaptar-se a ele. Portanto, é necessário que o psicólogo atue nas instituições hospitalares, promovendo a resiliência de familiares e pacientes, através do processo grupal e lúdico, usando estratégias de enfrentamento mais positivas contra as adversidades, no caso o câncer infantil, promovendo deste modo a resiliência, e minimizando o sofrimento causado pela doença.

Palavras-chave: Oncologia Infantil, Promoção de Resiliência, fatores de proteção.

***Oncologia Infantil e Resiliência:
um enfoque na saúde.***

Autora: Renata Jordani Barbosa

Orientadora: Ms. Maria de Fátima Belancieri

Prof. Ms. Mônica Perri Khol Greggi
Mestre em Psicologia Clínica – PUC/SP

Prof. Ms. Sônia Maria Alves Paschoal
Mestre em Comunicação – FAAC – UNESP/Bauru

Suplente: Prof. Ms. Marilza Delpino
Mestre em Distúrbio do Desenvolvimento – Mackenzie/SP

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	05
2 DESENVOLVIMENTO	10
2.1 Resiliência: conceitos e características específicas	10
2.2 Oncologia: conceitos e características específicas	18
2.2.1 Oncologia infantil.....	23
2.2.2. Aspectos psicossociais da oncologia infantil.....	24
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS.....	36

1 INTRODUÇÃO

O tema abordado neste estudo monográfico se refere à Oncologia Infantil e à Resiliência. A escolha do mesmo vem sendo construída no decorrer do meu caminhar no curso de psicologia. Primeiramente, ao cursar a disciplina Métodos e Técnicas da Pesquisa Psicológica no segundo ano da Faculdade, em que deveríamos escolher um tema de pesquisa, desenvolvi um projeto sobre oncologia infantil, sob a orientação da professora Mestre Maria de Fátima Belancieri. Esse projeto tinha como objetivos identificar os efeitos psicoemocionais provocados pela quimioterapia em pacientes de seis a dez anos e verificar se estes sentimentos poderiam dificultar a evolução do tratamento. Além disso, pretendia avaliar de que forma a família reage diante da doença da criança. Foi neste momento que observei a necessidade de psicólogos no hospital atuando interdisciplinarmente na promoção, manutenção e recuperação da saúde.

Mais tarde, o aumento do interesse pela área de investigação aconteceu, principalmente, quando surgiu a oportunidade de cursar a disciplina Introdução à Psicologia Hospitalar. Neste momento, tive a oportunidade de desenvolver um trabalho sobre o câncer de mama, aprofundando os meus conhecimentos em oncologia.

No quinto ano, além dos estágios clássicos, teria que escolher mais um denominado estágio especial, para cursar. No estágio especial, temos sete opções, entre as quais os alunos devem escolher ao menos uma. Assim sendo, escolhi o Estágio Supervisionado em Psicologia Hospitalar, em que fui supervisionada novamente pela professora Maria de Fátima Belancieri. Neste ano, realizei estágio em um hospital Oncológico no interior do estado de São

Paulo, no setor da Pediatria, objetivando minimizar o sofrimento decorrente do diagnóstico e terapêutica dos pacientes e acompanhantes. Durante quatro meses foi feita uma observação no campo de estágio, o que possibilitou observar a carência de atendimento psicológico no referido setor, além de uma certa desinformação das crianças em relação às suas enfermidades. Ao mesmo tempo, foi observado o desconforto das acompanhantes com a mudança de sua rotina, bem como a preocupação com o adoecer de seus filhos. Levantadas as prioridades, foi oferecida uma assistência psicológica neste campo durante quatro meses, visando esclarecer e orientar pacientes e acompanhantes sobre todo o processo de hospitalização. Ao final deste estágio, foi elaborado um relato de experiência sobre nossas vivências no campo, desde o momento do levantamento de necessidades, até os resultados obtidos após as intervenções. Para a realização deste relato, foi feito um levantamento bibliográfico, em livros e bases de dados, sobre Psico-oncologia infantil, sendo possível perceber que a maior parte dos trabalhos mantém o foco na doença e não na saúde. Pudemos observar certa escassez de pesquisas direcionadas à promoção da saúde. Assim, consideramos importante investir em estudos que visem a minimizar o sofrimento do paciente e família, fortalecendo as estratégias de enfrentamento dos mesmos diante da doença e da hospitalização.

A hospitalização em LOPES e VALLE (2001) consiste em um momento de desestruturação do paciente e da família, sendo necessários recursos psicológicos e emocionais para lidar com a dor, com o ambiente e os procedimentos hospitalares. Os autores ressaltam que o diagnóstico de câncer infantil tem efeito devastador na dinâmica familiar, devido à inversão da ordem natural dos acontecimentos da vida, provocando, nos familiares, o medo da morte

da criança e outros sentimentos como: culpa, raiva, inconformismo, depressão e isolamento. A partir desses sentimentos, vivenciados pelo paciente e pela família, pode surgir, como defesa, a negação do diagnóstico. Existem dois tipos de negação: a saudável (defesa necessária até que se consiga enfrentar a situação, devendo se dissipar a partir do momento que paciente/família percebam que possuem recursos para lidar com a doença) e a prejudicial (enfraquece o paciente, pois este se priva de recursos para lidar com a situação e o impede de ter uma atitude saudável).

Os autores comentam, ainda, que a realidade de um filho com câncer pode transformar profundamente o cotidiano da família, o que implicará no redimensionamento da rotina. Isto está diretamente ligado ao grau de estruturação que a família se encontra. Desse modo, os pais podem necessitar encontrar ajuda para cuidarem de seus filhos saudáveis, procurar empregos adicionais para ajudar no orçamento e lidar com as mudanças no relacionamento familiar.

Esses autores enfatizam que podem surgir problemas na forma com que os pais lidam com o filho doente ou com os outros filhos. No primeiro caso, por estarem fragilizados com o sofrimento do seu filho, passam a tratá-lo de forma diferente do que faziam antes da doença. Isso pode ocorrer com o intuito de amenizar o sentimento de impotência frente à doença do filho, evitar sentimentos de culpa e remorso no caso de piora ou morte da criança e, ainda, por dó ou incapacidade de se dizer “não”. No caso dos irmãos saudáveis, estes terão, provavelmente, sentimentos de rejeição, abandono ou alienação, devido ao fato de seus pais passarem boa parte do tempo com o filho doente. Podem, ainda, coexistir sentimentos de raiva e ciúmes juntamente com a culpa. Nessas

situações, os pais devem compartilhar com os outros filhos o momento que estão vivenciando, para que eles possam participar da dinâmica familiar.

No momento em que a morte parece inevitável, estão envolvidos sentimentos de separação, perdas, lutos e tristezas, visto que cada família dispõe de recursos peculiares para lidar com essa situação. Além disso, nesse período, a maneira pela qual ocorre a comunicação familiar é decisiva, para que a criança doente sinta que não está desamparada e que sua família não desistiu dela (LOPES e VALLE, 2001). Consideramos extremamente importante se conversar com a criança sobre a morte e o morrer, através de experiências e jogos lúdicos que possam ser compreendidos pela mesma, de acordo com sua fase de desenvolvimento.

Complementando sobre a maneira como paciente/família enfrentam a doença, podem ser observados diferentes tipos de reações, como afirma Kubler-Ross (2000), que variam de acordo com o modo de ser de cada paciente, sendo que alguns se recuperam do impacto mais rápido e outros demoram um pouco mais. Dessa maneira, os pacientes utilizam-se de estratégias para se defender do sofrimento, como: negação, raiva, barganha, depressão, ou mesmo a aceitação, sendo que em todos esses estágios permanece presente a esperança.

Assim, o objetivo deste estudo foi rastrear, em bases de dados, investigações realizadas nas áreas de ciências humanas e da saúde, sobre oncologia infantil e resiliência, visando a identificar indicadores de proteção para a promoção da última, podendo dessa forma, contribuir para o fortalecimento do paciente e da família diante de um momento tão singular como a doença e a hospitalização.

Acreditamos que o desenvolvimento deste estudo contribuirá para com a comunidade científica na produção de conhecimentos específicos, uma vez que na literatura esta temática se encontra escassa. Além do auxílio no âmbito científico, este trabalho tem uma importância social, pois de posse desses novos conhecimentos é possível implementar novas ações em saúde, visando a melhorar a assistência aos pacientes oncológicos e sua família e, conseqüentemente, a promoção da saúde e qualidade de vida.

2 DESENVOLVIMENTO

Este estudo se pauta numa metodologia de cunho bibliográfico, que visou à pesquisa de diversos artigos sobre Oncologia Infantil e Resiliência. Assim, primeiramente foi realizado um rastreamento em base de dados (SciELO, Medline, Lilacs), com as seguintes palavras chaves: resiliência e câncer, resiliência e saúde, enfrentamento e câncer, câncer infantil e resiliência. Encontramos 51 artigos e, após a leitura dos resumos, foram selecionados apenas 20. Sobre os temas deste estudo, resiliência e câncer infantil, não foi encontrada nenhuma referência nas bases de dados, sendo que a maioria dos artigos sobre resiliência trata de pessoas em situação de pobreza e como enfrentam esta condição.

De acordo com a revisão realizada, foi possível conceituar e caracterizar a resiliência, investigando a sua atual fase de edificação e discussão, bem como a oncologia e oncologia infantil, levantando suas características específicas.

2.1 Resiliência: conceitos e características específicas

A resiliência é um conceito relativamente recente no campo da psicologia, que vem sendo pesquisada há cerca de trinta anos, no entanto, apenas nos últimos cinco anos é que tem sido discutida em congressos internacionais, estando, portanto em fase de construção e debate (PINHEIRO, 2004).

Yunes (2003) relata que o termo resiliência vem sendo utilizado há muito tempo pela Física e Engenharia, referindo-se à habilidade de uma substância retornar à sua forma original quando a pressão é removida, denotando uma flexibilidade. Por outro lado, a palavra resiliência, aplicada às ciências sociais e humanas, vem sendo utilizada há poucos anos e, freqüentemente, é explicada

como a habilidade de voltar rapidamente para o seu usual estado de saúde ou de espírito depois de passar por adversidades.

Ainda definindo o termo, Junqueira e Deslandes (2003) ressaltam que a resiliência não significa um retorno a um estado anterior, mas a superação diante de situações estressantes e/ou traumáticas. Ou seja, não se fala de resistência, mas sim de uma capacidade de se sair bem frente a fatores de risco. As mesmas autoras dizem ainda que após a superação do trauma, esta experiência não seria “apagada”, ao contrário, ela seria “elaborada simbolicamente”, passando a fazer parte das vivências do indivíduo e servindo como subsídio para atuar diante de novas situações.

Outra definição possível descreve que a resiliência é uma forma de manejo das circunstâncias adversas, externas e internas, sempre presentes ao longo de todo o desenvolvimento humano. Seria, portanto, a existência de flexibilidade interna que tornaria possível aos indivíduos interagirem com êxito, modificando-se de uma forma adaptativa diante dos confrontos com o meio exterior (RALHASIMÕES, 2001 *apud* PINHEIRO, 2004).

Osório e Romero (2003) definem a resiliência como a habilidade que um indivíduo tem de utilizar suas características cognitivas, emocionais e socioculturais como resposta positiva diante de uma situação de adversidade. Os autores dizem ainda, que esta capacidade surge como consequência de se viver em ambientes conflituos, que são as chamadas situações de risco. Nesse sentido, Pesce et al (2004) afirmam que estes eventos considerados de risco são obstáculos individuais ou ambientais que aumentam a vulnerabilidade do indivíduo para resultados negativos em seus eventos de vida. Assim, considerando que estas experiências negativas são inevitáveis para qualquer

indivíduo, deve-se levar em consideração os níveis de exposição e dos limites de cada um. Alguns exemplos de fatores de risco são: condições de pobreza, rupturas na família, vivência de algum tipo de violência, experiências de doença e perdas importantes.

Segundo Yunes (2003), os termos que antecederam a resiliência na Psicologia foram invencibilidade ou invulnerabilidade. Em 1974, o psiquiatra E.J. Antony introduziu o termo invulnerabilidade na literatura para descrever crianças que apresentavam um bom desempenho emocional frente a prolongados períodos de adversidades e estresse psicológico. Alguns anos mais tarde, a aplicação do termo entrou em discussão, pois parecia sugerir que estas crianças eram totalmente imunes a qualquer tipo de desordem.

Assim, resiliência e invulnerabilidade não são termos equivalentes, pois a resiliência se refere a uma habilidade que o sujeito tem para superar as adversidades, e não que ele sairá ileso destas, como implica o termo invulnerabilidade (ZIMMERMAN E ARUNKUMAR, 1994; *apud* YUNES, 2003).

De acordo com Pinheiro (2004), a resiliência é um processo que vai se desenvolvendo ao longo da vida de um indivíduo, a partir do ajuste entre fatores de risco e fatores de proteção. Trata-se, portanto, de uma relação equilibrada, em que de um lado estão os eventos estressantes, ameaças, sofrimentos, e, do outro, as competências, o sucesso e a capacidade de reação e enfrentamento.

Em complemento às definições, Rutter (1987 *apud* PESCE et al, 2004) comenta que o processo que envolve a resiliência resulta da combinação entre os atributos do indivíduo e seu ambiente familiar, social e cultural. Dessa forma, a resiliência não pode ser pensada como um atributo que nasce com o sujeito ou é

adquirida durante seu desenvolvimento, pois é um processo interativo entre a pessoa e o seu meio.

Pinheiro (2004) compartilha da opinião de Rutter de que a resiliência não nasce com o indivíduo, e considera ainda que ela é mais do que uma simples combinação de condições ambientais. A autora acredita que devem ser levados em consideração as qualidades do próprio indivíduo, o ambiente familiar favorável e as interações positivas entre eles. Assim sendo, acentua-se a questão do individual e do singular, porém, ao mesmo tempo torna-se necessário considerar que a resiliência não depende apenas de traços e disposições pessoais. Portanto, considera-se importante discutir a resiliência nas famílias, nas instituições, nos grupos, gerando uma sociedade mais resiliente.

Da mesma forma, Yunes (2003) destaca que a resiliência não pode ser vista como um atributo fixo ou uma característica do indivíduo, pois se as circunstâncias do momento mudam, esta se altera. Portanto, os mesmos estressores podem ser experienciados de maneira diferente por diferentes pessoas, dependendo assim, dos aspectos protetores decorrentes de relações parentais satisfatórias e da disponibilidade de fontes de apoio social na vizinhança, escola e comunidade.

Deste modo, pode-se dizer que a resiliência consiste na interação dos seguintes fatores: aspectos individuais, contexto social, quantidade e qualidade dos acontecimentos no decorrer da vida e os chamados fatores de proteção, encontrados na família e no meio social (JUNQUEIRA E DESLANDES, 2003).

Nesse mesmo sentido, Cecconello (2000) menciona que os fatores citados acima, nos momentos de estresse, servem como um recurso utilizado pela pessoa, para que esta interaja com os eventos de vida e consiga bons resultados,

evitando conseqüências negativas. Assim sendo, a interação entre as características individuais e os recursos disponíveis no ambiente, como o apoio familiar e social, contribuem para que se obtenha um resultado satisfatório na luta contra as adversidades.

Estas adversidades são as condições que tendem a causar o estresse, as chamadas situações estressoras, que normalmente se combinam para pressionar o indivíduo de várias maneiras, até que este desenvolva o estresse (SAVOIA, 1999). Belancieri (2005) compreende o estresse como um processo biopsicosocial, assim, perante um evento estressor é desencadeado um processo psicofisiológico (estresse), em que o indivíduo responde por meio de manifestações adaptativas ou patológicas (transtornos psicossomáticos). Vivemos hoje em uma sociedade extremamente competitiva e num ritmo alucinante e nem sempre possuímos recursos internos para lidar de forma satisfatória com tantas exigências, podendo resultar em prejuízos à nossa saúde. Para lidar com estas situações estressoras, é preciso que o indivíduo lance mão de estratégias de enfrentamento, que podem ser entendidas como a capacidade para lidar com as situações estressoras ao longo da existência.

Quando se fala em estratégias de enfrentamento, um importante conceito a se compreender é o de *coping*, que se refere ao posicionamento e às ações do indivíduo frente às situações negativas de vida. Ou seja, são os esforços cognitivos e comportamentais utilizados pelo indivíduo para lidar com as situações que provocam o estresse. Assim, as estratégias de *coping* mais voltadas para o enfrentamento e elaboração das dificuldades são mais encontradas em indivíduos resilientes, moderando os efeitos das adversidades, além de se tornar um fator de proteção (FOLKMAN E LAZARUS, 1985).

Segundo Antoniazzi et al (1998) não existe, na língua portuguesa, uma palavra única que expresse a complexidade do termo *coping*. Dessa forma, a tradução dessa palavra pode significar “lidar com”, “enfrentar” ou “adaptar-se a”. Assim, as autoras descrevem o conceito de *coping* como sendo o conjunto das estratégias utilizadas pelas pessoas para adaptarem-se a circunstâncias adversas ou estressantes.

Savoia (1999) complementa ainda que *coping* seria as habilidades que o indivíduo desenvolve para ter um controle das situações de estresse e assim adaptar-se a estas, ou seja, é uma resposta ao estresse. A autora ainda ressalta que as pessoas possuem diferentes níveis de tolerância a situações estressantes. Dessa forma, enquanto algumas são perturbadas pela menor mudança em sua vida, outras são afetadas apenas por estressores de maior intensidade ou quando a exposição a estes é muito prolongada. Antoniazzi et al (1998) compartilham desta opinião, dizendo que ao mesmo tempo em que algumas crianças e adolescentes, que são expostos a situações de estresse, desenvolvem problemas de conduta e desequilíbrios emocionais e evolutivos, existem outros que superam as adversidades impostas pelo ambiente, além de se desenvolverem de forma melhor adaptada. Tavares (2001) e Flach (1991) consideram que estas são as chamadas “personalidades resilientes”, que possuem capacidade de superar as situações adversas sem perderem seu equilíbrio inicial.

Flach (1991) enumera um conjunto de atributos da personalidade resiliente, que são particularmente relevantes para o desenvolvimento da capacidade de resiliência. Estes atributos são:

- Um forte e flexível sentido de auto-estima;
- Independência de pensamento e ação, sem medo de depender dos outros;

- A habilidade de dar e receber nas relações com os outros, e um bem estabelecido círculo de amigos;
- Um alto grau de disciplina pessoal e um sentido de responsabilidade;
- Reconhecimento e desenvolvimento de seus próprios talentos;
- Mente aberta e receptiva a novas idéias;
- Disposição para sonhar e grande variedade de interesses;
- Apurado senso de humor;
- Percepção de seus próprios sentimentos e do sentimento dos outros e capacidade de comunicar esses sentimentos de forma adequada;
- Grande tolerância ao sofrimento e capacidade de encontrar sentido em condições tidas como obscuras em sua existência.
- Capacidade de concentração.

Esses atributos, entretanto, não devem ser vistos como algo imutável, mas são construídos de acordo com as condições socioculturais do sujeito.

Integrado aos estudos da Resiliência estão as condições de estresse a que são submetidos os pacientes, quando em situação de doença e hospitalização.

O estresse é visto atualmente, pela população em geral, como algo que provoca malefícios ao ser humano. No entanto, ele não é necessariamente negativo, uma vez que tanto emoções boas como ruins poderão desencadeá-lo. Assim, ele pode ser positivo quando o indivíduo reage bem ao estímulo, que o leva a realizar determinadas tarefas que possibilitam o seu crescimento emocional e intelectual. Neste sentido ele é denominado “eustresse”. Em contrapartida, existe o estresse negativo, que a maioria das pessoas conhece, denominado de “distresse”. Este é caracterizado pela resposta negativa do sujeito ao estímulo, tornando-se vulnerável a uma diversidade de enfermidades (BELANCIERI, 2005).

De acordo com Lazarus e Folkman (1984), existem estressores internos e externos, sendo que os internos estariam relacionados às características pessoais de personalidade, às crenças e aos valores, à forma como o indivíduo interpreta as situações que vivencia, seus desejos e motivações. Os externos seriam os que representam situações de extremo perigo e, em que o indivíduo se apresenta sem recursos suficientes para enfrentá-lo.

Pesce et al (2004) afirmam que um único estressor não tem papel significativo, e que é a combinação entre a natureza, a quantidade e a intensidade dos fatores de risco o que define o contexto da adversidade necessária para a resiliência. Sendo assim, é o acúmulo de eventos ao longo do tempo que contribui para a resiliência ou vulnerabilidade psicológica.

Dessa forma, se em determinada situação um indivíduo desenvolver a resiliência, não significa que ele irá superar todas as suas vivências traumáticas, ou que será resiliente para toda e qualquer situação nem a todo o momento (JUNQUEIRA E DESLANDES, 2003). As autoras dizem ainda, que não se pode falar de indivíduos resilientes, mas sim, os que possuem uma capacidade de em determinados momentos e, de acordo com as circunstâncias, lidar com a adversidade, não se submetendo a ela.

Deste modo, a importância de um acontecimento ou vivência estressante dependerá de como cada pessoa vai lidar com este fato. Portanto, se a situação estressante for sendo acumulada, o indivíduo passaria a não conseguir mais lidar com a situação e adoeceria (CHIATTONE, 1996). A mesma autora diz ainda que esta ligação entre estresse e doença, pode ser observada em casos oncológicos, visto que as situações e vivências altamente estressantes suprimem o sistema imunológico do indivíduo, desequilibrando as defesas naturais contra o câncer.

Em avaliações feitas com pacientes oncológicos, foi possível perceber que aparece com uma frequência significativa a ocorrência de situações muito traumáticas e estressantes antes do desenvolvimento da doença. Além disso, os pacientes com prognóstico mais favorável eram aqueles que continuavam a lutar, sem se mostrarem desanimados, desesperançados e desvitalizados.

Belancieri (2005) comenta sobre isso dizendo que existem alguns transtornos psicossomáticos que são decorrentes do estresse, sendo que estes estão associados ao contínuo esforço do organismo em adaptar-se a diversas situações. Após este esforço, ele entra em exaustão tornando o indivíduo mais suscetível a uma infinidade de enfermidades. De acordo com Lipp (1996), existem algumas manifestações corporais ligadas ao estresse que são mais investigadas atualmente, como: hipertensão arterial, úlceras gastrointestinais, obesidade, psoríase, cefaléia, doenças respiratórias e as relacionadas ao sistema imunológico. Dentre estas está também o câncer que se constitui de um elemento desta pesquisa, e, portanto será caracterizado logo abaixo.

2.2 Oncologia: conceitos e características específicas

Tendo definido a resiliência, discutiremos neste tópico os conceitos e características específicas da Oncologia ou, como é popularmente conhecida – o Câncer. Conforme Dousset (1999), a palavra “câncer” origina-se do grego *karkinos*, que significa “caranguejo” ou “garras”, pois a carapaça protetora que o caranguejo possui abriga a vida, sendo a doença comparada com as pinças, que são desproporcionais em relação ao corpo e que retalham as carnes que ele consegue agarrar.

A autora descreve, ainda, o câncer como o crescimento desordenado e rápido de células, que se diferenciam do tecido de origem. Primeiramente, se espalham pelos tecidos e órgãos vizinhos, para, em seguida, disseminar-se pelo resto do organismo. Essa instalação da célula cancerosa em outro órgão é chamada de metástase, sendo que nela se encontra grande parte do perigo da doença, pois, a partir de uma única célula, todo o corpo pode ficar comprometido. A multiplicação rápida e desordenada dessas células está relacionada aos mecanismos de sua reprodução, ou seja, ao seu material genético, sendo que algum fator o desarranjou, provocando essas alterações, que podem ser chamadas de mutações. Simonton (1987) comenta que esse crescimento descontrolado pode ser provocado por substâncias cancerígenas, por predisposição genética, por irradiação, ou pela dieta.

De acordo com o Ministério da Saúde (1996), os fatores de risco para o câncer podem ser encontrados no meio ambiente ou podem ser herdados. A maioria dos casos de câncer (80%) está relacionada ao meio ambiente, no qual encontramos um grande número de fatores de risco, como o tabagismo, os hábitos alimentares, o alcoolismo, os hábitos sexuais, os medicamentos, os fatores ocupacionais e a radiação solar. O meio ambiente é entendido como o meio em geral (água, terra e ar), o ambiente ocupacional (indústrias químicas e afins), o ambiente de consumo (alimentos, medicamentos), o ambiente social e cultural (estilo e hábitos de vida). São raros os casos de câncer que se devem exclusivamente a fatores hereditários, familiares e étnicos, embora o fator genético exerça um importante papel na oncogênese. Alguns tipos de câncer de mama, estômago e intestino parecem ter um forte componente familiar, embora não se possa afastar a hipótese de exposição dos membros da família a uma

causa comum. Alguns grupos étnicos parecem estar protegidos de certos tipos de câncer, sendo raros a leucemia linfocítica em orientais e o sarcoma de Ewing em negros. Os diferentes tipos de câncer são causados por vários tipos de células do corpo. Por exemplo: se o câncer tem início em tecidos epiteliais, como pele ou mucosas, ele é denominado carcinoma. Se começa em tecidos conjuntivos, como osso, músculo ou cartilagem, é chamado de sarcoma.

No entanto, Carvalho (2002) salienta que o câncer não tem uma única causa, mas sim uma etiologia multifatorial, ou seja, é necessário que tenha a junção dos vários fatores citados acima. Além disso, a autora comenta que inúmeros pesquisadores vêm estudando a possibilidade de contribuições psicológicas no crescimento do câncer. Estes pesquisadores analisam a relação entre o estresse e o enfraquecimento do sistema imunológico, em que esta situação favorece o desenvolvimento de formações tumorais.

É relevante, da mesma forma, para o presente trabalho, que seja conceitualizada a Psico-Oncologia. Segundo Gimenes (2003), essa área representa a interface entre a Psicologia e a Oncologia e utiliza conhecimentos: educacional, profissional e metodológico provenientes da Psicologia da Saúde, para aplicá-lo: na assistência ao paciente oncológico, a sua família e a equipe de Saúde; na pesquisa e no estudo de variáveis psicológicas e sociais relevantes para a compreensão da incidência, recuperação e tempo de sobrevivência após o diagnóstico do câncer; e na organização de serviços oncológicos visando ao atendimento integral do paciente (físico, psicológico e social). Dessa maneira, a Psico-Oncologia dá destaque à identificação do papel de aspectos psicossociais, tanto na etiologia como no desenvolvimento, prevenção e reabilitação do paciente.

Conforme Mayol (1989), mesmo o câncer estando muito presente na Sociedade, a maioria das pessoas não possui conhecimento do que este representa, descobrindo sua existência somente após o diagnóstico. Devido à desinformação, muitas pessoas consideram o câncer como sinônimo de morte. Acreditamos que não se deve esconder do paciente a sua real situação, pois dessa forma, estaríamos reforçando ainda mais essa crença. Oliveira e Yamamoto (2003) consideram relevante que os profissionais envolvidos esclareçam sobre a doença e tratamento do paciente, não apenas por uma questão legal, mas sim com a finalidade de fornecer dados que desmistifiquem a doença e seu tratamento, proporcionando um relacionamento de reciprocidade e participação entre equipes, pacientes e famílias.

Camargo (2003) enfatiza que o tratamento do câncer pode ser feito por meio de cirurgia, radioterapia e medicamentos (quimioterapia). A cirurgia é o método mais antigo de tratamento do câncer, tendo como objetivo a remoção do tumor, evitando que ele se dissemine. Dependendo do caso, pode ser complementado pela quimioterapia ou radioterapia. Nos últimos anos, as técnicas cirúrgicas têm sido cada vez mais aprimoradas, sendo que se tornaram exceções as cirurgias de amputações.

Já a radioterapia, é a utilização de raios emitidos por substâncias radioativas com a intenção de destruir as células cancerosas, ocorrendo uma esterilização do DNA da célula doente, e esta não pode mais se reproduzir, fazendo, assim, com que o câncer não progrida. O uso dessa prática é limitado, pois não destrói apenas as células doentes, mas também as normais. Pode ser aplicada de duas maneiras: externa ou internamente. O primeiro tipo é o mais utilizado e é feito por meio de uma máquina que direciona os raios de alta energia

sobre a área doente e uma pequena área do tecido que o cerca. Na radiação interna, a fonte de radiação é colocada dentro do corpo, sendo que o material radioativo é vedado em um fio e colocado diretamente no tecido afetado. A duração e a frequência deste tratamento variam de acordo com o tumor (não se aplica a todo tipo de câncer), a potência da máquina e a dose necessária para destruí-lo (CAMARGO, 2003).

Outro tipo de tratamento que o autor descreve é a quimioterapia, constituindo-se a base de medicamentos, podendo ser administrada em doses de alguns minutos ou vários dias e de várias maneiras: através de uma veia (via intravenosa), por via oral e através de uma injeção subcutânea ou intramuscular, sendo que os remédios são absorvidos pelo sangue e levados para todo o organismo, até os lugares onde as células do câncer podem estar alojadas. Se esse tratamento for administrado através da veia, ele pode ser de três maneiras: na veia periférica, onde um pequeno tubo é introduzido em uma veia na parte anterior do braço ou na região dorsal da mão; o cateter central, em que um tubo plástico longo e fino, (cateter) é colocado em uma veia grossa, perto do coração e o procedimento é realizado em centro cirúrgico com anestesia; o *pic* (função periférica), o cateter é introduzido através de uma veia periférica até atingir uma veia calibrosa, usado na maioria das vezes, em situações de urgência.

Como aponta Dousset (1999), a quimioterapia é usada de três maneiras: curativa, coadjuvante (complemento de outro tratamento) e paliativa (atenuar sintomas, mas não curar). Os medicamentos desse tratamento agem com a tentativa de parar a divisão celular das células cancerígenas, mas, infelizmente, eles não selecionam somente as células doentes, portanto, todas as células (mesmo as saudáveis) que possuem divisão acelerada, passarão a ser

eliminadas, sendo elas: da pele, dos pêlos, dos cabelos, da boca, as do sistema digestivo e ainda as da medula óssea. Devido a isso, a pele se torna seca e sensível ao sol, ocorrendo a queda de pêlos e cabelos, a boca fica seca e propícia ao aparecimento de aftas, modificações no paladar, náuseas e vômitos freqüentes.

Após a caracterização acima, é necessário comentar que o câncer é uma doença democrática, pois não se restringe a uma determinada fase do desenvolvimento, sexo, raça ou idade, podendo aparecer até mesmo durante a infância. Dessa forma, passaremos a nos ater no tópico seguinte à ocorrência do câncer em crianças.

2.2.1 Oncologia Infantil

Segundo Petrilli et al (1997), nos últimos anos, grandes avanços têm ocorrido na cura do câncer infantil, podendo atingir índices de cura de 60% a 70%. Porém, é necessário que o diagnóstico seja feito precocemente, sendo este o primeiro passo para a cura de muitos tipos de câncer. Rodrigues e Camargo (2003) concordam ressaltando que têm observado nos últimos anos, uma melhora da sobrevida para todos os tipos de tumores. Além disso, verificaram que a taxa de incidência do câncer infantil está crescendo em torno de 1% ao ano. No entanto, a taxa de mortalidade tem sido inversamente proporcional a este crescimento, ou seja, estima-se que a taxa de cura esteja em torno de 85%.

Lima (1993) evidenciou que o câncer infantil ocorre mais freqüentemente em crianças menores de 10 anos de idade (84,5%), a maioria do sexo masculino (71,3%), sendo o diagnóstico mais freqüente o da leucemia, sabendo-se que a terapêutica mais utilizada é a quimioterapia. Silva et al (2002) compartilham

alguns dados da pesquisa acima, registrando que as maiores ocorrências de câncer aparecem na criança pré-escolar (41,5%), no sexo masculino (55,8%), e a leucemia foi observada em 36,6%. Constataram ainda que a doença não localizada na ocasião do diagnóstico ocorre em 55,7%, sendo que a frequência de óbito é mais elevada no grupo com doença não localizada, 55,7%, e na doença localizada de 16,3%. Camargo (2003) especificou ainda mais ao afirmar que a faixa etária de maior frequência do aparecimento da doença está entre 2 e 5 anos, sendo que 75% dos pacientes têm menos de cinco anos; dado também confirmado por Barbosa, Gambarini e Belancieri (2005). O autor afirma ainda que a leucemia é considerada a doença maligna mais comum na infância e corresponde a aproximadamente 30% dos casos de câncer infantil.

Vargas (2000) aponta que o tratamento em suas primeiras etapas é muito agressivo, exigindo que o paciente seja hospitalizado com muita frequência, de tal modo que ele e sua família têm que se deslocar muitas vezes para o hospital, provocando um transtorno na rotina da família e na vida escolar da criança, dando início a uma série de adversidades.

Tanto Rodrigues e Camargo (2003) como Silva et al (2002) e Vargas (2000) enfocam a importância de se fazer um diagnóstico precoce, para que seja possível detectar a doença ainda em uma fase localizada, pois se já estiver em um estágio avançado, menores serão as chances de cura e maiores serão as seqüelas decorrentes do tratamento invasivo.

2.2.2 Aspectos psicossociais da Oncologia Infantil

Além do tratamento invasivo, um outro fator que dificulta o ajustamento da criança à hospitalização se refere à questão de que, em geral, a realidade

hospitalar é nova e desconhecida para ela. Assim, ao ser internada passa a vestir roupas da instituição, receber e obedecer a ordens de permanecer em determinado lugar, devendo seguir as regras da instituição. Ou seja, a criança é enquadrada nos moldes da máquina administrativa do Hospital ocorrendo assim, um processo de total despersonalização (CHIATTONE, 1988; ANGERAMI-CAMON, 1995).

O adoecimento na infância devido a um câncer constitui-se de uma experiência muito estressante para o paciente e seus familiares, sendo que os efeitos desta podem persistir por vários anos após o término do tratamento. Os efeitos tardios do tratamento podem se manifestar mais precocemente ou a longo prazo, isto irá depender do tratamento que foi utilizado e da idade da criança na época em que foi exposta ao tratamento. O impacto destes efeitos está diretamente relacionado à qualidade de vida que estes pacientes terão após o término do tratamento. Dessa forma, os sobreviventes de câncer infantil devem ter um acompanhamento durante sua adolescência e mesmo na vida adulta (LOPES et al, 2000). Delella e Araújo (2002) afirmam que as vivências associadas à experiência oncológica revestem-se de significados negativos tanto para as crianças, quanto para seus pais, em que elas demonstram estar melhor adaptadas do que eles, situação que se agrava pela necessidade de hospitalização.

Motta e Enumo (2004) mencionam que a hospitalização pode afetar de forma significativa o desenvolvimento da criança, interferindo na sua qualidade de vida. A autora pôde perceber que a experiência de pacientes com os procedimentos médicos invasivos é um importante estressor presente no tratamento do câncer infantil. Assim, fica clara a importância de intervenções

psicossociais para minimizar a ansiedade, o medo e a angústia, dos pacientes, dos familiares e dos profissionais de saúde.

Chiattonne (1988) afirma que os profissionais da saúde devem ter a noção de que a doença é um ataque à criança como um todo, pois esta é afetada em sua integridade, além de seu desenvolvimento emocional também estar bastante comprometido. Neste sentido, o objetivo da equipe de saúde deve estar sempre baseado no princípio de minimizar o sofrimento da criança hospitalizada, promovendo-lhe saúde e também fazendo com que ela mesma seja um elemento ativo dentro de seu processo de hospitalização e recuperação. Os profissionais da saúde, muitas vezes, se esquecem que as crianças têm recursos para compreender, que elas podem participar do tratamento e ajudar, principalmente, se forem orientadas.

Assim, é necessário que se faça intervenções multiprofissionais com pacientes e familiares, para que se possa contribuir para a minimização de efeitos adversos produzidos por situações do tratamento a que estes são submetidos. Além disso, é importante que se prepare o paciente para enfrentar contextos identificados como de caráter estressante (COUTINHO et al, 2000).

Existem alguns aspectos que podem facilitar ou dificultar o enfrentamento da doença. Fatores como a informação, a aceitação, a expressão dos sentimentos e o apoio, são os que facilitam. Já a negação, o isolamento, o desamparo e os sintomas depressivos são os principais aspectos que dificultam o enfrentamento da doença (SILVA, 2001).

De acordo com Motta e Enumo (2004), o brincar tem funcionado como uma estratégia de enfrentamento da hospitalização, permitindo uma maior adaptação da criança no ambiente hospitalar. Dessa forma, é importante que as instituições

viabilizem e disponibilizem recursos humanos e materiais para que a criança encontre apoio nas suas práticas lúdicas.

Perina (2003) comenta que a compreensão do mundo emocional da criança revela-se ricamente através do brincar, no falar e por meio de desenhos, ou seja, é por meio do brincar, do desenhar e do criar que a criança nos conta sua história com estórias de seu imaginário. Chiattonne (1988) complementa dizendo que à medida que as crianças brincam, estas conseguem exprimir seus medos, falar sobre a doença, o tratamento, o Hospital, a saudade da família, a morte, etc. Portanto, manipulando brinquedos e criando situações parecidas com as que têm vivenciado, as crianças têm conseguido elaborar os medos, as dúvidas, os acontecimentos e aliviar o sofrimento causado pela hospitalização. Camargo (2003) afirma que, para proceder à explicação do tratamento e do diagnóstico às crianças até sete anos, são utilizados bonecos, figuras e histórias de bichinhos com a intenção de que percebam a importância da hospitalização e de sua colaboração no tratamento. Encontramos confirmação e respaldo desses dados no relato de experiência de Barbosa, Gambarini e Belancieri (2005).

Mesmo que o paciente não consiga exprimir nenhum conteúdo mais expressivo durante os jogos lúdicos, o fato de poder brincar, sair do leito e sentir-se apoiado, já traz um enorme alívio, dando condições à criança de agir por si na situação. Deste modo, enquanto brincam, as crianças conversam entre si, falam sobre as diferentes doenças e seus tratamentos, localizam em seu corpo o que demonstram no boneco, ajudando-se mutuamente, pois, neste momento, aqueles que se expressam melhor ajudam os que têm mais dificuldades ou que ainda não se inteiraram de sua patologia. É importante também que a criança manipule brinquedos diretamente ligados à situação de doença e hospitalização, que são

as chamadas “malinhas de médico”. Em contato com este material lúdico, as crianças estabelecem situações que vivenciam nesse momento de suas vidas e necessitam de elaboração. Estas são: cirurgias, exames físicos, morte de pacientes, atendimentos de urgência, etc, (CHIATTONE, 1988).

Tanto Oliveira Júnior (2003) quanto Moreira (1994) comentam que, além do brincar, a participação da família e de amigos também se constitui de um recurso importante de apoio ao paciente no enfrentamento da hospitalização. O papel dos familiares é essencial, pelo fato de serem os responsáveis pela formação dos filhos e que graças a eles poderão tornar-se pessoas com elevado grau de auto-estima e de confiança, ou inseguras e com tendência à depressão. Vargas (2000) também enfatiza a necessidade do grupo familiar receber um apoio psicológico que lhe permita reforçar a sua capacidade resiliente, além de diminuir o sentimento de angústia, de depressão e outros que estejam perturbando a saúde mental desta família, pois estes sentimentos podem repercutir negativamente na recuperação da criança.

Chiattonne (1988) complementa afirmando que a família de uma criança hospitalizada e doente pode reagir de diferentes formas como: com força interior, respeito, esperança, medo, insegurança, confusão, apatia, desestruturação, culpa, aceitação, etc. Assim, existem famílias que assumem uma postura superprotetora frente à criança, em que todos os sentimentos se voltam para o paciente, e em geral este tipo de reação demonstra um grande sentimento de culpa do grupo familiar. Dessa forma, a atuação da equipe de saúde junto às famílias dos pacientes é de extrema importância no processo de humanização na assistência.

Para algumas pessoas, a religião também pode atuar como um suporte neste momento (OLIVEIRA JÚNIOR, 2003). Dessa forma, Pessini (2003) enfatiza que o paciente que se volta para sua dimensão espiritual possui mais esperanças, sonhos e acredita em um futuro transcendente, através de um encontro vivo com Deus. Assim, a espiritualidade e o encontro com Deus são grandes gestores de esperanças, de sonhos, de um grande futuro transcendente do ser humano, reafirmando o futuro da vida contra a morte.

Camargo (2003) comenta que os pais devem continuar a estabelecer limites para o comportamento e atividades de seu filho com câncer, embora tenham que ficar atento ao dia em que estiverem mais frágeis. Assim, eles não devem deixar de utilizar as mesmas regras de disciplina que usavam antes do diagnóstico e do tratamento. É necessário que os pais tenham consciência de que seus filhos podem escolher as atividades que desejarem, mas sempre devem ser orientados sobre o que pode causar danos ao tratamento. Dousset (1999) explica que a criança, antes de ser um doente, precisa encontrar referências na vida cotidiana, razão para que os pais continuem agindo como figuras de apoio e estabelecendo limites. Moreira (1994) esclarece que a doença não deve colocar a criança em condição privilegiada e que deve continuar com suas obrigações escolares, com as regras do grupo familiar e a organização da vida cotidiana.

Segundo Valle et al (2004), quando a criança adoece de câncer, de um momento para outro sua vida passa por uma grande transformação, visto que começa-se a realizar uma série de exames invasivos e dolorosos, além de estar em um ambiente estranho e sentir-se ameaçada pelo desconhecido. Assim, pode-se ver a importância de contar para a criança tudo sobre a sua doença e o tratamento, pois quanto mais rápido ela souber, o quanto antes ela irá se tornar

cooperativa. Além disso, irá se adaptar melhor à doença e terá uma melhora no ajustamento familiar e psicossocial, tornando-se assim, mais lutadora. Perina (2003) compartilha da idéia dizendo que você pode fazer a criança participar ativamente de sua recuperação, quando lhe expõe as chances de cura no início do tratamento.

Estas informações são também confirmadas por Chiattonne (1988). A autora afirma que, ao negar informações às crianças ou simplesmente ignorá-las, você faz aumentar as fantasias e os temores das mesmas, pois elas sabem que alguma coisa vai ocorrer, e, no entanto nada lhes é informado. Deste modo, não é preciso mentir, como também não é necessário inventar situações, pois as crianças, de acordo com a sua faixa etária e seu nível de entendimento, têm nítidas condições de entender as explicações. Outro dado importante que está atrelado à isto, é o fato de que as crianças podem vir a encarar a doença como uma agressão externa, uma punição. Estes pacientes correlacionam o aparecimento da doença a fatores externos como: não ter se alimentado corretamente, ou não ter obedecido aos pais, e relatam sentir muita culpa por acreditar que erraram e que estão sendo punidos.

Dessa forma, é necessário que durante o tratamento, se esclareça todas as dúvidas que a criança possa ter, pois além de ser um novo ambiente que ela passa a habitar, ele lhe parece hostil, os cheiros e ruídos não são familiares, as intervenções são apavorantes, e os termos médicos usados pela equipe são incompreensíveis, o que dificulta ainda mais a terapêutica (VALLE, 2004).

Barbosa, Gambarini e Belancieri (2005) observaram isso em seus estudos. Quando a equipe utilizava uma linguagem muito técnica com as crianças, estas não compreendiam o procedimento e se recusavam a realizá-lo, tornado a

experiência ainda mais dolorosa. No entanto, após intervenções, explicando e orientando, de acordo com uma linguagem acessível à criança, muitas passaram a compreender o tratamento, e que os procedimentos eram necessários para sua recuperação.

Dependendo do estágio da doença e das seqüelas que ela provocar, pode haver profundas modificações na vida das pessoas envolvidas. Estas modificações e a forma com que se lida com a doença estão intimamente ligadas com o estágio do desenvolvimento do indivíduo, as experiências vividas, as características de personalidade e as possibilidades de enfrentamento (KOVÁCS, 1992 *apud* VALLE et al, 2004). Dessa forma, Chiattonne (1988) afirma que as crianças que têm um relacionamento seguro com a mãe, anteriormente à hospitalização, sofrem menos durante o período de internação, além de se restabelecerem com mais rapidez e mostrarem poucas seqüelas negativas pós-internação. Assim, a criança que é confiante e amada tem mais condições de enfrentar situações difíceis e ameaçadoras, criando recursos para estabilizar seu equilíbrio interno, ou seja, são crianças que podem estar desenvolvendo sua maneira resiliente de enfrentar a situação.

Oliveira Júnior (2003) comenta que cada paciente é um ser humano único, com características e uma história de vida únicas, personalidade específica, perspectivas de futuro próprias, e convicções religiosas coerentes com sua formação familiar; sendo assim, cada pessoa reagirá de forma diferenciada diante do diagnóstico de câncer. Isso não significa que algumas pessoas não se abalam diante da convivência com o câncer, o que as distingue é o processo de aceitação, ou não, deste episódio. Algumas procuram manter a capacidade de desempenhar suas atividades familiares e sociais, sendo o tratamento apenas

mais uma a ser incorporada ao seu cotidiano. Como já foi dito acima, o papel da família é fundamental, tanto no momento atual que a pessoa vive, como no desenrolar do seu histórico familiar, levando em consideração seus antecedentes em termos de auto-estima e sua capacidade de controle interno e externo.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta deste estudo foi identificar indicadores de proteção para a promoção da resiliência, e assim poder contribuir para o fortalecimento do paciente oncológico infantil e sua família no momento da hospitalização. A partir da revisão bibliográfica realizada, pode-se observar que a resiliência não pode ser vista como uma característica fixa do sujeito, e sim como algo construído sócio-historicamente. Assim, o sujeito não será sempre resiliente, em todas as dimensões de sua existência, mas sofrerá mudanças e transformações no decorrer de sua vida, conforme as condições a que está submetido.

Assim, considerando que as pessoas vivenciam os mesmos estressores de maneira diferente, e que a resiliência não depende apenas de traços e disposições pessoais, torna-se relevante ressaltar a importância dos aspectos protetores decorrentes de relações parentais satisfatórias e da disponibilidade de fontes de apoio social, escola e comunidade.

A partir daí, pode-se dizer que a resiliência consiste na interação de alguns aspectos como: os individuais, o contexto social, a quantidade e qualidade dos acontecimentos no decorrer da vida e os chamados indicadores de proteção, encontrados na família e no meio social, tornando-se importante discutir a resiliência nas famílias, nas instituições, nos grupos, gerando uma sociedade mais resiliente.

O foco da resiliência em família deve procurar identificar e implementar processos que possibilitam que elas não só lidem de maneira eficaz com situações difíceis e de estresse, mas saiam destas fortalecidas. Para isto é

importante que se incentive os aspectos sadios do grupo familiar, ao invés de destacar seus desajustes, ou seja, mudar o foco da doença para a saúde.

Além de fortalecer aspectos sadios na família, é importante que os cultive em si mesmo. Dessa forma, existem alguns atributos da personalidade que, embora sejam relevantes para o desenvolvimento da capacidade resiliente, devem ser utilizados com certo cuidado, para não reduzirmos o sujeito somente a esses atributos. Entendemos que devam ser utilizados somente como indicadores para implementação de programas de promoção da resiliência. Estes atributos são: um forte e flexível sentido de auto-estima; reconhecimento e desenvolvimento de seus próprios talentos; apurado senso de humor; percepção de seus próprios sentimentos e do sentimento dos outros; e grande tolerância ao sofrimento, sendo capaz de encontrar sentido e significado em condições que normalmente o sujeito não encontra alternativas positivas.

Observamos que é nas condições de estresse que temos a oportunidade de desenvolver ou reforçar os indicadores promotores da resiliência. Apesar disso, para que o sujeito consiga passar por estas situações estressantes é necessária a existência de fatores de proteção que possam promover a resiliência. Ou seja, ele precisa aproveitar os fatores protetores que lhe são oferecidos para poder enfrentar os fatores de risco.

Assim, quando paciente e família vivenciam o momento da doença e hospitalização, é extremamente importante que ambos tenham seus fatores de proteção fortalecidos. Foi possível perceber neste trabalho que os pontos de apoio mais utilizados pelas famílias e pacientes na promoção da resiliência foram: a rede de apoio familiar e social, a religião e as práticas lúdicas com as crianças. Através das brincadeiras lúdicas, é possível conseguir que as crianças troquem

experiências, e assim passem a compreender melhor o tratamento, além de que as que já estão mais adaptadas ao processo, podem auxiliar as que têm maior dificuldade. É importante que a criança tenha um relacionamento seguro com a mãe, pois dessa forma, sente-se confiante e amada, possuindo mais recursos para lidar com a doença e a hospitalização.

É imprescindível que se trabalhe com a família e o paciente sobre os aspectos que dificultam e facilitam o enfrentamento da doença, para que eles consigam enfrentar de maneira mais positiva o evento, e não adaptar-se a ele, somente. Ou seja, eles não podem se ajustar ou moldar-se à situação, mas sim compreendê-la, buscando recursos internos e externos na sua superação.

Dessa forma, é necessário que o psicólogo atue na instituição hospitalar, com familiares e pacientes, através do processo grupal e lúdico, para que se desenvolva estratégias de enfrentamento contra as adversidades, promovendo assim a resiliência, e minimizando o sofrimento causado pela doença.

Portanto, é importante que ocorra a interação entre as características individuais e os recursos disponíveis no ambiente, como o apoio familiar e social, permitindo resultados mais satisfatórios na luta contra o câncer infantil.

Referências

ANGERAMI-CAMON, V.A. O psicólogo no hospital. In:_____ (org). **Psicologia Hospitalar: Teoria e Prática**. São Paulo: Pioneira, 1995. p.15-28.

ANTONIAZZI, A.S.; DELL'AGLIO, D.D.; BANDEIRA, D.R. O conceito de *coping*: uma revisão teórica. **Estudos de Psicologia**. Rio Grande do Sul, v.3, n.2, p.273-294, 1998.

BARBOSA, R.; GAMBARINI, P.; BELANCIERI, M. **O Psicólogo Hospitalar na existência do paciente oncológico infantil**. Trabalho de conclusão de estágio Supervisionado em Psicologia Hospitalar, Curso de Graduação em Psicologia, Universidade do Sagrado Coração, Bauru, São Paulo, 2005.

BELANCIERI, M.F. **Enfermagem: estresse e repercussões psicossomáticas**. Bauru-SP: EDUSC, 2005.

CAMARGO, B. **A criança com câncer: o que devemos saber?** São Paulo: Comunique, 2003.

CARVALHO, M.M.M.J. Psico-Oncologia: história, características e desafios. **Psicologia USP**. v.13, n.1, p.151-166, 2002.

CHIATTONE, H.B.C. A criança e a hospitalização. In: ANGERAMI-CAMON, V.A. **A Psicologia no Hospital**. São Paulo: Traço, 1988. p.40-132.

CHIATTONE, H.B.C. Uma vida para o câncer. In: ANGERAMI-CAMON, V.A. **O doente, a psicologia e o hospital**. São Paulo: Pioneira, 1996. p.73-110.

GIMENES, M.G.G. Definição, foco de estudo e intervenção. In: CARVALHO, M.M.M.J. **Introdução à Psiconcologia**. Campinas: Livro Pleno, 2003. p.35-56.

CECCONELLO, A.M.; Koller, S.H. Competência social e empatia: um estudo sobre resiliência com crianças em situação de pobreza. **Estudos de Psicologia**. Natal, v.5, n.1, p.71-93, jun. 2000.

COUTINHO et al. Manejo de variáveis psicológicas no tratamento do câncer em crianças: algumas contribuições da psiconeuroimunologia. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v.17, n.3, p.33-42, dez. 2000.

DELELLA, L.A.; ARAÚJO, T.C.F. Câncer na infância: uma investigação sobre a avaliação da desordem de estresse pós-traumático parental e a experiência da sobrevivência. **Psicol. Argum.** v.20, n.31, p.43-48, 2002.

DOUSSET, M.P. **Vivendo durante um câncer**. Bauru: EDUSC, 1999.

FLACH, F.F. A personalidade resiliênte. In: _____ **Resiliência: a arte de ser flexível**. São Paulo: Saraiva, 1991. p.121-205.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R.S. If it changes it must be a process: A Study of emotion and coping during three stages of a college examination. **Journal of personality and social psychology**. v.48, n.1, p.150-170, 1985.

GIMENES, M.G.G. Definição, foco de estudo e intervenção. In: CARVALHO, M.M.M.J. **Introdução à Psiconcologia**. Campinas-SP: Livro Pleno, 2003. p.35-56.

JUNQUEIRA, M.F.P.S.; DESLANDES, S.F. Resiliência e maus tratos à criança. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.227-235, fev. 2003.

KAHHALE, E.M.S.P. Psicologia na saúde: em busca de uma leitura crítica e de uma atuação compromissada. In: BOCK, A.M.B. **A Perspectiva Sóciohistórica na formação em Psicologia**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003. p.161-191.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 8ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

LAZARUS, R.S.; FOLKMAN, S. **Stress: appraisal and coping**. New York: Springer, 1984.

LIMA, R.A.G.; ROCHA, S.M.M.; TONE, L.G. O câncer infantil: caracterização da população atendida em um hospital-escola como subsídio para a assistência de enfermagem. **Medicina**. Ribeirão Preto, v.26, n.4, p.627-635, dez. 1993.

LIPP, M.N. **Pesquisas sobre stress no Brasil**: saúde, ocupações e grupos de risco. Campinas: Papyrus, 1996.

LOPES, L.F.; CAMARGO, B.; BIANCHI, A. Os efeitos tardios do tratamento do câncer infantil. **Revista Ass. Méd. Brás.** São Paulo, v.46, n.3, p.277-284, 2000.

LOPES, D.P.L.; VALLE, E.R.M. et al. **Psico-Oncologia pediátrica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MAYOL, R. **Câncer corpo e alma**. São Paulo: Mercúryo, 1989.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. COORDENAÇÃO NACIONAL DE CONTROLE DE TABAGISMO - CONTAPP. **Falando Sobre Câncer e Seus Fatores de Risco**. Rio de Janeiro, 1996. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=81. Acesso em: 03/set/2004.

MOREIRA, C.C. **Pediatria com Psicologia**. São Paulo: Grupo editorial Moreira e Livraria Editoria Santos, 1994.

MOTTA, A.B.; ENUMO, S.R.F. Brincar no hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v.9, n.1, p.19-28, abr. 2004.

OLIVEIRA JÚNIOR, W. Depressão e câncer: é possível prevenir? In: LEITÃO, M.S. et al. **Psico-Oncologia: O encontro da ciência com a espiritualidade**. Campinas-SP: Livro Pleno, 2003.

OLIVEIRA, B.; YAMAMOTO, K. **Psicologia da Saúde: Temas de reflexão e prática**. São Bernardo do Campo: UMESP, 2003.

OSÓRIO E ROMERO. **Orden, sentido y significado como indicador de resiliência en el juego de niños institucionalizados**. Lima, 2003. Disponível em: <http://www.ilustrados.com/publicaciones/EpyuyAEFEFlzpVPmnl.php>. Acesso em: 28/08/2005.

PERINA, E.M. Câncer infantil: a difícil trajetória. In: CARVALHO, M.M.M.J. **Introdução à Psiconcologia**. Campinas-SP: Livro Pleno, 2003. p.79-94.

PESCE, R.P. et al. Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília, v.20, n.2, p.135-143, ago. 2004.

PESSINI, L. O encontro com o eu superior: espiritualidade e ética. In: LEITÃO, M.S. et al. **Psico-Oncologia: O encontro da ciência com a espiritualidade**. Campinas-SP: Livro Pleno, 2003.

PETRILLI, A.S. et al. Diferenças clínicas, epidemiológicas e biológicas entre o câncer na criança e no adulto. **Revista Brasileira de Cancerologia**. São Paulo, v.43, n.3, p.191-203, set. 1997.

PINHEIRO, D.P.N. A resiliência em discussão. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v.9, n.1, p.67-75, 2004.

RODRIGUES, K.E.; CAMARGO, B. Diagnóstico precoce do câncer infantil: responsabilidade de todos. **Revista Assoc. Méd. Brás.** São Paulo, v.49, n.1, p.29-34, 2003.

SAVOIA, M.G. Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (*coping*). **Revista de Psiquiatria Clínica.** São Paulo, v.26, n.2, abr. 1999.

SILVA, C.B. Câncer: fatores psicossociais que podem facilitar ou dificultar o enfrentamento da doença. **Revista Soc. Psicol.** Triângulo Mineiro, v.4, n.6, 85-90, jun. 2001.

SILVA, D.B.; PIRES, M.M.S.; NASSAR, S.M. Câncer pediátrico: análise de um registro hospitalar. **Jornal de Pediatria.** Rio de Janeiro, v.78, n.5, p.409-414, 2002.

SIMONTON, O.C.; MATTHEWS-SIMONTON, S.P.; CREIGHTON, J.L. **Com a vida de novo.** São Paulo: Summus, 1987.

TAVARES, J. A resiliência na sociedade emergente. In: _____ (Org.). **Resiliência e educação.** São Paulo: Cortez, 2001. p. 43-75.

VALLE, E.R.M. (org); Capparelli, A.B.F; Amaral, M.T.C. **O cuidar da criança com câncer.** Visão fenomenológica: vivências dos médicos que cuidam de crianças com câncer. Campinas: Livro Pleno, 2004.

VALLE, E.R.M. Acompanhamento psicológico em Oncologia Pediátrica. In: ANGERAMI-CAMON, V.A. et al. **O atendimento infantil na ótica Fenomenológica-Existencial.** São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004. p.83-107.

VARGAS, L. Câncer en pediatría: Aspectos generales. **Revista Chilena de Pediatría**. Santiago, v.71, n.4, jul. 2000. Disponível em: http://scielo.c1/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062000000400002...

Acesso em:20/09/2005.

YUNES, M.A.M.Y. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v.8, n.esp, p.75-84, 2003.