



Fundação Presidente Antônio Carlos - FUPAC
Graduação em Psicologia

A PSICOLOGIA NA PROMOÇÃO DE SUPORTE PARA FAMILIARES DE
CRIANÇAS COM CÂNCER

Promotion of support to family members of kids with cancer by psychology

Amanda Ferraz Urgal¹, Daniela Moreira da Silva¹, Marília Barroso de Paula²

¹ Graduandas do curso de Psicologia da Faculdade Presidente Antônio Carlos - FUPAC

² Psicóloga. Mestre em Psicologia pela UFJF; Discente da Faculdade Presidente Antônio Carlos - FUPAC

RESUMO:

A criança diagnosticada com câncer sofre diversas reações após o descobrimento da doença, principalmente nos momentos em que a hospitalização se faz necessária. No entanto, seus familiares também reagem à doença através de aspectos emocionais, sendo o momento da hospitalização vivenciado com incertezas e sentimentos de angústia, promovendo, assim, significativas alterações psicológicas e sociais em todos os seus membros. Com isso, diante da internação hospitalar da criança, torna-se importante a assistência psicológica à sua família, acolhendo suas reais necessidades, sanando possíveis dúvidas que possam surgir ao longo do tratamento, facilitando a comunicação entre família e equipe de saúde e planejando estratégias grupais e individuais que visam o alívio emocional e um melhor enfrentamento da doença.

Palavras chaves: criança, câncer, familiares, assistência psicológica.

ABSTRACT:

The child diagnosed with Cancer goes thru many reactions after the disease is found, especially when hospitalization is necessary. However, their family members also react to the disease thru emotional aspects, the experiences of hospitalization is lived with uncertainty and feelings of anguish, promoting significant psychological and social alterations on all the members of that family. With that said, at the time the child is hospitalized, it is important to have a psychological support to the family, welcoming their real needs, clarifying possible doubts that could show up during treatment, facilitating the communication between family and medical staff and planning groups and individual strategies in order to obtain an emotional relief and a better coping with the disease.

Keywords: child, cancer, family members, psychological assistance.

Endereço para correspondência: Daniela Moreira da Silva
Rua do Livramento, 257, Bairro Peluso, Ubá - MG, CEP: 36500-000.
E-mail: dani.moreira@yahoo.com.br

1. INTRODUÇÃO

Segundo o Instituto Nacional do Câncer [INCA] (2015), câncer é a nomeação de mais de 100 tipos diferentes de doenças que têm como característica comum o crescimento desordenado de células anormais com potencial invasivo, podendo atingir diversos órgãos. Sua origem se dá por condições multifatoriais que podem agir em conjunto ou em sequência para iniciar ou promover o desenvolvimento do câncer.

De acordo com estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), houve 14,1 milhões de novos casos de câncer e um total de 8,2 milhões de mortes, em todo o mundo, em 2012. O número de pessoas acometidas pela doença continuará aumentando nos países em desenvolvimento e crescerá ainda mais em países desenvolvidos caso medidas preventivas não sejam amplamente aplicadas. No Brasil a estimativa para o ano de 2015 aponta para a ocorrência de aproximadamente 576 mil novos casos (INCA, 2015).

No adulto, o câncer normalmente se manifesta por condições ambientais, hábitos alimentares, estilo de vida e aspectos emocionais, além do fator hereditário. Já o câncer infantil não possui clareza quanto aos fatores de risco que podem desencadear ou ativar a doença. (Cardoso, 2007).

Quando nos deparamos com uma criança diagnosticada com câncer é importante mencionarmos a família. Os familiares, além de serem também afetados pelas consequências da doença, possuem importante papel no tratamento e na recuperação do doente. O diagnóstico de câncer faz emergir diversos tipos de medos, como o medo da dor, do sofrimento, da mutilação, insegurança quanto ao futuro, etc. Além disso, um câncer infantil sempre é permeado pelo risco de morte, e em alguns casos leva a óbito. Tanto a criança quanto sua família compartilham diferentes reações e medos e têm suas vidas transformadas após a descoberta da doença (Cardoso, 2007).

Segundo Brito (2009), qualquer que seja a transformação ocorrida no núcleo familiar, há o surgimento de variadas alterações no mesmo, sendo necessária a busca de um novo equilíbrio. O adoecer de um dos membros provoca intensas modificações dos papéis e da própria estrutura da família, evocando uma nova dinâmica caracterizada pelo ato de cuidar. É importante que a família se adapte a nova realidade composta por períodos de hospitalização, tratamento invasivo, diversas perdas, alterações em seus relacionamentos, bem como mudanças na rotina que podem influenciar até mesmo a realização de algumas tarefas (Kohlsdorf & Costa Junior, 2012).

Em geral, os pais diante do adoecimento do filho e das muitas situações difíceis que enfrentam, necessitam também da assistência da equipe de saúde, como por exemplo, a assistência psicológica (Rubira, Marcon, Belasco, Gaíva & Espinosa, 2012).

Para Misko e Bousso (2007) não devemos nos esquecer da carga emocional que os pais sofrem ao vivenciarem o atendimento de emergência da criança, necessitando de suporte e comunicação para amenizar os níveis de ansiedade e estresse. É relevante conhecer as reações emocionais nos familiares de crianças com câncer, pois a literatura focaliza com grande ênfase apenas as implicações do tratamento sobre o paciente. Pouco se aborda sobre as questões de ordem psicológica que envolvem os familiares durante o tratamento oncológico da criança, bem como suas formas de enfrentamento.

Diante disso, o presente estudo procura realizar um levantamento bibliográfico sobre o tema, focando a pesquisa na abordagem que a psicologia é capaz de oferecer aos familiares de crianças diagnosticadas com câncer. Para tal, inicialmente abordaremos a visão social que ainda permeia o câncer, sendo esta, uma doença socialmente atrelada à morte. Posteriormente, atentaremos para algumas reações da criança diante o processo de hospitalização, visando demonstrar algumas mudanças em seu estilo de vida. Logo em seguida, discutiremos sobre as reações emocionais dos familiares diante do diagnóstico da criança bem como as implicações da vivência hospitalar que, muitas vezes, se faz necessário durante o tratamento. E, por fim, abordaremos a atuação do psicólogo junto aos familiares durante a hospitalização da criança, com o intuito de demonstrar que a assistência psicológica se faz necessária para um melhor enfrentamento da doença.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 O Câncer como doença ligada à morte

O câncer pertence a um grupo de doenças cuja taxa de mortalidade vai depender de seu tipo e também da forma de desenvolvimento. Apesar dos progressos da medicina em relação ao tratamento, existem inúmeras representações ligadas ao seu diagnóstico, fazendo com que esta patologia seja vivida como uma sentença de morte, ocasionando assim, uma série de reações e emoções no paciente e na família (Silva, Aquino & Santos, 2008).

O câncer infantil corresponde a um grupo de doenças que atinge crianças e adolescentes de 0 a 19 anos, tendo em comum o surgimento de células modificadas que

se multiplicam de forma rápida e desordenada em algum órgão, afetando o seu funcionamento. Os tipos mais comuns de câncer na infância são: os tumores do sistema nervoso central, as leucemias e os linfomas (Silva, Andrade, Barbosa, Hoffmann & Macedo, 2009; Silva, Melo & Pedrosa, 2013).

Estima-se que em torno de 70% das crianças acometidas de câncer podem ser curadas, se forem diagnosticadas precocemente. Com grandes chances de cura e sobrevivência, o câncer infantil passou de doença fatal para doença crônica, com tratamento em longo prazo. O diagnóstico precoce torna-se, portanto, um importante desafio, já que muitas crianças chegam às instituições especializadas com a doença em estágio avançado (Lima, Botelho & Silvestre, 2011; Gurgel & Lage, 2013).

Embora considerado raro quando comparado ao câncer em adultos, o câncer infantil também apresenta elevado índice de incidência e alta taxa de mortalidade. Diferentemente dos adultos, o câncer na criança afeta geralmente as células do sistema sanguíneo e dos tecidos de sustentação e no Brasil, ocupa a posição de primeira causa de morte por doença que atinge crianças e adolescente de 1 a 19 anos, igualando-se aos países desenvolvidos. No mundo todo, cerca de 0,5% a 3% de crianças são afetadas pelo câncer, comparadas a população geral. Já no Brasil, as estimativas estão entre 1% e 4,6%. Só em 2010 o número de mortes de crianças devido à doença foi de 2740, sendo que 1567 eram meninos e 1173 meninas (Gurgel & Lage, 2013; Lima *et al.*, 2011; INCA, 2015).

Sendo assim, segundo Silva *et al.* (2008) o diagnóstico de câncer é vivido como um momento de angústia, pois esta ainda é uma doença rotulada como dolorosa e mortal, desencadeando preocupações em relação à morte, adquirindo um caráter trágico e trazendo sentimentos de desesperança e medo. Para Kübler-Ross (2008 p.40) “O câncer, para muitos, ainda é uma moléstia fatal a despeito do número crescente de curas reais ou de remissões significativas”.

A doença aproxima o paciente de uma realidade distante, colocando-o diante de sua finitude, como sentença final. Contudo, tal finitude faz parte do desenvolvimento humano e, assim, indivíduos de todas as idades enfrentarão a morte, colocando a própria vida em questão, com seus medos, angústias e possibilidades. Quando falamos de uma doença como um câncer, a morte torna-se assunto desde o diagnóstico, se estendendo durante todo o tratamento e até mesmo ao pós-tratamento, quando há cura ou o óbito de fato (Silva *et al.*, 2008; Borges *et al.*, 2006).

Segundo Rezende (2000, p.70) “o impacto de uma doença como o câncer é uma daquelas oportunidades na vida que nos coloca repentinamente face a face com a nossa tão negada fragilidade e nosso fim”.

A relação entre a vida e morte ao longo do desenvolvimento humano nos faz refletir como um indivíduo acometido por uma doença como o câncer lida com as questões que envolvem a morte e o morrer (Borges *et al.*, 2006).

As pessoas não estão preparadas para lidar com a finitude do ser, o que torna mais difícil a aceitação do fim da vida (Basso & Wainer, 2011).

Não somente a possível morte do outro se faz presente a todo o momento como também provoca questionamentos sobre a própria finitude. Sentimentos de impotência e onipotência aparecem, além da dificuldade de lidar com a doença (Cardoso, 2007). Para Rezende (2000, p.69) “embora conscientes de sua finitude, as pessoas em geral apresentam uma forte tendência a negá-la“. Assim, o diagnóstico de câncer infantil pode vir acompanhado de medo e desespero, sendo que a possibilidade de morte é vista como um tabu e imprópria para crianças (Vasconcelos, Costa & Barbosa, 2008).

2.2 Criança hospitalizada com câncer

Para Kohlsdorf (2010) o câncer pediátrico oferece riscos ao desenvolvimento da criança, tendo em vista o extenso período de acompanhamento médico e internação hospitalar periódica, quimioterapia e radioterapia, com efeitos colaterais físicos e psicológicos, bem como a exposição repetida a procedimentos invasivos.

Quando uma criança desenvolve o câncer, há uma grande transformação da sua rotina diária. De repente, ela é internada em um hospital, onde passa a conviver com desconhecidos e é afastada do convívio de seus familiares. No hospital, é submetida a vários exames que geram sensações horríveis de desconforto. Subitamente, a criança tem seu ciclo de vida interrompido, independentemente de sua idade (Menezes, Passareli, Drude, Santos & Valle, 2007).

Muitos autores apontam a hospitalização como uma realidade vivenciada pelo público infantil que provoca grandes impactos em suas vidas. Constitui-se como uma situação potencialmente traumática, podendo vir acompanhada de sentimentos como ansiedade, angústia e medo diante de uma situação desconhecida e ameaçadora, afetando também a interação da criança com o seu meio (Melo & Valle, 2010).

A criança internada, segundo Lange (2008), perde o contato com pessoas e lugares aos quais está habituada, sendo inserida em um ambiente novo e totalmente desconhecido, se configurando, assim, a perda do familiar, do conhecido e do comum. As pessoas são estranhas e diferentes e, com isso, surgem na criança sentimentos de abandono e desespero de intensidades variáveis.

Para Moura (2000), a criança quando hospitalizada apresenta inúmeras reações decorrentes tanto do adoecimento quanto da transferência brusca de seu meio. É importante salientar que tais reações devem ser observadas e remediadas não só pelo sofrimento que provocam, mas também pela interferência na recuperação e adesão ao tratamento.

Em relação ao diagnóstico, a criança obtém informações sobre seu estado através de poucas palavras, gestos, olhares, diálogos misteriosos ou mesmo a atenção excessiva. Tudo contribui para que ela construa um entendimento próprio do seu estado (Camon, 2004).

A incompreensão do adulto e a falta de respostas aos questionamentos da criança doente provocam mais dor, conflitos e fantasias. Quando os adultos mentem ou omitem os fatos, pensam que estão defendendo a criança do sofrimento, como se a negação da dor magicamente a anulasse, mas infelizmente, isso não acontece. Assim, se os adultos mentem ou ocultam a verdade à criança acometida pela doença, esta se sente, muitas vezes, confusa, abandonada e expressa sentimentos de desolação e desesperança, pois já não confia tanto nas pessoas que a cercam. A criança se sente completamente desprotegida, sendo comum a desconfiança de todos os que se aproximam, além do medo dos procedimentos realizados (Camon, 2004).

Segundo Camon (2004), manifestações de ansiedade são comuns durante o processo de hospitalização e podem ser causadas por dúvidas, sensações de culpa, temores e punição. É normal que a criança pense que ela foi a responsável por sua doença através de comportamentos inadequados, desobediência aos pais e várias outras fantasias construídas. A hospitalização pode ser encarada como punição, pois a criança é afastada das pessoas que ama e em vários momentos se sente castigada com injeções, punções e vários procedimentos invasivos e dolorosos, além de extensos períodos no hospital acompanhados de vivências traumáticas.

Para Lange (2008) a doença grave e que exige um tratamento longo provoca na criança alterações em sua autoimagem e autoconceito (emagrecimento, deformações, inchaços), além de sentimentos de desvalorização e fantasias decorrentes da doença.

Apesar de comuns, tais reações devem ser controladas, evitando reações de pânico, súplicas, confusão e intensa regressão. O suporte psicológico torna-se fundamental para que a criança consiga retomar seu equilíbrio.

De acordo com Moura (2000), mecanismos defensivos como agressividade, raiva, apatia, irritabilidade, regressão podem surgir como resposta à dificuldade em lidar com esse processo, contribuindo para distúrbios do sono e da alimentação, bem como rebaixamento do estado de humor – formas estas encontradas pela criança de apontar sua angústia.

A atuação do psicólogo no ambiente hospitalar se dará de forma a humanizar o atendimento à criança que lida com a cronicidade de sua doença e com todas as implicações desta em sua vida (Barros & Cypriano, 2008).

Segundo Parcianello (2008) humanizar é o mesmo que individualizar; fazer com que as necessidades de cada indivíduo sejam atendidas e acolhidas. O autor acredita que humanizar no contexto hospitalar é evitar que o paciente seja limitado ao papel de uma pessoa que necessita de cuidados em seus órgãos afetados. Mais do que isso, humanizar é atender às reais necessidades do paciente, levando em consideração seus aspectos psicológicos.

Quando se fala sobre o cuidado à criança hospitalizada no âmbito de uma atenção integral e humanizada, é impossível limitar a assistência e o cuidado às técnicas de reabilitação e às intervenções medicamentosas. A criança enferma, bem como sua família, tem de ser considerada em sua singularidade e possuir, à disposição, recursos que possibilitem a vivência, a expressão e a elaboração da experiência de adoecimento e hospitalização (Mitre e Gomes, 2007).

Dentre as várias formas de humanização no contexto hospitalar, encontra-se a atividade do brincar que contribui para a recuperação e a adaptação da criança, configurando-se em uma maneira de confrontar as adversidades hospitalares (Borges, Nascimento & Silva, 2008).

O brincar oferece à criança condições para que esta se sinta melhor durante a internação, resgatando atividades que antes eram realizadas no contexto familiar. Com isso, o hospital estimula a qualidade de vida da criança e de seus familiares, contribuindo assim, para sua recuperação (Borges *et al.*, 2008).

2.3 Aspectos emocionais dos familiares diante do diagnóstico de câncer infantil e de suas consequências

Diante o diagnóstico de câncer, a criança será a primeira afetada pela notícia e suas consequências. No entanto, a nova condição a ser enfrentada também afetará os familiares, principalmente os pais, normalmente os responsáveis pelos filhos, que sofrerão diversas transformações em vários aspectos de suas vidas, entre eles, o psicológico (Cardoso, 2007).

A partir dos primeiros sinais e sintomas, a família vivencia momentos de confusão, ansiedade e medo. Sentimentos como incerteza, impotência, ameaça e sensações de descontrole da situação vivida também podem aparecer. A possibilidade de novas hospitalizações gera sentimentos diversos nas famílias como tristeza, nervosismo, estresse, preocupação e ansiedade (Silva, Collet, Silva & Moura, 2010).

De acordo com Angelo, Moreira e Rodrigues (2010), ter um filho com câncer ocasiona diversos efeitos na vida da família como dificuldades financeiras, sacrifício, dor e angústia emocional, fazendo-se presente em vários momentos o questionamento do motivo da doença em suas vidas.

A doença se apresenta como um acontecimento inesperado na vida da criança e de sua família. Portanto, seu diagnóstico pode vir atrelado a sentimentos de culpa, na medida em que os pais vivenciam inúmeros questionamentos. “O que fizemos de errado?”, “Onde falhamos?”, “Porque conosco?”, “A doença foi herdada do pai ou da mãe?”. Estas e outras perguntas envolvem os pais num turbilhão de dor e desespero (Camom, 2004).

Quando uma criança é diagnosticada com câncer, os pais também necessitam de ajuda, visto que a criança desconhece a doença e, portanto, eles são os responsáveis por transmitirem ao filho os sentimentos provocados pela descoberta do diagnóstico. (Cardoso, 2007). Segundo Kübler-Ross (2008, p.163) “no período da doença, os familiares desempenham papel preponderante, e suas reações muito contribuem para a própria reação do paciente”. Ainda de acordo com Cardoso (2007), quando a família está bem orientada, os efeitos da doença são menos prejudiciais, pois são capazes de manejar a situação da melhor maneira possível a fim de que não seja dolorosa para a criança.

Ao serem noticiados da doença de um de seus integrantes, os familiares se desestruturam, podendo até mesmo, desenvolver alguma patologia relacionada ao

estresse. É interessante ressaltar que assim como o doente, a família também experimenta diferentes estágios de adaptação (Mendes, Lustosa & Andrade, 2009).

Kübler-Ross (2008) descreveu as fases às quais os pacientes normalmente enfrentam desde a descoberta da doença, sendo que outros autores identificaram também algumas semelhanças entre as atitudes dos familiares, que experimentavam emoções comuns.

De início, a família pode negar a realidade de que exista uma enfermidade em algum de seus membros (Mendes *et al.*, 2009). Tal negação pode ocorrer nos primeiros estágios da doença ou assim que esta foi constatada. Nesta fase, a procura por vários médicos é constante a fim de se obter respostas que se opõem ao diagnóstico inicialmente obtido (Kübler-Ross, 2008).

Posteriormente à fase de negação, o doente é envolvido por sentimentos de raiva, e a família, paralelamente, também pode manifestar tal sentimento. Nesta fase de raiva, é comum o surgimento de questionamentos solitários: “Por que conosco?”. Além disso, a presença de ambivalência, conflitos e ressentimentos são características dessa fase difícil de ser enfrentada, tanto pelos pacientes quanto pelos familiares (Mendes *et al.*, 2009).

Outra fase é a da barganha. Kübler-Ross (2008) a descreveu como sendo uma espécie de troca imaginária que o próprio paciente se propõe a fim de resistir ao sofrimento que a doença lhe impõe, ao mesmo tempo em que sustenta a ilusão de que é possível prolongar de alguma forma a vida por uns dias, meses ou até anos. Para Mendes *et al.* (2009) este estágio é vivenciado por vezes também pelos familiares, constituindo-se como uma defesa sustentada por um tempo; uma tentativa de adiamento; uma meta, acrescida de uma promessa implícita de que não se pedirá outro adiamento da morte caso o primeiro seja atendido.

Quando a doença é direcionada para a terminalidade, a raiva, a barganha e a revolta darão lugar a sentimentos de perda. As perdas são muitas e podem ser reais e simbólicas. A família reage à situação do paciente de forma depressiva, preparando-se também para a própria morte. (Prade, Casellato & Silva, 2008).

Em última instância, a aceitação da doença e da perda. Kübler-Ross (2008) afirma que nesta fase de aceitação, não haverá sentimentos de raiva nem depressão quanto ao futuro, pois já houve a externalização de muitos dos sentimentos. Nesse momento, há um envolvimento na busca pela cura ou então, quando a morte é inevitável, conscientiza-se da proximidade do fim.

As mudanças na vida da criança e da sua família diante da doença, não englobam somente alterações orgânicas ou físicas, mas ultrapassam este ângulo e promovem alterações psicológicas e sociais em toda a família, alterações essas que exigem constantes cuidados e adaptações (Silva *et al.*, 2010).

Muitas vezes, uma doença que implica em um longo período de acompanhamento, transforma-se em uma situação difícil de lidar e facilita a ocorrência de outros tipos de dificuldades psicológicas, tais como, desgaste emocional, sentimentos de culpa e inadequação (Pereira & Dias, 2007).

A família e a criança irão reagir de formas distintas. Tudo dependerá, não só do estágio em que a doença se encontra como da personalidade de cada um dos sujeitos envolvidos. A forma de enfrentamento da doença utilizada pelos pais é, em parte, determinado pelas suas histórias e experiências passadas, valores e crenças pessoais, mas também depende dos recursos psicológicos para lidar com algum evento estressante (Menezes *et al.*, 2007).

Assim, a história de vida de cada indivíduo, bem como suas experiências, personalidade, educação, idade e sexo influenciam positiva ou negativamente no enfrentamento da doença, explicando com isso, o motivo pelo qual determinadas pessoas reagem melhor em algumas situações (Vasconcelos *et al.*, 2008).

Os pais podem reagir ao diagnóstico com comportamentos indicadores de depressão, como tristeza persistente, pessimismo, desesperança, culpa, desamparo, diminuição da energia, dificuldades em se concentrar ou tomar decisões, fadiga, insônia ou sonolência, que podem ser mantidos por vários meses, em especial com níveis iniciais de depressão moderados ou severos (Kohlsdorf & Costa Junior, 2012).

No entanto, outro sentimento pode emergir durante esse processo de vivência da doença: a esperança. Esta pode surgir como resposta à negação e à angústia, podendo contribuir para que o familiar permaneça ao lado do doente, ajudando-o em sua recuperação física e psicológica (Pereira & Dias, 2007). Kübler-Ross (2008) relata que a esperança sonda todos os estágios, através de diferentes níveis.

Em contrapartida, quando os pais não possuem recursos psicológicos suficientes para atender aos cuidados da criança em tratamento, bem como os demais familiares, além da redução de sua qualidade de vida, tal condição pode constituir uma barreira e gerar dificuldades no desenvolvimento de estratégias eficientes de enfrentamento ao tratamento, requerendo da equipe de saúde a implementação de intervenções psicológicas (Kohlsdorf & Costa Junior, 2008).

Segundo Doca e Costa Junior (2007) para os pais as repercussões da hospitalização de seus filhos estão relacionadas ao período de internação e tratamento, porém, podem também estender-se por prazos mais longos, especialmente nos casos em que há sequelas, danos irreversíveis ou óbito. As repercussões mais comuns aos pais incluem manifestações de ansiedade; depressão; confusão mental; alterações do ciclo sono-vigília; transtornos alimentares; e pensamentos repetitivos e intrusivos.

O processo que envolve a doença se inicia com a constatação de que algo não vai bem com a criança e se fortalece a partir do diagnóstico final, que provoca uma crise na constituição familiar, sendo necessária uma redefinição de papéis (Angelo *et al.*, 2010).

Para Doca e Costa Junior (2007) quando o doente é uma criança, normalmente, os altos índices de estresse englobam diretamente seus familiares, que por sua vez, emitem sentimentos de proteção, raiva e não aceitação da condição atual, por ser o acometido, culturalmente um indivíduo frágil, ingênuo e com amplas possibilidades de longevidade.

A internação ocasionada pelo adoecimento provoca uma desestruturação da dinâmica familiar, além de confrontá-la com o desconhecido, instigando-a com a angústia de uma possível morte (Lutosa, 2007). Assim, o medo da morte, associado às dúvidas em relação ao tratamento, às preocupações constantes, aos conflitos emocionais, às mudanças na rotina e às alterações de papéis pode se configurar em uma condição de ansiedade (Maruiti, Galdeano, & Farah, 2007).

A família encontra dificuldades em lidar com a doença de um dos seus membros, manifestando apreensão em relação às decisões a tomar, além do medo do desconhecido e das situações que precisarão enfrentar. Normalmente, durante o processo hospitalar, a família fica insegura e necessita de um apoio efetivo, que se configure em uma compreensão de seu estado atual, fornecendo-lhe um ambiente que lhe devolva o equilíbrio, a segurança, a força, enfim, a estabilidade (Lutosa, 2007). Diante disso, faz-se necessário olhar para os familiares que sofrem com o intuito de uma melhor adaptação dos mesmos à condição de se ter uma doença grave na família (Almeida *et al.*, 2009).

De acordo com Pereira e Dias (2007), em situações nas quais o quadro não pode ser revertido e a possibilidade de morte se faz presente, os familiares são envolvidos em intensos sofrimentos e medos em relação à provável morte do ente querido.

Desde o diagnóstico, a família necessita de um cuidado especial, visto que tal situação pode ocasionar grandes impactos sobre a mesma, que vislumbra um desabamento de seu mundo com a notícia de enfermidade potencialmente fatal de um de seus membros. Este fato faz com que, em muitas ocasiões, as necessidades psicológicas da família ultrapassem as do doente e, de acordo com a intensidade das reações emocionais, a ansiedade dos familiares pode se configurar em algo de difícil manuseio (Mendes *et al.*, 2009).

A estabilidade da família pode ser comprometida com a possibilidade da interrupção do ciclo de vida, fazendo com que esta apresente dificuldades em sua reorganização em virtude da perda de liberdade, do autocontrole, das mudanças de papéis exigidas pela rotina hospitalar, da sobrecarga de tarefas, dos sentimentos de desamparo, etc. Em meio a tanto sofrimento e tantas transformações, a família que possui uma criança hospitalizada necessita de assistência e acompanhamento de um psicólogo (Azzi & Andreoli, 2008).

2.4 Atuações do psicólogo junto aos familiares

Nos últimos tempos, os conflitos psicológicos têm ganhado cada vez mais espaço junto aos profissionais da área de saúde e, com isso, a importância do psicólogo no contexto hospitalar é ainda mais reconhecida. Portanto, faz-se necessário a discussão da atuação deste profissional durante a hospitalização, visto que esta pode ser uma das etapas vivenciadas pela criança com câncer e seus familiares (Cardoso, 2007).

No contexto da hospitalização, a família pode se defrontar com diversas dificuldades, incluindo falta de informações sobre o estado de saúde da criança; eleição de quem será o acompanhante durante a internação; além de difíceis decisões, como amputações, internação em CTI, tratamentos invasivos, entre outras, sendo que todas estas dificuldades podem ser vivenciadas com elevados graus de ansiedade (Lutosa, 2007).

Portanto para Mendes *et al.* (2009) nesses momentos considerados como os mais trágicos, a família necessita de especificidades, como: permanecer ao lado do doente, sentir-se útil para ele, manter-se informada do quadro clínico, entender os procedimentos realizados e a razão destes, ter a garantia do controle da dor e do sofrimento, entender que a decisão sobre a limitação do tratamento curativo foi

apropriada, poder manifestar sua angústia e sentimentos, ser confrontada e confortada, encontrar um significado para o falecimento do doente, etc.

Para Campos (1995, p. 8), “a assistência psicológica, dentro do Hospital, busca o alívio emocional do paciente e de sua família, sendo que, muitas vezes, a ajuda a ser prestada implica uma mobilização de forças, em que a angústia e ansiedade estão presentes”.

Atentar para a família durante o período de internação é de extrema importância, visto que ela ocupa uma posição significativa na recuperação do paciente. Com isso, o trabalho do Psicólogo Hospitalar será o de realizar uma intervenção especializada, acolhendo as necessidades dos familiares, ao mesmo tempo em que planeja e executa ações que contribuirão para uma melhor adaptação dos mesmos (Moreira, Martins & Castro, 2012).

O psicólogo hospitalar, amparado por seu conhecimento teórico e técnico, é capaz de produzir uma reorganização na estrutura egóica da família, facilitando também a elaboração de fantasias, angústias e medos que surgiram da situação atual de adoecimento (Lutosa, 2007).

Dentro do hospital, o psicólogo pode atuar no Pronto Socorro, na Enfermaria, na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e até mesmo nos Centros Cirúrgicos, sendo que tal atuação, em qualquer que seja o setor, deve se basear na escuta e observação relacionadas aos fatores que envolvam o adoecimento, fazendo-se necessário o respeito às crenças, fragilidades e medos tanto do paciente quanto de sua família (Moreira *et al.*, 2012).

Uma das tarefas do psicólogo hospitalar seria detectar graus de ansiedade e sanar algumas dúvidas que possam surgir entre os familiares, contribuindo para a diminuição ou extinção de perguntas que muitas vezes se encontram sem respostas. Além disso, o profissional pode realizar uma ponte entre a família e os profissionais de saúde, favorecendo a comunicação entre os mesmos, contribuindo assim, para o tratamento do doente. O trabalho do psicólogo pode acontecer através de atendimentos individuais ou grupais, acompanhados de intervenções especializadas (Lutosa, 2007; Moreira *et al.*, 2012).

A atuação do psicólogo pode ser assegurada pela comunicação, reforçando a estrutura e adaptação da família para enfrentar o intensivo momento que se apresenta, o que pode levar a desestruturação. A forma de atuação deve ser direcionada em nível de

apoio, atenção, compreensão, suporte ao tratamento, clarificação dos sentimentos e fortalecimento dos vínculos familiares (Mendes *et al.*, 2009).

São vários os benefícios de incluir a família no atendimento psicológico. Além de reduzir seus níveis de ansiedade, esta pode adquirir melhores condições emocionais para apoiar o paciente, possibilitando-lhe alívio de seu sofrimento e oferecendo-lhe confiança no tratamento (Moreira *et al.*, 2012).

As atividades lúdicas também podem ser consideradas alternativas que proporcionam efeitos terapêuticos aos pais de crianças hospitalizadas, sendo uma oportunidade de reorganização e descanso. No ato de brincar, deslocam o foco do seu pensamento para algo além da doença, sendo assim confortados ao verem que as crianças participam de atividades que realizavam quando não estavam doentes. Com isso, os pais se sentem um pouco aliviados e participam de momentos de diversão junto a seus filhos. Diante da situação que estão enfrentando, o brincar no hospital possibilita uma melhor interação entre pais e filhos, ajudando-os a lidar melhor com a internação (Carvalho & Begnis, 2006).

No ambiente hospitalar, o brincar aparece não somente como uma atividade desenvolvida, mas como um tipo de relação, podendo servir como elo entre as crianças, as crianças e suas mães e as crianças e os profissionais de saúde (Carvalho & Begnis, 2006).

Quando a morte é inevitável, o psicólogo trabalhará de forma a ajudar a família a discutir sobre os desejos do paciente após sua morte. Além disso, fará orientações sobre a importância de os familiares estarem presentes nos últimos momentos do paciente, inclusive nos casos de coma. Sua presença faz-se necessária também no momento em que é anunciada a morte do paciente, visto que contribuirá para a expressão dos sentimentos dos familiares, facilitando assim, a vivência do luto (Domingues *et al.*, 2013).

De acordo com Camon (2006, p.24) “muitos casos abordados pelo psicólogo no hospital irão exigir, após o processo de hospitalização, encaminhamentos específicos para processos de psicoterapia tal a complexidade e o emanhamento de sequelas e comprometimento emocional”.

A atuação do psicólogo hospitalar engloba o trabalho com medos, angústias, fantasias, ansiedades, enfrentamento do sofrimento e do medo da morte do ente querido, estreitamento das relações entre família e equipe de saúde, além do reforço de processos adaptativos. O psicólogo atua também na comunicação entre o paciente e sua família, de

modo a permitir que conflitos anteriores ao adoecimento possam ser sanados (Mendes *et al.*, 2009).

Com isso, enfatiza-se o fato de que a Psicologia Hospitalar não se atenta apenas às doenças que possuem como causas os fatores psíquicos. Ao contrário, ela busca incansavelmente o trabalho com os conflitos psicológicos que possam emergir das demais doenças, visto que qualquer tipo de patologia encontra-se englobada à subjetividade. Cabe ressaltar a importância da Psicologia Hospitalar neste momento de crise familiar, com intuito de facilitar o enfrentamento de todos neste difícil momento vivido (Mosimann & Lutosa, 2011; Lutosa, 2007).

2.4.1 Grupos de suporte com a família

A organização de reuniões grupais pode se constituir em um processo eficaz na promoção de suporte aos pais e familiares de crianças em tratamento oncológico. Tais momentos podem contribuir para a troca de informações, além de esclarecimentos de questões e compartilhamento de emoções relacionadas ao tratamento (Kohlsforf & Costa Junior, 2008).

A ideia de realização de grupos de suporte psicológico pode se dar em situações de luto, (mas não só o luto em relação à morte, como também à condição de sadio, de um corpo estética e funcionalmente perfeito) em locais como UTI de hospitais gerais, onde existe morte e sofrimento. Portanto, a necessidade da intervenção psicológica é urgente e funcionária como um grande suporte psicossocial (Campos & Mello Filho, 2000).

Tal suporte é imprescindível para quem está enfrentando o adoecimento, pois traria as dimensões afetiva, informativa, sentimentos de coesão e de apoio, cuidado mútuo, reforço do ego, fomento a uma maior autoestima e autoconfiança, diminuindo o sentimento de impotência (Campos & Mello Filho, 2000).

A exaltação e a intensificação das emoções é o resultado mais evidente que se encontra na formação de um grupo e também o mais importante. As emoções são excitadas a um nível que raramente atingem em outras condições. Essa é uma experiência agradável para os integrantes através da qual podem ter acesso às suas paixões, experimentando um contágio emocional com o que já estão familiarizados, integrando-se ainda mais no grupo e sentindo-se menos solitários em suas emoções, pensamentos e realidade vivida. Quanto maior o número de pessoas com a mesma

emoção, mais se intensifica a interação dos membros e maior é a interação mútua (Freud, 1996).

Campos (2006) traz a experiência com grupos de suporte psicológico utilizando-o para pessoas que vivenciam uma situação comum, sendo então um trabalho que permite, a partir do compartilhamento de emoções e experiências, a melhor elaboração psicológica e o melhor enfrentamento do sofrimento psíquico.

Para Oliveira, Santos e Mastropietro (2010), os grupos de suporte psicológico auxiliam os familiares mostrando que as experiências humanas de dor, sofrimento e perda podem ser compartilhadas, fazendo com que os sentimentos de solidão e derrota sejam diminuídos, dando abertura à cumplicidade, intimidade e divisão do sofrimento psíquico com o outro, proporcionando aos sujeitos uma estranha leveza, no lugar de um peso que antes era insuportável diante da finitude.

Os grupos de suporte psicológico buscam a melhoria de alguma patologia ou superação de algum acontecimento que gera sofrimento ao sujeito. Nestes grupos, os participantes percebem que não estão sozinhos e que são respeitados em seus sofrimentos e limitações (Cordioli, 2008).

Em relação à possibilidade de perda de seus entes queridos, a escuta psicológica dos familiares realizada através de grupos de suporte atua como uma forma de acolhimento e interação dos integrantes a partir de suas próprias experiências, visando o auxílio a problemas individuais que podem repercutir na vida afetiva, emocional e social dos participantes, ocasionando, assim, uma evolução saudável do processo de luto, mas esbarrando também em aspectos culturais dos membros, como a dificuldade em falar sobre o tema morte (Luz, Goulart & Benicá, 2006). Negar a morte de um ente querido não auxilia a elaboração da perda, uma vez que inibir emoções pode gerar sentimentos de culpa e inadequação diante de tal situação (Domingos & Maluf, 2003).

Nos momentos terminais e de morte, o processo psicoterápico no ambiente hospitalar deve focar a manifestação dos sentimentos, a melhoria da qualidade de vida e a facilitação da comunicação (Schmidt, Gabarra & Gonçalves, 2011).

Segundo Doca e Costa Junior (2007), é de suma importância a intervenção psicológica com familiares no caso de internação de crianças, pois tanto os pais quanto as crianças são submetidos a momentos de estresse, principalmente quando expostos a episódios recorrentes de internação da criança.

3. CONCLUSÃO

O diagnóstico de câncer, normalmente, é vivenciado como um momento de angústia, ao passo que ainda é visto como uma doença dolorosa e atrelada à morte. Em se tratando do câncer infantil, sentimentos como o desespero e o medo podem ser predominantes, pois a possibilidade de morte é um tabu e imprópria para crianças.

Após a descoberta da doença, a criança é submetida a vários procedimentos invasivos e a longos períodos de hospitalização. Desse modo, sua rotina diária é interrompida através da transferência de seu meio para o contexto hospitalar.

São notórias as diversas transformações ocorridas na vida da criança acometida pelo câncer. No entanto, os familiares também possuem diversas modificações em vários aspectos de suas vidas, entre eles, o psicológico. Assim, a família pode se encontrar vulnerável a sentimentos como culpa, raiva, tristeza, ansiedade, medo, dentre outros.

O processo de hospitalização constitui algo de difícil enfrentamento para a família, confrontando-a com o desconhecido e com a possibilidade de morte. Além disso, sua estabilidade é comprometida, ao passo que necessita de uma nova organização de papéis. Somando-se a isso, a falta de informações sobre o quadro da criança e as dificuldades em relação às decisões a serem tomadas contribuem para que a insegurança se torne cada vez mais presente na dinâmica familiar, fazendo necessária a assistência psicológica.

Diante disso, a intervenção com os familiares de crianças hospitalizadas com câncer se dará com o intuito de acolher suas necessidades, bem como planejar e executar ações para a melhor adaptação diante da doença, a partir de inúmeras estratégias como a escuta especializada, o brincar, os grupos de suporte e os espaços de comunicação aberta sobre o luto.

O psicólogo também poderá atuar facilitando a comunicação entre médico e família, contribuindo, assim, para o esclarecimento de algumas dúvidas relacionadas ao tratamento do doente.

Além disso, caberá ao profissional de psicologia, caso haja necessidade, o encaminhamento para processos de psicoterapia, tal a complexidade e o emaranhamento de sequelas e comprometimentos emocionais que o processo de hospitalização pode acarretar.

Assim, concluímos que diante de tantas transformações, os familiares necessitam sim de um apoio que seja efetivo e contribua para o enfrentamento da doença da criança, uma vez que acolhendo as diversas reações dos familiares, estes se encontrarão em melhores condições emocionais para enfrentarem a doença junto aos seus filhos.

4. REFERÊNCIAS

- Almeida, A. S., Aragão, N. R. O., Moura, E., Lima, G C., Hora, E. C., & Silva, L. A. S. M. (2009). Sentimentos dos familiares em relação ao paciente internado na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(6), 844-849.
- Angelo, M., Moreira, P. L., & Rodrigues, L. M. A. (2010). Incertezas diante do cancer infantil: compreendendo as necessidades da mãe. *Escola Anna Nery*, 14(2), 301-308.
- Azzi, S. G. F., & Andreoli, P. B. A. (2008). O cuidado da criança com doença grave e sua família. *Knobel, E., Andreoli, PBA, Erlichman, MR Psicologia e humanização: assistência aos pacientes graves. São Paulo: Atheneu*, 100.
- Barros, C. G. D., & Cypriano, A. S. (2008). Humanização como um indicador de qualidade. *Psicologia e humanização: Assistência aos pacientes graves*, 199-212.
- Basso, L. A., & Wainer, R. (2011). Luto e perdas repentinas: contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 7(1), 35-43.
- Borges, A. D. V. S., Silva, E. F., Mazer, S. M., Toniollo, P. B., Valle, E. R. M., & Santos, M. A. (2006). Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 361-369.
- Borges, E. P., Nascimento, M. D. D. S. B., & Silva, S. M. M. D. (2008). Benefícios das atividades lúdicas na recuperação de crianças com câncer. *Boletim-Academia Paulista de Psicologia*, 28(2), 211-221.
- Brasil, Instituto Nacional do Câncer [INCA]. (2015). *Particularidades do Câncer infantil; Tipos de câncer; Prevenção e detecção precoce; Tratamento; Estimativa 2014*. Rio de Janeiro, RJ: Disponível em <www.inca.gov.br>. (Acesso em abr. 2015)
- Brito, D. C. S. (2009). Cuidando de quem cuida: estudo de caso sobre o cuidador principal de um portador de insuficiência renal crônica. *Psicologia em Estudo*, 14(3), 603-607.
- Camon, V. A. A. (2004). *Tendências em Psicologia Hospitalar*. São Paulo: Thomson Pioneira
- Camon, V. A. A. (2006). *Psicologia Hospitalar: Teoria e prática*. São Paulo: Thomson Pioneira
- Campos, E. P. (2006). Equipe de Saúde: Cuidadores sob tensão. *Epistemo somática* v.3 n.2, Belo Horizonte dez. 195-222.
- Campos, E. P., & Mello Filho, J. (2000). Grupos de suporte. *Grupo e corpo: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos. Porto Alegre: Artmed*, 117-30.
- Campos, T. C. P. (1995). *Psicologia hospitalar: a atuação de psicólogo em hospitais*. São Paulo: EPU

- Cardoso, F. T. (2007). Câncer infantil: aspectos emocionais e atuação do psicólogo. *Revista da SBPH*, 10(1), 25-52.
- Carvalho, A. M., & Begnis, J. G. (2006). Brincar em unidades de atendimento pediátrico: aplicações e perspectivas. *Psicologia em estudo*, 11(1), 109-117.
- Cordioli, A. V., (2008). *Psicoterapias: abordagens atuais*. (3.ed). Porto Alegre : Artmed.
- Doca, F. N. P., & Costa Junior, Á. L. (2007). Preparação psicológica para admissão hospitalar de crianças: uma breve revisão. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 17(37), 167-179.
- Domingos, B., & Maluf, M. R. (2003). Experiências de perda e de luto em escolares de 13 a 18 anos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(3), 577-589.
- Domingues, G. R., Alves, K. D. O., Carmo, P. H. S. D., Galvão, S. D. S., Teixeira, S. D. S., & Balduino, E. F. (2013). A atuação do psicólogo no tratamento de pacientes terminais e seus familiares. *Psicologia Hospitalar*, 11(1), 02-24.
- Freud, S. (1996). *Além do princípio de prazer* (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 18). *Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1920)*.
- Gurgel, L. A., & Lage, A. M. V. (2013). Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: uma perspectiva de atuação psicológica. *Revista da SBPH*, 16(1), 141-149.
- Kohlsdorf, M. (2010). Aspectos psicossociais no câncer pediátrico: estudo sobre literatura brasileira publicada entre 2000 e 2009. *Psicologia em Revista*, 16(2), 271-294.
- Kohlsdorf, M., & Costa Junior, Á. L. (2012). Impacto psicossocial do câncer pediátrico para pais: revisão da literatura. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 22(51), 119-129.
- Kohlsdorf, M., & Costa Junior, Á. L. (2008). Estratégias de enfrentamento de pais de crianças em tratamento de câncer. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25(3), 417-429.
- Kübler-Ross, E. (2008). *Sobre a morte e o morrer*, (9ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Lange, E.S. (2008). *Contribuições à Psicologia hospitalar: desafios e paradigmas*. São Paulo: Vetor.
- Lima, S. S. C., Botelho, H. R. S., & Silvestre, M. M. (2011). Câncer infantil: aspectos emocionais e o sistema imunológico como possibilidade de um dos fatores da constituição do câncer infantil. *Revista da SBPH*, 14(2), 142-159.
- Lustosa, M. A. (2007). A família do paciente internado. *Revista da SBPH*, 10(1), 3-8.
- Luz, L. P, Goulart, M. P. & Benicá, S. (2007). O grupo de apoio como estratégia metodológica para trabalhar o luto. *Revista de Iniciação Científica da UNESC*, 5(1).

- Maruiti, M. R., Galdeano, L. E., & Farah, O. G. D. (2008). Ansiedade e depressão em familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. *Acta Paul Enferm*, 21(4), 636-642.
- Melo, L.L., & do Valle, E. R. M. (2010). A Brinquedoteca como possibilidade para desvelar o cotidiano da criança com câncer em tratamento ambulatorial. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(2), 517-525.
- Mendes, J. A., Lustosa, M. A., & Andrade, M. C. M. (2009). Paciente terminal, família e equipe de saúde. *Revista da SBPH*, 12(1), 151-173.
- Menezes, C. N. B., Passareli, P. M., Drude, F. S., Santos, M. A., & Valle, E. R. M.. (2007). Câncer infantil: organização familiar e doença. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 7(1), 191-210.
- Misko, M. D., & Bousso, R. S. (2007). Manejando o câncer e suas intercorrências: a família decidindo pela busca ao atendimento de emergências para o filho. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(1), 48-54.
- Mitre, R. M. D. A., & Gomes, R. (2007). A perspectiva dos profissionais de saúde sobre a promoção do brincar em hospitais. *Ciênc. saúde coletiva*, 12(5), 1277-1284.
- Moreira, E. K. C. B., Martins, T. M., & Castro, M. M. D. (2012). Representação social da Psicologia Hospitalar para familiares de pacientes hospitalizados em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista da SBPH*, 15(1), 134-167.
- Mosimann, L. T. N. Q., & Lustosa, M. A. (2011). A Psicologia hospitalar e o hospital. *Revista da SBPH*, 14(1), 200-232.
- Moura, M. D. (2000) *Psicanálise e Hospital*, (2ªed.). Rio de Janeiro: Editora Revinter.
- Oliveira, E. A., dos Santos, M. A., & Mastropietro, A. P. (2010). Apoio psicológico na terminalidade: ensinamentos para a vida. *Psicologia em estudo*, 15(2), 235-244.
- Parcianello, A. T. (2008). E agora doutor, onde vou brincar? Considerações sobre a hospitalização infantil. *Barbarói*, 147-166.
- Pereira, L. L., & Dias, A. C. G. (2007). O familiar cuidador do paciente terminal: o processo de despedida no contexto hospitalar. *Psico*, 38(1).
- Prade, C. F., Casellato, G., & Silva, A. L. M. (2008). Cuidados Paliativos e comportamento perante a morte. *Psicologia e humanização: Assistência aos pacientes graves*, 149-158.
- Rezende, V. L. (2000). *Reflexões sobre a vida e a morte: abordagem interdisciplinar do paciente terminal*. Campinas: Unicamp
- Rubira, E. A., Marcon, S. R., Belasco, A. G. S., Gaíva, M. A. M., & Espinosa, M. M. (2012). Sobrecarga e qualidade de vida de cuidadores de criança e adolescentes com câncer em tratamento quimioterápico. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(4), 567-573.

Silva, F. A. C., Andrade, P. R., Barbosa, T. R., Hoffmann, M. V., & Macedo, C. R. (2009). Representação do processo de adoecimento de crianças e adolescentes oncológicos junto aos familiares. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 13(2), 334-41.

Silva, S. S., Aquino, T. A. A., & Santos, R. M. (2008). O paciente com câncer: cognições e emoções a partir do diagnóstico. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 4(2), 73-89.

Silva, L. M. L., de Melo, M. C. B., & Pedrosa, A. D. O. M. (2013). A vivência do pai diante do câncer infantil. *Psicologia em Estudo*, 18(3), 541-550.

Silva, M. A. S., Collet, N. Silva, K. L., & Moura, F. M. (2010). Cotidiano da família no enfrentamento da condição crônica na infância. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(3), 359-365.

Schmidt, B., Gabarra, L. M., & Gonçalves, J. R. (2011). Intervenção psicológica em terminalidade e morte: relato de experiência. *Paidéia*, 21(50), 423-430.

Vasconcelos, A. S., Costa, C., & Barbosa, L. N. F. (2008). Do transtorno de ansiedade ao câncer. *Revista da SBPH*, 11(2), 51-71.