

UFRRJ
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

DISSERTAÇÃO

**INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS EM ONCOLOGIA:
INVESTIGAÇÃO DE PRÁTICAS DO PSICÓLOGO JUNTO A
CRIANÇAS COM CÂNCER**

Ray Roberto Andrade Nascimento

2020



**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS EM ONCOLOGIA:
INVESTIGAÇÃO DE PRÁTICAS DO PSICÓLOGO JUNTO A
CRIANÇAS COM CÂNCER**

Ray Roberto Andrade Nascimento

Sob a orientação da professora
Dra. Lilian Maria Borges Gonzalez

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Psicologia**, no Programa de Pós-graduação em Psicologia, Área de Concentração em Psicologia.

Seropédica, RJ
Dezembro de 2020

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Biblioteca Central/Seção de Processamento Técnico

“O presente trabalho foi realizado com apoio
da Coordenação de Aperfeiçoamento de
Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES)
– Código de Financiamento 001

This study was financed in party by the
Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal
de Nível Superior – Brasil (CAPES) –
Finance Code 001”

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Biblioteca Central / Seção de Processamento Técnico

Ficha catalográfica elaborada
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

N244i Nascimento, Ray Roberto Andrade , 1991-
Intervenções psicossociais em oncologia:
Investigação de práticas do psicólogo junto a crianças
com câncer / Ray Roberto Andrade Nascimento. -
Berretos, 2020.
144 f.

Orientador: Lilian Maria Borges Gonzalez.
Dissertação (Mestrado). -- Universidade Federal Rural
do Rio de Janeiro, Psicologia, 2020.

1. Intervenção psicossocial. 2. Psico-oncologia
Pediátrica. 3. Câncer infantil. I. Gonzalez, Lilian
Maria Borges, 1971-, orient. II Universidade Federal
Rural do Rio de Janeiro. Psicologia III. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

RAY ROBERTO ANDRADE NASCIMENTO

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, área de Concentração em Psicologia.

DISSERTAÇÃO APROVADA EM 14/12/2020

Conforme deliberação número 001/2020 da PROPPG, de 30/06/2020, tendo em vista a implementação de trabalho remoto e durante a vigência do período de suspensão das atividades acadêmicas presenciais, em virtude das medidas adotadas para reduzir a propagação da pandemia de Covid-19, nas versões finais das teses e dissertações as assinaturas originais dos membros da banca examinadora poderão ser substituídas por documento(s) com assinaturas eletrônicas. Estas devem ser feitas na própria folha de assinaturas, através do SIPAC, ou do Sistema Eletrônico de Informações (SEI) e neste caso a folha com a assinatura deve constar como anexo ao final da tese / dissertação.

Profa. Dra Lilian Maria Borges Gonzalez. UFRRJ
(Orientadora, Presidente da Banca)

Profa. Dra. Ana Cláudia de Azevedo Peixoto. UFRRJ

Profa. Dra. Maria Rita Zoéga Soares. UEL

Profa. Dra. Márcia Regina Lima Costa. UNIGRANRIO

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família, à todas as crianças com câncer e aos seus familiares e, por fim, aos psicólogos que buscam promover esperança e qualidade de vida para todas eles.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, por me guiar, me amparar e por me capacitar a todo momento, sem a sua glória e benção nada disso seria possível.

Aos meus pais, Rogerio Nascimento e Neide Nascimento, minha irmã Rizze Pessanha e ao meu sobrinho Rick Pessanha, que sempre me incentivaram a correr atrás dos meus sonhos, e que a todo momento demonstram amor e suporte.

À minha orientadora, Lilian Maria Borges, pelo imenso carinho manifestado a todo momento, pelo aprendizado, pela paciência que teve nos momentos de dificuldades, meu muito obrigado.

À minha família Andrade e Nascimento. Em especial a minha avó Zélia Nascimento e os meus tios Rubens, Celeste, Robson, Cintia, Washington, Rosilane, Rozelia, Marcio, Ronaldo, Linda, Célia, Dodo, Ana e Chico. Os primos Rodrigo, Nayara, Lucas, Matheus, Zelinha, Leticia, Ronaldo, Carolina, Alessandra, Lucas e Theofilo. Palavras não existem para dizer o quanto sou sortudo por ter vocês em minha vida, ou para dizer o quanto eu sou grato pelo carinho e afeto.

À banca, Ana Claudia de Azevedo Peixoto, Maria Rita Zoéga Soares e Márcia Regina Lima Costa pelo carinho e a disponibilidade de auxiliar na construção e no desenvolvimento do trabalho.

À professora Rita Santos, eterna mestre que tive a honra de ter como professora durante a graduação de Psicologia, obrigado por ter me ajudado a sonhar e a sempre seguir em frente.

Aos mestres que me inspiraram e contribuíram para o meu aprendizado durante a pós-graduação, Lucia Novaes, Raquel Almeida, Ana Cristina da Cunha e Fernanda Pereira.

Às irmãs que o mestrado me deu, Taiana Lima e Laiza Sousa, só quem viveu sabe. Obrigado pela cumplicidade e companheirismo durante a trajetória. De mestrando para mestres.

À minha melhor amiga Lorrane Furtado, obrigado por me trazer alegria nos dias difíceis, mesmo longe, você sempre me lembrando da importância de continuar e de sempre sorrir. Eu te amo.

Aos amigos especiais que compreenderam a minha ausência nos momentos importantes e pelo incentivo a nunca desistir, em especial Sabrina Barros, Geisa Sousa, Patricia Lemos, Juliana Cardoso, Anna Luiza e Julia Maia, Ana Clara, João Victor Daumas, Octávio Figueiredo e Daniel Leal.

À toda a equipe do Hospital do Amor, trabalhar com as crianças com câncer sempre foi um sonho, me sinto honrado em viver um sonho ao lado de vocês todos os dias.

À toda a equipe de psicologia do Hospital do Amor, em especial Mariana Martins, Patrícia Gallego, Mariana Rissi, Mariana Gaviolli, Marcela Martinato, Fernanda Brocchi, Isabela Ferreira, Maria Luiza Birolli, Jennifer Koller e Ravel Santos que me encantam a cada vez mais pela psicologia hospitalar em especial a psico-oncologia.

Aos profissionais referentes que me auxiliaram na construção deste trabalho indicando literatura e que se colocaram à disposição a ajudar, Mariana Kohlsdorf, Áderson Costa Junior, Alessandra Loss e Lori Wiener.

Aos psicólogos que contribuíram para esta pesquisa.

À CAPES pelo investimento no presente trabalho.

EPÍGRAFE

Três coisas restaram do paraíso: as estrelas da noite, as flores do dia e os olhos das crianças.

Dante Alighieri

NASCIMENTO, Ray Roberto Andrade. **Intervenções psicossociais em oncologia: Investigação de práticas do psicólogo junto a crianças com câncer.** 2020. 148 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Instituto de Educação, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, RJ. 2020.

RESUMO

O câncer é a segunda causa de morte entre crianças e adolescentes no Brasil. Embora as chances de remissão da doença tenham aumentado nas últimas décadas, o adoecimento por câncer exige tratamentos longos, invasivos e com efeitos colaterais, que podem acarretar comprometimentos socioemocionais para as pessoas que vivenciam esse diagnóstico, com prejuízos em seus níveis de qualidade de vida. Com vistas a oferecer apoio emocional às crianças e a seus familiares e prevenir ou amenizar efeitos adversos, psicólogos que atuam em oncologia pediátrica fazem uso de intervenções psicossociais. A presente pesquisa investigou, em moldes quanti-qualitativo, as estratégias psicossociais utilizadas por psicólogos na assistência a crianças e adolescentes com câncer, objetivando conhecer os processos de intervenção realizados no cuidado em âmbito hospitalar em termos de objetivos, modalidades, recursos e resultados. O estudo contou com a participação de 30 psicólogos (90% do sexo feminino), sendo 13 residentes no Brasil e 17 residentes no exterior, que atuavam na área onco-pediátrica há pelo menos um ano. Um questionário eletrônico composto por questões fechadas foi aplicado de modo *online*. De modo complementar, foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas com cinco das psicólogas brasileiras que responderam ao questionário. Os dados provenientes do questionário foram submetidos a análise estatística descritiva, enquanto os relatos obtidos nas entrevistas foram analisados e categorizados de acordo com a Análise de Conteúdo de Bardin. Como resultados, observou-se que metade dos participantes possuía especialização em psico-oncologia e adotava o modelo cognitivo-comportamental como referencial teórico. No que se refere às suas intervenções, os objetivos mais comuns foram acolher os sentimentos e pensamentos da criança/adolescente, além de auxiliá-la a compreender a doença e seu tratamento e reduzir os sintomas de ansiedade e depressão. Dentre as estratégias mais utilizadas sobressaíram a psicoeducação e o suporte psicológico e acolhimento. O estudo possibilitou levantar o perfil de atuação em psico-oncologia pediátrica, realizando uma sistematização das intervenções psicossociais utilizadas nessa área, o que colaborou para ampliar o conhecimento sobre o trabalho do psicólogo em um contexto de sofrimento e vulnerabilidades. Estudos dessa natureza podem oferecer subsídios para o planejamento e desenvolvimento de ações com potencial para reduzir danos ao desenvolvimento de crianças/adolescentes que enfrentam diferentes tipos de neoplasias.

Palavras-chave: Intervenção psicossocial, Psico-oncologia Pediátrica, Câncer infantil.

NASCIMENTO, Ray Roberto Andrade. **Psychosocial interventions in oncology: Investigation of the psychologist's practices with children and teenagers with cancer.** 2020. 148p. Dissertation (Master in Psychology), Institute of Education, Federal Rural University of Rio de Janeiro, Seropédica, RJ. 2020.

ABSTRACT

Cancer is the second leading cause of death among children and adolescents in Brazil. Although chances of remission of the disease have increased in recent decades, becoming ill with cancer requires long, invasive treatments with side effects, which may lead to social-emotional compromises for people who experience this diagnosis, with a reduction in their quality of life levels. In order to offer emotional support to children and their families, and prevent or mitigate these adverse effects, psychologists who work in pediatric oncology make use of psychosocial interventions. The present research investigated, in a quantitative and qualitative method, the psychosocial strategies used by psychologists in who work in direct assistance with children and adolescents with cancer, aiming to understand how the intervention processes were carried out by such professionals in the care of these patients in a hospital context in terms of their objectives, modalities, resources and results. 30 psychologists (90% female) who worked in the pediatric oncology field for at least one year participated in this study, 13 of them were residents in Brazil while 17 were from abroad. An electronic questionnaire composed of closed questions was applied online. In a complementary matter, individual semi-structured interviews were carried out with five Brazilian psychologists who answered the questionnaire. The data from the questionnaire were subjected to a descriptive statistical analysis, while the reports obtained from the interviews were analyzed and categorized according to Bardin's Content Analysis. As a result, it was observed that half of the participants had a specialization in psycho-oncology and adopted the cognitive-behavioral model as a theoretical framework. In regards to the interventions, the most common objective was to validate the feelings and thoughts of the child/adolescent, in addition to helping them understand their illness and treatment and reducing the symptoms of anxiety and depression. Among the strategies most used by them, psychoeducation stood out, followed by psychological support and user Embracement. This study made it possible to raise the outline of types of work in pediatric psycho-oncology, by carrying out a systematization of the psychosocial interventions used in this field, which collaborated to the expansion of knowledge about the psychologist's work in a context of suffering and vulnerabilities. Studies of this nature can offer subsidies for planning and the development of actions with the potential to reduce damage to the development of children/adolescents who face different types of neoplasms.

Keywords: Psychosocial intervention, Pediatric psychooncology, Childhood cancer.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Países de procedência dos psicólogos participantes da pesquisa	44
Tabela 2- Formação profissional dos participantes	46
Tabela 3- Referencial teórico de base declarado pelos participantes	48
Tabela 4- Características das instituições e tipo de vínculo de trabalho dos participantes	50
Tabela 5- Condições de trabalho dos participantes	52
Tabela 6- Contextos de intervenção dos participantes junto a crianças/adolescentes com câncer.....	53
Tabela 7- Faixa etária dos pacientes atendidos pelos participantes.....	54
Tabela 8- Aspectos abordados pelos participantes na avaliação de crianças com câncer	55
Tabela 9- Técnicas de avaliação psicológica utilizadas pelos participantes.....	57
Tabela 10- Objetivos do atendimento a crianças/adolescentes com câncer na prática profissional dos entrevistados.....	59
Tabela 11- Intervenções psicossociais utilizadas pelos participantes em oncologia pediátrica	61
Tabela 12- Recursos lúdicos utilizados pelos participantes nas intervenções com crianças/adolescentes com câncer	64
Tabela 13- Esquema dos atendimentos dos participantes.....	76

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Classificação das estratégias utilizadas com crianças com câncer em processos de avaliação.....	22
Figura 2- Instrumentos utilizados na avaliação de crianças com câncer conforme áreas de avaliação e objetivos.....	27
Figura 3- Classificação das intervenções psicossociais por objetivos.....	29
Figura 4- Intervenções educativas utilizadas com crianças em tratamento de câncer.	31
Figura 5- Intervenções para lidar com estressores provocado pelo adoecimento, procedimentos médicos e hospitalização.....	34
Figura 6- Frequência da participação dos pais nas atividades com os psicólogos	69
Figura 7- Frequência da participação de outros profissionais no trabalho com os psicólogos	73

LISTA DE ABREVIATURAS

AEHcomp	Avaliação do Enfrentamento da Hospitalização Computadorizado
BRIEF	<i>Behavior Rating Inventory of Executive Function</i>
CACON	Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CAVLT-2	<i>California Verbal Learning Test</i>
CHEOPS	<i>Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale</i>
CID-10	<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i>
CMAS-R	<i>Manifest Anxiety Scale</i>
COMEP/UFRRJ	Comissão de Ética na Pesquisa da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
DSM-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition</i>
FAS	<i>Facial Affective Scale</i>
GH	<i>Growth Hormone</i>
HTP	<i>House Tree Person</i>
INCA	Instituto Nacional de Câncer
IPOS	<i>International Psycho-Oncology Society</i>
IsSAS	<i>Illness specific Adjustment Scale</i>
Kaufman-ABC	Kaufman de avaliação para crianças
LLA	Leucemia Linfóide Aguda
MINI KID	<i>Mini International Neuropsychiatric Interview Kid</i>
PAT	<i>Psychosocial Assessment Tool</i>
PEDS QL	<i>Pediatric Quality of Life Inventory</i>
PET	<i>Positron-emission tomography</i>
PIPH	Programa de Intervenção Psicológica no Hospital
PPBI	<i>Programa Psicológico em la Informacion</i>
QI	Quociente de Inteligência
QIPSICC	Questionário das intervenções psicossociais utilizadas em crianças com câncer
QLIM	<i>Quality of Life in motion</i>
SBPO	Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia
SIOP	<i>Société Internationale d'Oncologie Pédiatrique</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
UNACON	Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

TBP	<i>Teddy Bear Picnic</i>
TCC	Terapia Cognitivo Comportamental
TOMAL	Teste de Memória e de Aprendizagem

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I REFERENCIAL TEÓRICO	5
1.1 O Câncer Infantojuvenil: Uma Breve Contextualização	5
1.1.1 Especificidades do câncer em crianças e adolescentes.....	6
1.1.2 Diagnóstico e tratamento em oncologia pediátrica.....	8
1.2 O Impacto do Adoecimento por Câncer Sobre o Desenvolvimento Infantil.....	9
1.3 Psico-Oncologia Pediátrica.....	16
1.4 Intervenções Psicossociais em Oncologia	18
1.4.1 Práticas psicológicas junto a crianças com diagnóstico de câncer	20
1.4.2 Avaliação psicológica em oncologia pediátrica	21
1.4.3 Intervenções psicossociais em oncologia pediátrica	28
CAPÍTULO II OBJETIVOS	37
2.1 Objetivo Geral	37
2.2 Objetivos Específicos	37
CAPÍTULO III MÉTODOS	38
4.1. Participantes	38
4.2. Instrumentos	39
4.3. Procedimentos de coleta de dados	40
4.4 Análise dos Dados	42
CAPÍTULO IV RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
4.1 Caracterização dos Participantes e de Suas Práticas Profissionais.....	43
4.1.1 Perfil sociodemográfico.....	43
4.1.2 Perfil profissional: formação e atuação	45
4.1.3 Contexto institucional de atuação.....	48
4.1.4 Estrutura de funcionamento do trabalho dos psicólogos em oncologia pediátrica..	51
4.2 Práticas do Psicólogo em Oncopediatria	53
4.2.1 Avaliação psicológica: focos e procedimentos.....	54
4.2.2 Intervenções psicossociais: objetivos, estratégias e recursos	58
4.3 Atuação do Psicólogo com Outros Adultos nas Intervenções em Oncologia Pediátrica	68
4.3.1 Trabalho com a família e inserção das mães/pais nos atendimentos psicológicos..	68

4.3.2 Trabalho multiprofissional com membros da equipe de saúde	72
4.4 Percepções Sobre o Trabalho do Psicólogo em Oncologia Pediátrica	78
4.4.1 Avaliação dos resultados da intervenção psicossocial	78
4.4.2 Desafios percebidos da atuação em psico-oncologia pediátrica.....	80
4.4.3 Benefícios percebidos da atuação em psico-oncologia pediátrica.....	84
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	86
REFERÊNCIAS	91
APÊNDICES	107
ANEXOS	128

INTRODUÇÃO

A presente dissertação propôs pesquisar as intervenções psicossociais utilizadas por psicólogos na rotina de atendimento a crianças e adolescentes com câncer. O intuito foi o de investigar os modelos e processos de intervenção empregadas por esses profissionais no âmbito hospitalar, partindo do pressuposto de que uma vez que tais informações sejam levantadas, sistematizadas e comunicadas publicamente, psicólogos, tanto no Brasil quanto no exterior, poderão ter o acesso facilitado a intervenções baseadas em experiências profissionais relevantes e maior conhecimento acerca de cuidados necessários a essas crianças.

Os dados epidemiológicos do câncer são alarmantes. Em 2017, a estimativa para cada ano do biênio 2018-2019 era de ocorrência de 420 mil casos novos da doença no Brasil, sem considerar os tumores de pele não melanoma. Em crianças e adolescentes, foram estimados cerca de 12.500 casos novos de câncer, sendo o Sudeste a região do país com maior incidência da doença, em torno de 5.300 novos casos. Essa morbidade alta contribui para que o câncer, no país, seja a segunda causa de morte entre as pessoas na faixa de idade compreendida entre um e 19 anos, ficando atrás apenas dos acidentes (Instituto Nacional do Câncer Jose Alencar Gomes da Silva [INCA], 2020). Mundialmente, o câncer é a maior causa de morte quando considerado seu acometimento no segmento infantil da população (Steliarova-Foucher et al., 2017).

No entanto, os avanços tecnológicos, médicos e farmacêuticos observados no tratamento oncológico, nas últimas décadas, têm contribuído para aprimorar o diagnóstico precoce e aumentar a eficácia do tratamento do câncer, resultando em maiores chances de cura ou sobrevida, o que inclui o surgimento de novas drogas, técnicas cirúrgicas mais precisas, além de quimioterapias e radioterapias mais eficientes (INCA, 2020). É, portanto, importante ressaltar que, cada dia mais, é possível sobreviver ao câncer, sobretudo quando a doença é identificada em seus estágios iniciais e a pessoa é submetida a terapêuticas adequadas. Até os anos 1970, a chance de cura para uma criança com câncer era de aproximadamente 30%. Atualmente, a realidade é diferente e as possibilidades de remissão da doença alcançam cerca de 70%. Todavia, a concepção desta doença, até os dias atuais, segue ligada a uma sentença de morte.

Além disso, o percurso do adoecimento, desde o diagnóstico, tende a ser marcado por tratamentos agressivos, muitas vezes mutiladores. Nesse sentido, é de suma importância destacar que os métodos de tratamento empregados para conter a evolução da doença podem, por outro lado, acarretar consequências físicas para as crianças, como os efeitos colaterais da

medicação. Os procedimentos médicos, em geral, são invasivos, dolorosos e provocam modificações na rotina habitual. Coura e Modesto (2016) relatam, por exemplo, que os efeitos colaterais da exposição à radiação proveniente da radioterapia podem deixar sequelas físicas e biológicas, como hipotireoidismo, obesidade, deficiência de hormônio de crescimento (GH), infertilidade, perda auditiva, diabetes mellitus e disfunção em alguns órgãos, incluindo pulmão, coração, rim e bexiga. Esses danos podem levar a uma baixa qualidade de vida e colocar o enfermo em risco para quadros psicopatológicos.

De fato, muitas mudanças costumam ocorrer na vida do paciente com câncer, o que leva Kazak (1994) a falar em uma ruptura biográfica nesse tipo de adoecimento. A vida modifica significativamente e essas modificações tendem a ser predominantemente negativas (Landskron, 2008). No caso das crianças com câncer, os tratamentos e internações recorrentes ou prolongadas podem ocasionar efeitos adversos no desenvolvimento destas, com prejuízos nos âmbitos físico, cognitivo, socioemocional e acadêmico (Marcus, 2012; Steliarova-Foucher, et al., 2017;). Afinal, mesmo estando doente e hospitalizada, as necessidades psicossociais das crianças prosseguem e o não atendimento destas pode contribuir para deixá-las emocionalmente abaladas e, por conseguinte, ainda mais debilitadas. Ou seja, o trajeto da doença é um caminho repleto de estressores não somente físicos, mas também psicológicos e sociais (Coyne, 2006; De Andrea, 2008; Dutra Farias et al., 2017; Li, Chung, & Chui, 2010; Marcus, 2012; Nobrega, Collet, Gomes, Holand, & Araújo, 2010; Viero, et al., 2014).

Os efeitos comportamentais e emocionais advindos da situação de adoecimento e seu tratamento podem se evidenciar mediante a presença de quadros de estresse, ansiedade e depressão. A criança pode, por exemplo, sentir medo de procedimentos cirúrgicos, medo da recidiva da doença ou da perda de um membro do seu corpo. Pode ainda apresentar baixa estima por conta das mudanças em sua aparência física, como a queda de seus cabelos (alopecia), além de baixo rendimento acadêmico e sentimentos de isolamento e de exclusão associados à baixa frequência à escola e menor socialização. Ademais, a dor e o desconforto gerados por procedimentos invasivos, como a quimioterapia, podem fazer com que a criança emita comportamentos não facilitadores, como tensão muscular, choro e resistência física, que dificultam o processo medicamentoso (Chaves, Vazquez, & Hervas, 2013; Lemos & Ferreira, 2010; Motta & Enumo, 2010; Oliveira, Dantas, & Fonseca, 2004).

Frente ao impacto do tratamento do câncer, pesquisas têm destacado resultados positivos de intervenções psicossociais propostas para amenizar os efeitos emocionais observados em pessoas com câncer em geral (por exemplo, Galway et al., 2012; Liberato &

Carvalho, 2008; Raingruber, 2011). No caso específico da oncologia pediátrica, diversos autores têm atestado a eficácia de intervenções dessa natureza quando utilizadas com o público infantil (Costa & Cohen, 2012; Firoozi, Besharat, & Boogar 2013; Kazak & Noll, 2015; Lima & Santos 2015; Motta & Enumo, 2010; Pedrosa, Monteiro, Lins, Pedrosa, & Melo, 2007; Wechsler, Alvarez, & Lloreda, 2014). As estratégias empregadas buscam alcançar variadas finalidades, o que inclui: auxiliar a criança a melhor enfrentar os estressores associados à doença por meio da aprendizagem de habilidades sociais e de estratégias de enfrentamento eficazes; favorecer modos de manejo da dor e dos efeitos colaterais da quimioterapia e da radioterapia; reduzir níveis de ansiedade e de depressão. Em linhas gerais, o objetivo das intervenções é melhorar a qualidade de vida da criança e de sua família durante e após o tratamento.

Salienta-se a importância dos profissionais que atendem crianças com esse diagnóstico terem conhecimento de recursos interventivos disponíveis para promover o bem-estar físico e emocional no decorrer do tratamento oncopediátrico (Lima & Santos, 2015; Wiener, Oppenheim, Breyer, Battles, Zadeh, & Patenaude, 2012). Nesse sentido, Melo et al. (2011) destacam a importância de pesquisas que buscam investigar a eficácia de intervenções psicossociais implementadas com vistas a reduzir os efeitos aversivos desse processo, colaborando para a humanização da assistência às crianças hospitalizadas. Porém, as produções científicas que versam sobre essas intervenções necessitam ser ampliadas e as já existentes precisam ser melhor sistematizadas, de modo a constituírem um arsenal de estratégias eficazes e efetivas a servirem de referências para os profissionais atuantes na área.

Wiener et al. (2012) destacam a importância de entender como psico-oncologistas trabalham com crianças com câncer. Esses autores, em 2012, nos Estados Unidos da América (EUA), realizaram um estudo pioneiro sobre o perfil e a prática de profissionais que atuam em instituições oncológicas ao redor do globo. Entretanto, o conhecimento sobre experiências e modalidades terapêuticas desses profissionais ainda permanece escasso, mostrando a relevância de novas investigações.

Atualmente, um grupo de pesquisa, coordenado por Lori Wiener, está realizando uma investigação vinculada ao Instituto Nacional de Câncer dos EUA¹, tendo por foco descrever as intervenções psicossociais utilizadas por todos os profissionais que compõem equipes oncológicas de pediatria, não se limitando a psicólogos. No questionário utilizado na coleta de

¹ Cabe ressaltar que esta pesquisa não havia sido ainda publicada, porém através de trocas de e-mails com a principal pesquisadora, foi possível obter informações sobre a investigação e ter acesso ao questionário utilizado.

dados, as intervenções foram listadas e organizadas considerando abordagens e objetivos específicos de várias especialidades (Wiener, et al., 2012). Tal investigação se assemelha à pesquisa aqui proposta, embora, no presente trabalho, o interesse recaia especificamente na prática dos psicólogos, sem se ater a abordagens teóricas específicas, tendo o propósito de oferecer um panorama geral das intervenções psicossociais realizadas diretamente com crianças de diferentes faixas de idade.

Do ponto de vista pessoal, meu interesse por essa temática de pesquisa surgiu a partir de vivências familiares, quando vários membros de minha família e outras pessoas de meu entorno social foram diagnosticados com câncer. Alguns destes conseguiram vencer a luta contra a doença, outros não. Quando eu questionava os cuidadores acerca da existência de atendimento psicológico aos pacientes, a maioria dizia que a doença só era vista como algo físico, ou seja, era tratada com base no modelo biomédico, em que os aspectos psicossociais não são levados em consideração. Estes relatos me deixaram inquieto e determinado a mostrar que o atendimento psicológico pode ser efetivo e colaborar nos processos de ajustamento à doença e de adesão aos seus tratamentos. A opção por abordar a doença na infância, deve-se ao fato de me sentir mais afinado a trabalhar com pessoas neste período do ciclo de vida, sendo minhas experiências profissionais, em geral, com crianças e adolescentes. Durante certo tempo, ministrei aulas de inglês a alunos de 7 até os 19 anos de idade. No consultório particular, a minha demanda de atendimento maior é para este segmento da população. E, no período de desenvolvimento da pesquisa, estava realizando a residência em oncologia pediátrica no Hospital de Amor de Barretos.

Durante a minha graduação em psicologia, não cursei disciplinas com conteúdos voltados a psico-oncologia ou a psicologia pediátrica. Assim, para suprir essa lacuna, decidi buscar por conta própria conhecimentos relacionados a essas áreas e, vendo meu interesse fortalecido, optei por realizar, em minha monografia, uma revisão integrativa de estudos, entre os anos de 2010 e 2015, sobre os aspectos psicossociais do câncer infantil (Nascimento, 2016), em continuidade ao estudo realizado por Kohlsdorf (2010). Esta autora realizou uma revisão integrativa sobre o mesmo assunto entre os anos de 2000 até 2009.

Com essa nova pesquisa, agora em nível de mestrado, busquei identificar os modos de intervenção utilizados por psicólogos diretamente com crianças e adolescentes com câncer para prevenir ou amenizar efeitos psicossociais do adoecimento, de modo a possibilitar uma visão mais abrangente e sistematizada sobre a prática do psicólogo em psico-oncologia pediátrica e, assim, reconhecer tanto avanços como lacunas ainda existentes.

CAPÍTULO I

REFERENCIAL TEÓRICO

O foco da presente investigação está direcionado para o câncer infantojuvenil, com atenção às intervenções desenvolvidas por profissionais psicólogos na assistência hospitalar a pacientes com esse diagnóstico. Diante desse fato, será realizada uma contextualização teórica acerca do câncer em crianças e adolescentes e da psico-oncologia para, em seguida, apresentar um panorama das estratégias psicossociais que têm sido utilizadas com este público-alvo, conforme levantamento de estudos na área.

1.1. O Câncer Infantojuvenil: Uma Breve Contextualização

Os tecidos e órgãos do corpo humano são formados por células, cujo ciclo esperado é crescer, multiplicar e morrer de forma ordenada. Porém, quando danificadas, geralmente devido a anormalidades em um ou mais de seus genes, as células, ao invés de morrerem, continuam se multiplicando incontrolavelmente e formam células anormais. Essa proliferação autônoma e descontrolada de células em um determinado tecido do corpo, conhecida como neoplasia, podem formar tumores e estes, quando malignos, podem gerar metástases, espalhando-se para além do local onde começou (INCA, 2020).

A neoplasia, portanto, é o processo que resulta na evolução do crescimento anormal, incontrolado e progressivo do tecido, enquanto o tumor é o aumento de volume da totalidade ou de uma parte deste tecido. Um tumor pode ser benigno ou maligno (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva [INCA], 2018; Straub, 2014). Os tumores benignos (ou não cancerosos) podem ser entendidos como uma massa localizada de células semelhantes às do tecido normal, com um crescimento progressivo, mas sem que haja invasão dos tecidos adjacentes. Já os tumores malignos, portanto cancerosos, são formados por células diferentes das do tecido normal, cujo crescimento rápido e desordenado leva a invasão de outras partes do corpo e, frequentemente, resultam em metástases (INCA, 2020; Straub, 2014).

A carcinogênese, também conhecida como oncogênese, é o processo de formação do câncer. É um processo formado por três estágios: iniciação, promoção e progressão. Durante o estágio inicial, os genes sofrem a ação de diferentes agentes cancerígenos, tais como as nitrosaminas, presente no tabaco, e elementos radioativos, que se encontram na radiação de exames médicos, que podem provocar alteração genéticas. No estágio de promoção, os agentes oncopromotores atuam de modo continuado na célula alterada, transformando-a em uma célula

maligna. Com a multiplicação descontrolada e irreversível da célula, identifica-se o estágio de progressão, que tem o tumor como resultado (INCA, 2020; Lima, 2013).

O câncer não corresponde a uma única patologia, mas sim a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos no corpo. Os tipos de câncer são agrupados em grandes categorias, a saber: os carcinomas, que se desenvolvem a partir de células epiteliais que cobrem as superfícies externas e interna do corpo humano; os sarcomas, que podem se originar em ossos, cartilagens e músculos; as leucemias, que afetam o sistema reprodutor de sangue e o sangue; os linfomas e mielomas, que atingem as glândulas linfáticas; e os tumores do sistema nervoso central, que se originam no cérebro (INCA, 2020; Straub, 2014).

O diagnóstico de câncer não se restringe a um determinado grupo etário, podendo acometer idosos, adultos e crianças. Embora em crianças a prevalência da doença seja menor e as possibilidades de sobreviver comumente sejam maiores em comparação a outras faixas de idade, sabe-se, contudo, que esse adoecimento e seus tratamentos podem acarretar impactos negativos em diferentes domínios do desenvolvimento infantil (físico, cognitivo, social, emocional, comportamental) (Landkron, 2008; Mavrides & Pao, 2014), o que requer intervenções condizentes com suas características e necessidades.

1.1.1 Especificidades do câncer em crianças e adolescentes

O câncer infantojuvenil refere-se a um grupo de diversas doenças que tem em comum a proliferação descontrolada de células anormais, o que pode ocorrer em qualquer parte do corpo de uma criança ou adolescente com até 19 anos, de quaisquer raças ou classes socioeconômicas (American Cancer Society, 2017; INCA, 2018; National Cancer Institute, 2015). Conforme o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (2020), devido as suas particularidades, deve ser analisado de modo diferente do câncer em adultos no que se refere “à localização primária dos tumores; à origem histológica do tumor (o tecido que deu origem ao tumor) e ao comportamento clínico da doença” (p.94). O conhecimento sobre o que, de fato, causa o câncer em crianças ainda é limitado, como afirmam o *National Cancer Institute* (2018) e a *American Cancer Society*. Sabe-se que o câncer infantil não tem muita correlação com o estilo de vida ou com fatores de riscos ambientais, como em adultos, e que, em poucos casos, é devido a anormalidades genéticas.

Os tipos de câncer mais diagnosticados na infância e na adolescência são as leucemias, os tumores do Sistema Nervoso Central (SNC), os neuroblastomas, os linfomas, os sarcomas,

o tumor de *Wilms* e os tumores de células germinativas (INCA, 2020; *National Cancer Institute*, 2015). A leucemia, o tipo de câncer mais comum nessa faixa de idade, tem início na medula óssea, local do corpo onde se produz células do sangue, como glóbulos brancos e vermelhos e plaquetas. Tem como característica o acúmulo de células anormais cancerígenas na própria medula óssea, que substitui as células sanguíneas normais. A velocidade da progressão da doença e o tipo de glóbulos brancos que afeta é levado em consideração na classificação dos tipos de leucemia. Em relação à progressão, ela pode ser considerada como crônica ou aguda, correspondendo, respectivamente, a uma progressão lenta da doença e a uma rápida progressão. Já no que diz respeito aos tipos de glóbulos afetados, elas podem atingir as células linfoides ou mieloides (INCA, 2018). Desse modo, os quatro tipos principais de leucemias são: leucemia linfóide crônica, leucemia mieloide crônica, leucemia mieloide aguda e leucemia linfóide aguda. A última é o tipo de leucemia mais comum entre as crianças, a qual afeta as células linfoides e progride de forma rápida (Shah & Wayne, 2015).

Como segundo e terceiro tipos de câncer mais frequentes na infância estão os tumores do SNC e os neuroblastomas. Os tumores do SNC supõem um desafio para os pacientes pediátricos, pois o cérebro da criança ainda está em formação e o tumor, ao acometer uma região específica do mesmo, pode trazer danos e sequelas a longo prazo. Já os neuroblastomas derivam do Sistema Nervoso Simpático. Geralmente, surgem nas glândulas adrenais, que são responsáveis por produzir hormônios para controlar certas funções do corpo, como os batimentos cardíacos e a pressão sanguínea (de Andrea, 2008; INCA, 2018; Warren, 2015).

Os linfomas que acometem crianças são chamados de Linfoma de *Hodgkin* e Linfoma não *Hodgkin*. O primeiro corresponde a um tipo de câncer que surge no sistema linfático e se espalha de forma ordenada através de vasos linfáticos. Já o segundo tem origem nas células do sistema linfático e se espalha de forma não ordenada. Para que seja possível identificar o tipo específico do linfoma - *Hodgkin* ou não *Hodgkin* - é necessário realizar uma análise cuidadosa quanto a presença de células *Reed-Sternberg*. Uma vez detectadas, o câncer poderá ser classificado como *Hodgkin* (de Andrea, 2008; Instituto Nacional de Câncer, 2018; Shah & Wayne, 2015).

Os sarcomas dizem respeito aos tumores malignos que atacam os tecidos conjuntivos, que ficam entre os órgãos internos e a pele. Dentre aqueles que mais acometem crianças estão o rhabdomyosarcoma, os sarcomas de músculos estriados, o osteossarcoma e o sarcoma de Ewing. Estes dois últimos afetam os ossos longos e/ou os ossos pequenos. Por fim, os tumores de células germinativas têm origem nas células que são responsáveis pelos óvulos e

espermatozoides. Podem acometer tanto o lado interior das gônadas como o lado de fora, extragônadais (de Andrea, 2008; Instituto Nacional de Câncer, 2018; Lopes, 2018; Merchant & Wright, 2015).

1.1.2 Diagnóstico e tratamento em oncologia pediátrica

Na presença do câncer, a criança mostra sintomas que usualmente costumam ser confundidos com sintomas de outras doenças comuns em sua faixa etária, tais como febre, vômito, tosse, constipação, dor óssea ou muscular, hematúria (sangue na urina) e linfadenopatia (alteração no tamanho e consistência dos linfonodos maiores que 2 cm). Isso pode dificultar a constatação do diagnóstico e retardar o início do tratamento oncológico, com consequências para o controle da doença. O que irá indicar se realmente se trata de um câncer serão os exames de imagem ou de sangue (INCA, 2014; National Cancer Institute, 2015).

A tomografia computadorizada, a ressonância magnética, o *positron-emission tomography* (PET) *scan*, o raio x e o ultrassom são exames que tem por finalidade ilustrar, através de imagens, regiões internas do corpo e identificar o local do tumor. Na realização de biopsia, como outro método diagnóstico, amostras de células ou do tecido do corpo são obtidas e analisadas cuidadosamente para verificar a presença de células cancerígenas (National Cancer Institute, 2015).

Com a confirmação diagnóstica, o tratamento deve ser iniciado o mais breve, podendo este ocorrer de várias formas, conforme o tipo de câncer e seu estadiamento. De acordo com o *National Cancer Institute* (2018), esses são os métodos mais comumente utilizados em crianças com o objetivo de remover, danificar ou matar as células cancerosas: a) cirurgias, utilizadas para remover o tumor do local do corpo onde se encontra; b) radioterapia, em que se usa altas doses de radiação para matar as células cancerígenas e diminuir o tamanho do tumor; c) quimioterapia, que faz uso de medicamentos para matar as células cancerígenas que formam o tumor e que migraram para outras partes do corpo; e d) transplante de células tronco, que consiste na substituição da medula óssea por células normais de medula óssea, visando a reconstituição de uma medula saudável.

Nas últimas décadas, novas drogas e técnicas cirúrgicas para o tratamento do câncer têm sido oportunizadas pela evolução tecnológica, médica e farmacêutica. Estes avanços terapêuticos têm contribuído para maiores chances de cura em crianças nos dias atuais. Na década de 1970, a probabilidade de uma criança sobreviver a um tumor maligno era de 30%. Atualmente, é possível afirmar chance de cura de 70% (De Andréa, 2008). Ainda assim, mesmo

com a elevação destas taxas, o câncer é a primeira causa de morte por doença em crianças e adolescentes até 19 anos de idade. Porém, é preciso ressaltar que o diagnóstico precoce e o tratamento em centros especializados podem aumentar as chances de sobrevivência (INCA, 2020, 2018; *National Cancer Institute*, 2018).

Com chances aumentadas de remissão da doença, mais atenção tem sido colocada nos efeitos que o adoecimento pode acarretar ao bem-estar emocional e psicossocial das crianças, sobretudo daquelas que sobrevivem à doença e retomam suas atividades anteriores ao tratamento, como ir regularmente à escola e socializar com seus pares (Schwartz, Rowland, & Shad, 2015). Como ressaltam Li, Chung e Chiu (2010) e Wiener, Viola, Korentski, Perper e Patenaide, (2015), o câncer e seu tratamento podem acarretar na criança danos físicos e psicossociais não somente durante o período de manifestação da doença, mas também a longo prazo.

De fato, apesar dos avanços tecnológicos e farmacêuticos terem contribuído para a sobrevivência em oncologia, os procedimentos médicos podem causar efeitos nocivos a curto, médio e longo prazos. A vivência do câncer na criança se apresenta permeada de dor, devido ao avanço da enfermidade e aos procedimentos invasivos frequentemente necessários, bem como comumente abarca medos, incertezas, afastamento de rotinas importantes, sofrimento e preocupação com um futuro que se mostra incerto devido ao risco de carregar sequelas do tratamento, de haver recorrências da doença e até de se chegar à óbito (De Andrea, 2008; Mavrides & Pao, 2014).

1.2 O Impacto do Adoecimento por Câncer Sobre o Desenvolvimento Infantil

A vivência do câncer afeta não somente o organismo da criança, com seus sintomas e dores características. As marcas desse tipo de adoecimento e seus tratamentos costumam se revelar no corpo infantil, como também podem acarretar prejuízos para o seu desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial. Por exemplo, a mucosite, uma inflamação que ocorre na boca e nas regiões relacionadas, faz com que a criança apresente dificuldades para falar e para engolir, o que pode afetar o seu estado nutricional e emocional, bem como pode comprometer o desenvolvimento da fala (Sansada, Munerato, & Greganin, 2013).

Aspectos físicos, cognitivos e psicossociais são dimensões importantes do estudo do desenvolvimento humano, campo científico que busca descrever e explicar as transformações e estabilidades que ocorrem nos seres humanos desde o início até o final da vida. Os aspectos físicos correspondem ao crescimento do corpo e do cérebro, enquanto os aspectos cognitivos

dizem respeito a habilidades mentais como pensamento, aprendizagem, atenção, memória e linguagem. Os aspectos psicossociais, por sua vez, abarcam as emoções, relações sociais e a personalidade do indivíduo. Esses três pilares se encontram inter-relacionados, influenciando-se mutuamente (Papalia & Feldman, 2013).

Vários fatores são capazes de influenciar o desenvolvimento da pessoa, como a hereditariedade, que são características e traços herdados dos pais; o ambiente físico e social, entendido como o meio externo com o qual a pessoa interage; a maturação, correspondente a uma sequência natural de alterações físicas e comportamentais; e eventos não normativos, que são eventos incomuns que acontecem na vida da pessoa em particular e podem afetar seu curso de vida, o que inclui o acometimento por uma doença crônica, como o câncer (Papalia & Feldman, 2013).

No que concerne ao processo de adoecimento e a hospitalização durante a infância, entende-se que estes podem constituir eventos desfavoráveis ao adequado desenvolvimento da criança, já que a expõe a situações adversas capazes de prejudicar a sua integridade física, psicológica e social (Coutinho & Costa Junior, 2018; Guimarães, 1988). Desde a suspeita da doença até os procedimentos que a criança é submetida como parte da avaliação diagnóstica e do tratamento, ocorrem momentos que poderão elevar o seu grau de estresse. Pinho (2016) ressalta que a criança, ao ser diagnosticada com câncer, precisa ter transformada a vida que possuía para dar início ao seu tratamento, o que, muitas vezes, requer se afastar da sua rotina diária no lar, na escola e no convívio social, ambientes geralmente propícios ao seu desenvolvimento socioemocional (Valle & Ramalho, 2008). O afastamento desses contextos de vida diária pode fazer com que a criança não desenvolva habilidades sociais suficientes e, conseqüentemente, não saiba como agir em determinadas situações. Assim, por exemplo, ao retornar à escola pode mostrar-se insegura ao se aproximar dos colegas ou mesmo pode ter seu desempenho acadêmico diminuído, o que eleva os riscos de evasão escolar (Da Silva & Do Valle, 2008).

De fato, ao ser hospitalizada, a criança é retirada de ambientes que lhe são familiares e previsíveis e é inserida em um ambiente desconhecido e com excesso de estimulação, em que é manipulada por pessoas estranhas e submetida a procedimentos causadores de dor e desconforto (Coutinho & Costa Junior, 2018; Guimarães, 1988). Nesse sentido, é de suma importância que o manejo terapêutico dessas crianças não vise exclusivamente o cuidado orgânico, cujo objetivo é o controle ou cura da doença. É necessário abordá-las integralmente e de forma humanizada, cuidando também dos aspectos psicológicos e sociais relacionados para

que continuem a se desenvolver adequadamente mesmo em situação de doença e de internação hospitalar.

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (2017) garante o direito e dever destes possuírem oportunidades para se desenvolverem fisicamente, mentalmente, socialmente e espiritualmente. Sabe-se que a não contemplação desses aspectos durante os primeiros estágios da vida podem trazer danos biopsicossociais comprometedores a longo prazo ou mesmo permanentes (Ministério da Saúde, 2014), como problemas em saúde mental (Organização Mundial da Saúde, 2007).

Lopes, Camargo e Bianchi (2000), em estudo sobre os efeitos tardios do tratamento do câncer infantil, afirmam que procedimentos como a cirurgia, a quimioterapia e a radioterapia, embora importantes para alcançar a cura ou controle da doença, podem também comprometer o desenvolvimento da criança. Em termos dos efeitos do câncer sobre o desenvolvimento físico da criança, Clerici et al. (2004) destacam que a amputação de um membro como estratégia terapêutica requer que a criança encontre novas formas de continuar suas atividades sem o membro afetado, o que impõe adaptações importantes em seus modos de agir e se relacionar e, às vezes, acarreta mudanças nos projetos que começava a traçar para a sua vida. Por exemplo, uma criança que precisou amputar uma de suas pernas, mas que antes dançava, corria ou praticava futebol, terá que descobrir novas formas de realizar essas atividades ou investir em outras atividades, seja com o auxílio de prótese ou de muletas. A perda de um membro do corpo, por conseguinte, pode afetar negativamente o autoconceito e a autoimagem da criança ou adolescente e levá-los a apresentar altos níveis de *distresse*² a longo prazo.

O psicólogo, como cita Webster e Skeen (2012), poderá realizar uma preparação prévia ao procedimento cirúrgico, ajudando a criança/adolescente a projetar como será viver sem o membro a ser amputado, pensando em formas de agir e interagir posteriormente. Munida de conhecimento sobre o procedimento e suas consequências, a criança tende a se sentir mais ajustada e informada sobre como poderá ser a vida sem o membro removido.

A quimioterapia, uma das principais modalidades de tratamento oncológico, podem provocar efeitos aversivos sobre o corpo da criança, como a alopecia, processo pelo qual ela perde os seus pêlos e fios de cabelo (Arruda, De Paula, & Da Silva, 2009). Tal efeito pode diminuir a autoestima da criança e fazer com que ela tenha que voltar à escola. Um outro efeito

² Condição em que o indivíduo esgota de recursos internos ou externos para manejar a fonte do que está causando o estresse ou quando se depara com demasiadas situações estressoras, podendo apresentar sintomas de ansiedade e/ou depressão (Faro, 2015).

comum da quimioterapia sobre a criança é a diminuição da sua imunidade, deixando-a mais propensa a adquirir infecções.

A radioterapia craniana, estratégia terapêutica comumente utilizada em tumores do SNC, pode gerar problemas endócrinos, como deficiências no hormônio de crescimento. De acordo com Mulder et al. (2013), a deficiência desse hormônio pode fazer com que a criança em tratamento tenha um crescimento lento e fique com baixa estatura.

Quando o câncer acomete o SNC da criança ou quando a doença se trata de leucemias, linfomas e tumores no cérebro é possível identificar alguns danos cognitivos devido às modalidades terapêuticas empregadas, tais como cirurgia no cérebro, radioterapia craniana, transplante de medula óssea e administração de quimioterápicos como metotrexato, citarabina e corticoide. As sequelas cognitivas em crianças com câncer podem gerar déficit de memória, atenção e concentração e provocar atrasos em sua vida acadêmica, na medida em que acometem as funções executivas e intelectual, velocidade de processamento, memória e controle visual espacial e motor (Daly & Brown, 2015; Hocking & Alderfer, 2012). O declínio nestas funções costuma impactar a qualidade de vida das crianças e adolescentes, como também a realização de suas atividades diárias, prejudicando o desempenho escolar.

O psicólogo, nesse contexto, poderá fazer uso de inúmeras baterias neuropsicológicas para detectar o local do cérebro acometido e identificar o declínio cognitivo da criança. Uma vez detectado, o profissional poderá realizar atividades de estimulação cognitivas para exercitar a região afetada, bem como poderá ensinar a criança novas estratégias de enfrentamento da situação estressora (Daly & Brown, 2015; Hocking & Alderfer, 2012).

Além do impacto que o câncer tem sobre o desenvolvimento físico e cognitivo da criança/adolescente, ele também pode ocasionar consequências no âmbito psicossocial. Sentimentos como solidão e medo são comuns em crianças com câncer. Sabe-se também que, dependendo da idade da criança hospitalizada, essa poderá ter dificuldades para entender o que está acontecendo com ela naquele momento. Em consequência da falta de entendimento, isso poderá fazer com que o medo se intensifique, pois o que é desconhecido pode atuar como um fator gerador de ansiedade em crianças. Tais aspectos emocionais, se não identificados ou solucionados, podem fazer com que a criança desenvolva algum quadro psicopatológico durante o tratamento, como depressão ou ansiedade, ou após o tratamento, como transtorno de estresse pós-traumático (Pao & Kazak, 2015).

Embora a ansiedade seja uma reação normal à estressores do cotidiano, ela pode se tornar algo problemático quando sua duração e intensidade afetam a qualidade de vida da

pessoa. Nesse sentido, níveis elevados de ansiedade podem surgir quando a criança é submetida a certos procedimentos médicos e tem receios e incertezas quanto ao que irá acontecer com ela. Pode também se manifestar quando a criança necessita ser internada ou passar por cirurgias e, em decorrência, é separada de pessoas significativas para ela (Pao & Kazak, 2015). De fato, certos procedimentos médicos, como a cirurgia, a troca de curativos e cateter, podem fazer com que a criança seja momentaneamente afastada do cuidador principal para que esses procedimentos sejam realizados. Essa separação pode ser causa de sofrimento para a criança e fazer com que ela se recuse a colaborar (Madan-Swain & Hunds, 2015).

A separação da figura de apego pode trazer danos socioemocionais a longo prazo, incluindo problemas comportamentais (Ferreira, Vargas, & Rocha, 1998), um dos motivos pelos quais é assegurada a internação conjunta da criança doente com um adulto significativo para ela. Na teoria do apego, John Bowlby destaca a importância das relações da criança com sua figura de apego, usualmente a mãe, para o seu seguro desenvolvimento socioemocional. O apego se refere a existência de um vínculo afetivo que transmite a sensação de segurança para a criança. Assim, uma constante separação entre a díade mãe-filho, sobretudo nos primeiros anos de vida, pode contribuir para níveis de ansiedade e insegurança na criança (Dalbem & Dell'agilo, 2005).

Pao e Kazak (2015) destacam que além da ansiedade, crianças com câncer também podem manifestar sintomas depressivos, como tristeza constante, disforia e anedonia (falta de prazer). Os sintomas depressivos interferem na qualidade de sono e alimentação, fatores de suma importância para o crescimento da criança. Ideação suicida também podem estar presentes neste público.

Em suma, as chances de remissão do câncer infantil são altas na contemporaneidade, porém os sobreviventes podem apresentar danos físicos, psicossociais e cognitivos (Barrera, et al., 2005; Locker, et al., 2000; Schwartz, Rowland, & Shad, 2015). Se não houver atenção e cuidados oportunos para prevenir ou remediar essas consequências negativas, a vivência do câncer pode contribuir para desencadear prejuízos diversos na vida dos sobreviventes, como baixa autoestima, dificuldades de aprendizagem, ocupacionais e de interação sociais e, até mesmo, quadros psicopatológicos, como transtorno de estresse pós-traumático e depressão.

Desse modo, as intervenções psicossociais devem levar em consideração as características desenvolvimentais da criança/adolescente, amparadas em modelos teóricos reconhecidos na área. Primeiramente, em toda interação com esses pacientes, é preciso ter atenção para seus níveis de desenvolvimento cognitivo, com base no qual devem ser

selecionadas as estratégias e recursos de intervenção. Conforme Jean Piaget, os processos de pensamentos são essenciais para o desenvolvimento cognitivo. Ele propôs quatro estágios em que as crianças se adaptam e aprendem a pensar de forma nova. São eles:

- Sensório-motor (primeiros dois anos de vida). Há exploração do mundo pela criança a partir dos seus reflexos, movimentos motores e manipulação de objetos, a qual busca controlar seus reflexos e atividade motora de acordo com o ambiente, mas não raciocina plenamente ainda, focalizando naquilo que é capaz de perceber imediatamente através dos seus sentidos.

- Pré-operatório (aproximadamente dos 2 aos 7 anos). Observa-se o desenvolvimento de representações mentais internas pela criança, a partir dos recursos adquiridos na fase anterior, mas o conhecimento que possui acerca das ideias e das coisas ao seu redor é revestido com o lúdico (pensamento mágico) e o egocentrismo caracteriza seus pensamentos, de modo que interpreta e compreende o mundo a partir da própria perspectiva, não considerando outras formas possíveis.

- Operatório-concreto (aproximadamente dos 7 aos 11 anos). Verifica-se o início de pensamentos reflexivos que incluem diversas possibilidades e o pensamento torna-se mais lógico, de modo que a criança se torna capaz de realizar operações mentais com ideias, memórias e objetos concretos.

- Operatório-formal (aproximadamente dos 11 anos até a idade adulta). Caracteriza-se por pensamentos abstratos, em que o adolescente é capaz de levantar resoluções para problemas hipotéticos e do seu cotidiano, havendo uma maior inserção no mundo adulto, em busca da formação da sua personalidade, sexualidade e independência (Papalia & Feldman 2013).

Martins e Paduan (2010) destacam que, mesmo a criança estando hospitalizada, ela continua a se desenvolver cognitiva e emocionalmente. Assim, ao trabalhar com ela, é de suma importância que o profissional leve em consideração a fase do desenvolvimento cognitivo em que ela se encontra, para que seja possível ter uma interação adequada ao seu nível de compreensão. As autoras ainda destacam a importância dos profissionais de saúde conhecerem essas diferentes fases para que possam humanizar os seus trabalhos.

Para além das características pessoais da criança/adolescente, é preciso ainda levar em consideração os diferentes contextos sociais em que ela/ele está inserida. De acordo com as teorias contextuais, o desenvolvimento humano pode ser melhor compreendido através das interações da pessoa com o meio em que vive. Bronfenbrenner em sua teoria bioecológica destaca diferentes sistemas que influenciam a pessoa em sua relação com o ambiente. São eles: Microsistema, entendido como os ambientes imediatos em que o indivíduo interage

diretamente; Mesosistema, contexto em que ocorrem as relações entre os diferentes microsistemas em que o indivíduo faz parte, como a interação entre a família e a escola e entre a família e o ambiente hospitalar; Exosistema, contexto em que diferentes sistemas interferem de forma indireta no desenvolvimento do indivíduo; e Macrossistema, subsistema em que atitudes ou ideologias de uma determinada cultura influenciam as pessoas que dela fazem parte (Hayes, O'toole, & Halpenny, 2017).

Percebe-se que para Bronfenbrenner o desenvolvimento humano é composto por um processo dinâmico e de interação entre e com vários sistemas que podem impactar positivamente ou negativamente no desenvolvimento da pessoa (Hayes, O'toole & Halpenny, 2017). O grupo familiar e a escola, locais ricos e estimuladores para o desenvolvimento infantil, constituem parte do microsistema da criança. No caso da escola, conforme Coura e Modesto (2016), uma vez afastada deste contexto, a criança poderá perder oportunidades para se desenvolver intelectualmente, podendo levá-la a ter um baixo rendimento acadêmico, o que pode trazer comprometimentos a longo prazo, como evasão escolar e poucas oportunidades acadêmicas.

Em relação ao mesosistema, sabe-se que mesmo a criança não interagindo diretamente com certos contextos, estes são passíveis de trazer prejuízos para ela. Wiener, Devine e Thompson (2019) ressaltam, por exemplo, como ter um filho acometido por câncer pode trazer consequências financeiras para o cuidador, pois o mesmo pode se afastar da sua vida ocupacional para acompanhar a criança em seu tratamento. Não dispor de recursos financeiros o suficiente pode gerar um desgaste emocional para o cuidador e isso pode refletir nos cuidados que ele oferece à criança, incluindo choros diante do paciente ou mesmo desistência do tratamento.

Pelo exposto, cabe destacar que, para os profissionais de psicologia, não se trata de somente aplicar uma intervenção psicossocial. Deve-se levar em consideração o nível de desenvolvimento da criança e os diferentes contextos com os quais ela interage para se obter um maior sucesso em sua prática e, ao mesmo tempo, maximizar elementos protetores do desenvolvimento na infância. Ou seja, ao trabalhar com crianças e adolescentes com câncer, é preciso atendê-los para além do tratamento exclusivo da doença. Há que se considerar as diferentes necessidades desses pacientes, que, em momento de maior vulnerabilidade física, se veem também rodeado por pessoas e ambientes desconhecidos, além de terem que lidar com uma doença estigmatizante, o que requer um ajustamento complexo para o qual nem sempre eles estão maduros para realizar.

1.3 Psico-Oncologia Pediátrica

A Psico-Oncologia é reconhecida como a interface entre a psicologia e a oncologia, especialidade médica que tem por foco o estudo da etiologia e tratamento do câncer. É uma subárea da psicologia da saúde que estuda os aspectos psicossociais de pacientes com câncer, de seus familiares e dos profissionais envolvidos no processo de tratamento (Holland & Wiesel, 2015). Busca ainda entender os fatores psicológicos, comportamentais e sociais que influenciam o risco, a detecção e a sobrevida da doença (Breitbart & Alici, 2009).

O surgimento da área, como um campo de conhecimentos científicos e de práticas profissionais, ocorreu em meados de 1970, nos Estados Unidos, tendo Jimmie Holland (2015) como uma das fundadoras. Para esta pesquisadora, a psico-oncologia é uma subespecialidade da oncologia que se interessa pelos aspectos psicológicos relacionados ao adoecer, incluindo a) as respostas emocionais do enfermo, bem como de seus familiares e cuidadores em todos os estágios da doença e tratamento; e b) os fatores psicológicos, sociais e comportamentais que contribuem para a morbidade e mortalidade por câncer.

Trata-se, portanto, de uma especialidade ainda recente, que surge em meio a muitos desafios, dentre eles: a) a necessidade de aperfeiçoamento do saber médico em relação à etiologia da doença e aos procedimentos cirúrgicos e medicamentosos, que são ainda novos e em construção; b) o tabu que a doença carrega desde seus primórdios como uma sentença de morte; c) o desconhecimento do papel dos profissionais de psicologia por muitos pacientes, familiares e equipes de saúde, que gera atitudes nem sempre positivas; e d) a dificuldade de estabelecer parâmetros científicos para o campo (Kreitler, 2019).

Com interesse nos aspectos emocionais e comportamentais presentes no câncer infantil, a psico-oncologia pediátrica é um campo em franco desenvolvimento, defendido como uma especialidade fundamental no tratamento de crianças, haja vista a importância de considerar não somente os cuidados físicos às mesmas, mas também em lhes proporcionar o acompanhamento psicológico e social (Datta, Saha, Ojha, Das, Daruvala, Reghu, & Achari, 2019).

No Brasil, através da Portaria nº 3.535 de 2 de setembro de 1998, do Ministério da Saúde, foi possível legalizar a inserção do profissional de psicologia em equipes multiprofissionais de saúde responsáveis pelo acompanhamento de pacientes oncológicos, tanto adultos como pediátricos (Brasil, 1998). Deveras, o apoio psicossocial às crianças com câncer e suas famílias tem sido parte da integração dos cuidados em saúde, evidenciando um crescente reconhecimento dos efeitos desse tipo de adoecimento na saúde mental dos pacientes. Desse

modo, tem-se presenciado, cada vez mais, a inserção de psicólogos nas equipes oncológicas em pediatria (Mavrides & Pao, 2014). Esses profissionais prestam apoio técnico-assistencial às crianças e adolescentes não somente nas fases de investigação diagnóstica e de tratamento, mas também na reinserção social, em casos de sobrevivência, e nos cuidados de fim de vida. Intervém ainda com familiares e equipe de saúde, sempre que necessário. Ou seja, abordam todos aqueles que fazem parte dos processos de cuidado (Mavrides & Pao, 2014; Wiener et al., 2012).

A psico-oncologia pediátrica dispõe de diretrizes e ferramentas para auxiliar a criança e sua família durante o período de crise instalado pela doença em suas vidas. Desse modo, o psicólogo atuante na área pode pautar o seu trabalho em ações que incluem desde avaliações até intervenções relacionadas diretamente ao comportamento e ao estado emocional das crianças. Dependendo da faixa etária do paciente, é comum que esse profissional execute a sua prática de forma lúdica, pois sabe-se que o brincar constitui a principal atividade que a criança exerce no seu cotidiano e que lhe permite fazer uso da imaginação, memória, percepção e criatividade. Assim, através do brincar, é possível a criança compreender melhor a sua realidade e falar de si. O uso do lúdico oferece momentos de estimulação e terapêuticos por meio de atividades divertidas, que poderão proporcionar diferentes vantagens, tais como sensação de calma e segurança, redução do estresse e ansiedade e modos de enfrentamento de estressores associados ao tratamento. Pode ainda influenciar como as futuras experiências de hospitalização serão vivenciadas e ser útil para preparar a criança para procedimentos médicos (Dutra Farias et al., 2017; Kiche & Almeida, 2009; Lima & Santos, 2015).

Mediante o emprego de estratégias e recursos lúdicos, o psicólogo pode auxiliar à criança de variadas formas. Pode ajudá-la a apresentar uma postura corporal mais relaxada durante os procedimentos médicos, bem como a compreender, aceitar e enfrentar tais procedimentos com maior facilidade. Pode levar a criança a se distrair de estímulos que provocam desconforto físico e facilitar sua adaptação as rotinas difíceis do tratamento. Pode ainda favorecer a expressão de sentimentos e necessidades que a criança possivelmente teria mais dificuldades para expressar por meio da conversação tradicional (Da Nóbrega Morais et al., 2016; Farias et al., 2017; Kiche & Almeida, 2009; Maier & De Almeida, 2016; Mavrides & Pao, 2014; Silva dos Santos et al., 2017).

É de suma importância destacar que nem todas as crianças ou familiares destas irão apresentar demandas psicológicas durante o tratamento da doença ou mesmo após. Porém, o

psicólogo em oncologia pediátrica precisará ficar atento para identificar e acompanhar aqueles que precisarem da sua atenção e cuidados (Mavrides & Pao, 2014).

1.4 Intervenções Psicossociais em Oncologia

As intervenções em psicologia vão além das práticas exercidas em um modelo clínico tradicional, em consultório. Elas se expandem para outros contextos, como escolas e instituições de saúde, o que, muitas vezes, requer a adoção de perspectivas mais psicossociais e menos psicoterapêutica (Institute of Medicine, 2015). Como afirmam Liberato e Carvalho (2008a, p.343), em psico-oncologia, as intervenções psicossociais se mostram necessárias, *“uma vez que, no caso de pacientes com câncer, elas não se atêm unicamente aos aspectos psicológicos, mas se propõem a lidar com a dinâmica psicossocial que está sempre presente”*.

As intervenções denominadas como psicossociais dizem respeito às ações que tem por objetivo favorecer o bem-estar físico, emocional e social das pessoas para as quais se destinam, tendo em vista a preservação ou melhoria de seus níveis de qualidade de vida. Elas podem constituir estratégias empregadas na interação direta do psicólogo com as pessoas atendidas ou podem ser realizadas pela disponibilização de informações mediante o uso, por exemplo, de panfletos ou vídeos. Além disso, podem ser realizadas tanto individualmente como em grupos. Essas ações são capazes de estimular mudanças emocionais, comportamentais, cognitivas, sociais, ambientais e fisiológicas (Institute of Medicine, 2015).

Neiva (2010) define como intervenções psicossociais as ações no campo de interface entre a psicologia clínica e a psicologia social, considerando-as como um conjunto de práticas da psicologia com *“caráter de pesquisa-ação que visa facilitar o bem-estar psicossocial de indivíduos, grupos, instituições, organizações e/ou comunidades”* (p. 6). São ações em que o profissional comumente desenvolve o seguinte processo, nesta sequência: identifica a demanda e as necessidades psicossociais do indivíduo e/ou do contexto que ele está inserido; planeja e elabora a proposta de intervenção com o intuito de promover o bem-estar psicossocial; aplica a intervenção psicossocial; avalia se os objetivos propostos pela intervenção foram alcançados e, finalmente, divulga os resultados, seja para o indivíduo, grupo, instituição e/ou meio científico.

No que se refere às intervenções empregadas no contexto de saúde-doença, Neiva (2010) destaca que, no transcurso do adoecimento, fatores psicológicos e sociais costumam diminuir o bem-estar da pessoa que vivencia a enfermidade e, nesse sentido, a aplicação de intervenções psicossociais pode favorecer estratégias que *“facilitem o enfrentamento e a superação”* das adversidades presentes nesse contexto (p.19). Através do uso de intervenções

psicossociais é possível tanto educar as pessoas sobre prevenção de comportamentos que aumentam o risco de adquirir certas doenças, como promover o bem-estar daquelas que já vivenciam algum tipo de adoecimento, incluindo, por exemplo, o uso de técnicas de relaxamento para reduzir a ansiedade durante procedimentos invasivos e o ensino de estratégias de enfrentamento para lidar com estressores vinculados ao quadro clínico da doença e/ou ao seu plano terapêutico (Mehta & Kapoor, 2018).

Dessa forma, no campo da oncologia, as estratégias psicossociais de intervenção têm sido utilizadas por psicólogos com o objetivo de auxiliar os pacientes e seus familiares a significarem suas experiências e a enfrentarem estressores relacionados ao adoecimento e aos procedimentos médicos requeridos no tratamento. Nas palavras de Liberato e Carvalho (2008a), os objetivos da prática psicológica em oncologia é *“criar um campo fértil para o desenvolvimento da esperança e a busca de novos significados para o processo de viver”* (p.343).

No entanto, devido a diversidade de correntes teóricas existentes na psicologia, a experiência pessoal frente ao câncer tem sido compreendida e explicada de diferentes formas. De fato, os atendimentos psicológicos realizados no âmbito da oncologia estão ancorados em diversas abordagens teórico-metodológicas, nas quais os profissionais se apoiam para fundamentar as suas intervenções. Porém, é esperado que as intervenções sejam orientadas por alguns aspectos comuns, como a busca por acolher e atenuar o sofrimento; o respaldo teórico da prática; o planejamento das ações, e o fato de sempre visarem melhorias no bem-estar do sujeito (Liberato & Carvalho, 2008b; Raingruber, 2011). Ou seja, qualquer que seja o aporte teórico do profissional, as diversas intervenções psicológicas devem contribuir para o alívio do sofrimento humano e para favorecer a qualidade de vida dos indivíduos envolvidos (Liberato & Carvalho, 2008a; Mavrides & Pao, 2014).

Nessa perspectiva, as intervenções psicossociais, sejam elas oferecidas individualmente ou em grupo, são de suma importância no tratamento de pessoas com câncer. Em linhas gerais, intervenções dessa natureza podem ser úteis para auxiliar o paciente a manejar o distresse causado pela doença, hospitalização e tratamentos (Raingruber, 2011), podendo ser realizadas ao longo de todo o processo de cuidado em oncologia, indo desde a confirmação diagnóstica, passando pelos tratamentos até a reabilitação ou aos cuidados paliativos. Nesse sentido, Liberato e Carvalho (2008a) ressaltam que este tipo de intervenção contribui para o tratamento clínico na medida em que atende as necessidades que vão surgindo durante a trajetória do trabalho

oncológico, de modo a permitir “*melhor adaptabilidade do paciente ou da família aos desdobramentos com os quais deparam*” (p.343).

Devido ao estigma do câncer ainda ser fortemente associado a sofrimento e morte, o psicólogo atuante em oncologia costuma se deparar com pacientes e familiares que evidenciam medo, raiva, ansiedade, angustia, sensação de impotência, sentimento de perda, vergonha, desespero, raiva e/ou fantasias de mutilação e morte. Essas reações emocionais podem levar o paciente a apresentar dificuldades em aceitar seu diagnóstico ou em se ajustar ao tratamento. O profissional poderá ajudar o paciente a elaborar essas emoções e/ou a adequar suas habilidades de enfrentamento aos estressores presentes (Liberato & Carvalho, 2008a, 2008b). Por exemplo, um psicólogo que atue conforme a abordagem cognitivo-comportamental frente a um paciente que apresenta ansiedade relacionada a radioterapia ou a quimioterapia poderá ensiná-lo a identificar e questionar seus pensamentos distorcidos acerca do procedimento ou ensinar-lhe técnicas de relaxamento para diminuir o nível de estresse (Pereira & Talask, 2019).

As intervenções também podem ser realizadas em modalidade grupal, favorecendo a troca de experiências entre os próprios participantes. Grupos de apoio ou psicoeducativos podem servir como recursos úteis para aumentar os níveis de informação e de conscientização de pacientes e cuidadores, reduzir seus estados emocionais negativos ou desenvolver estratégias de enfrentamento mais eficazes (Borges, Soares, & Rudnick, 2018; Souza & Araujo, 2010). Alguns dos temas relevantes que podem ser discutidos nestes grupos em suas associações com o adoecimento são autoestima e identidade, sexualidade e sensualidade, imagem corporal, relacionamentos interpessoais, reinserção social e retorno ao trabalho/escola, complexidade do sofrimento humano e finitude (Liberato & Carvalho, 2008a; Veit & Barros, 2008).

1.4.1 Práticas psicológicas junto a crianças com diagnóstico de câncer

A prática do psicólogo no âmbito hospitalar no que se refere ao trabalho com crianças costuma ter fortemente um caráter lúdico. No esforço por adequar a intervenção pretendida ao nível de desenvolvimento dos pacientes, o profissional poderá utilizar atividades e recursos que facilitem a participação da criança e tornem a interação mais agradável e reforçadora para ela, tais como brincadeiras, jogos, histórias, brinquedos e recursos de arte. Além de servir como um modo de avaliar e de fornecer suporte emocional, as estratégias lúdicas ajudam também no que diz respeito à humanização da assistência hospitalar, tornando esse ambiente mais propício às características e às necessidades das crianças ali assistidas (Bsiri-Moghaddam et al., 2011; Dutra Farias et al., 2017; Silva dos Santos et al., 2017).

Em relação a forma de conduzir as intervenções psicossociais, o psicólogo pode realizá-las de forma não diretiva (*non-directive*) ou diretiva (*directive*). Mas, independente da forma com que sejam concretizadas, estas intervenções visam contribuir para uma melhor qualidade de vida da criança com câncer (Coughrety et al., 2018). As intervenções denominadas não direcionadas ou não diretivas têm como caráter a associação livre, na qual o terapeuta deixa a criança escolher a atividade em que deseja se engajar e permite que a realize sem ou com um mínimo de interferências. Esse modo de intervir busca auxiliar o paciente a ressignificar as suas vivências e a elaborar os seus temores e angústias frente à hospitalização e ao adoecimento. Nesse sentido, mostra potencial para gerar bem-estar na criança, melhorar suas estratégias de enfrentamento e a colaboração nos procedimentos médicos (Andrews, 2010; Chari, Hirisave, & Appaji, 2013; Costa & Cohen, 2012; van Breemen, 2013).

Já nas intervenções direcionadas ou diretivas, o próprio terapeuta costuma escolher as estratégias e os recursos a serem utilizados e, assim, conduz o processo com vistas ao alcance de determinados objetivos (Andrews, 2010; Legget & Boswell, 2017). No contexto oncológico, o psicólogo poderá, por exemplo, propor uma psicoeducação para informar a criança sobre certo procedimento médico, a doença ou a hospitalização, esclarecendo dúvidas que ela venha a ter, ou poderá lhe ensinar estratégias de relaxamento para reduzir seus níveis de distresse e emitir mais comportamentos facilitadores de algum procedimento terapêutico (Bragado, 2009; Ortigosa, Méndez, & Riquelme, 2009).

Ademais, as práticas do psicólogo junto a crianças hospitalizadas devido ao tratamento de câncer podem, de acordo com seus objetivos, conter um cunho predominantemente avaliativo ou se constituir em uma intervenção propriamente dita, quando se busca alcançar finalidades educativas, psicoterapêuticas e/ou terapêuticas. As práticas com caráter avaliativo visam empregar recursos para avaliar aspectos comportamentais, do estado emocional, de qualidade de vida, dor e alterações cognitivas em crianças/adolescentes com câncer. Já as intervenções psicossociais tem como objetivo, por exemplo, ampliar o conhecimento sobre a doença e o tratamento, minimizar reações emocionais, melhorar a comunicação, ajudar a lidar com eventos estressores e abrir espaços para abordagem de assuntos difíceis.

1.4.2 Avaliação psicológica em oncologia pediátrica

Nas intervenções em oncologia pediátrica, é importante, sempre que possível, realizar antes uma avaliação cuidadosa do paciente, o que pode ser feito com uso de instrumentos psicométricos, de entrevistas lúdicas e/ou da observação de seus comportamentos e interações

(Kazak et al., 2013). Mediante os procedimentos avaliativos, o profissional poderá identificar necessidades e queixas presentes e investigar os impactos do adoecimento no estado emocional, nas relações interpessoais e na rotina da criança. Uma vez feita a avaliação, ele poderá, então, decidir pela melhor forma de intervir com o paciente. A Figura 1 apresenta os tipos principais de recursos avaliativos utilizados por psicólogos quando realizam os seus trabalhos com crianças com câncer, podendo estes serem classificados como lúdicos ou instrumentais.

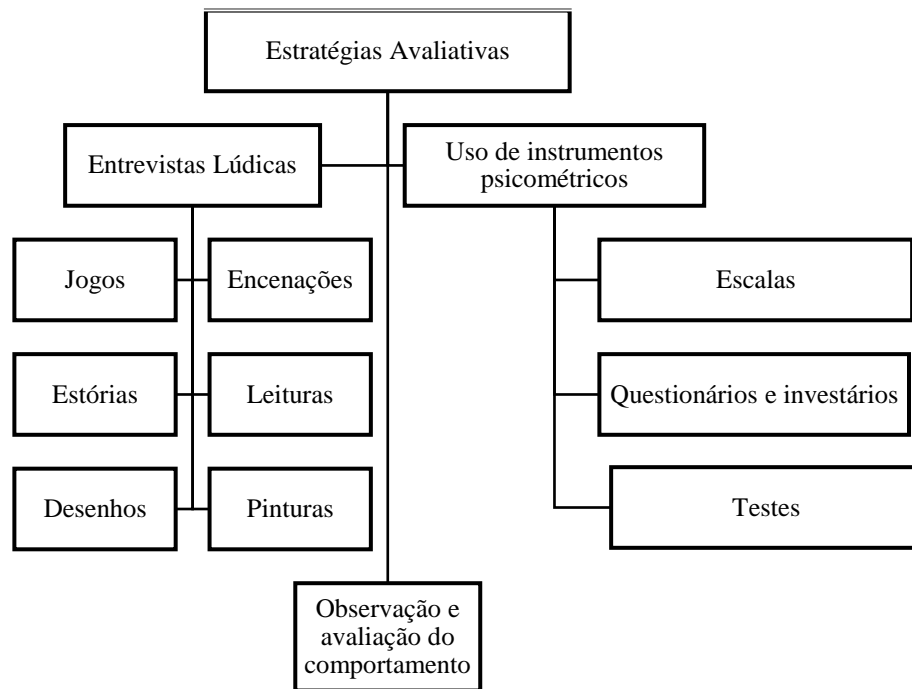


Figura 1- Classificação das estratégias utilizadas com crianças com câncer em processos de avaliação. Elaborada pelos autores.

A partir de suas interações com a criança, o psicólogo poderá investigar como ela está se sentindo e como está vivenciando a doença (Chari, Hirisave, & Appaji, 2013; del Rincón, Martino, Catá, & Genay Montalvo, 2008; Steele, Mullins, Mullins, & Muriel, 2015; Veras & Moreira, 2009). Poderá, por exemplo, identificar seus medos (Gurgel & Lage, 2013; del Rincón, Martino, Catá, & Genay Montalvo, 2008), bem como os desafios percebidos por ela frente ao adoecimento (Kaushal, Satapathy, Chadda, Bakhshi, Sagar, & Sapra, 2018; Steele, Mullins, Mullins, & Muriel, 2015). De acordo com Webster e Skeen (2012), a criança pode se sentir amedrontada em relação a sua doença, a necessidade de se submeter a procedimentos médicos invasivos ou ao seu próprio destino. Nesse contexto, muitas vezes, ela pode se mostrar apática ou emitir padrões de comportamento não costumeiros, como brigar, chorar ou até falar menos.

Através da ludoterapia não diretiva e do uso de recursos como desenhos, livros e jogos, o profissional amplia suas possibilidades de entender como a criança está vivenciando o adoecimento e de avaliar seu estado emocional ao longo do tratamento (Chari, Hirisave, & Appaji, 2013; Gurgel & Lage, 2013; del Rincón, Martino, Catá, & Montalvo, 2008; Veras & Moreira, 2009). Para identificar e avaliar quais são os medos e preocupações da criança, o psicólogo pode recorrer ao uso de histórias ou da leitura de gibis, utilizar personagens da televisão ou de filmes como referências, pedir para que a criança desenhe o que teme ou que encene com bonecos, fantoches ou pessoalmente essas situações. Outra ferramenta que o profissional pode fazer uso são os jogos, como o jogo de tabuleiro *ShopTalk* (Steele, Mullins, Mullins, & Muriel, 2015), que foi desenvolvido por Wiener, Battles, Mamalian e Zadeh (2011) com o propósito de levar a criança a falar de forma lúdica e divertida sobre a sua doença, mostrando suas percepções e como lida com os desafios correspondentes.

Caso o psicólogo opte por fazer uso de escalas, testes ou questionários para realizar a avaliação, poderá escolher dentre um arsenal de instrumentos padronizados que se encontram validados para uso com crianças, os quais têm sido utilizados em oncologia pediatria de acordo com o foco e os objetivos de cada avaliação. De fato, as técnicas e instrumentos usados nas avaliações psicológicas junto a crianças com câncer podem identificar seus padrões de comportamento com vistas a auxiliá-la na melhor adaptação e enfrentamento da situação de adoecimento; avaliar o estado emocional de modo a compreender como intervir de acordo com o tipo de reação evidenciada; e verificar os efeitos da doença e de seu tratamento em termos cognitivos e sobre a qualidade de vida, com o intuito de minimizar efeitos nocivos ao desenvolvimento infantil.

Quando o intuito é avaliar aspectos comportamentais da criança com câncer tanto a Escala de Comportamento Adaptativo Vineland – II quanto o *Behavior Rating Inventory of Executive Function* (BRIEF) tem sido usados. O primeiro instrumento busca avaliar o comportamento adaptativo da criança frente a quatro grandes domínios: comunicação, autonomia, socialização e função motora. Através dele, é possível identificar sintomas do espectro autista, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, déficit intelectual e traumatismo crânio encefálico. Já o BRIEF avalia comportamentos relacionados a funções executivas usadas em casa e na escola (Sapiña, Borahora, Cañete, Castel, & Bernabeu, 2011).

Para avaliação dos modos de enfrentamento utilizados por crianças frente a estressores comuns na situação de hospitalização, Motta e Emuno (2010) desenvolveram a Avaliação do Enfrentamento da Hospitalização Computadorizado (AEHcomp), que tem por base o modelo

transacional de Lazarus e Folkman, O instrumento referido se trata de um recurso computadorizado que tem por objetivo identificar as estratégias de *coping* adotadas pelas crianças com câncer durante o período de internação hospitalar. O *coping* ou enfrentamento (conforme tradução do termo para o português no Brasil) é entendido como a utilização pela pessoa de recursos (internos e externos) para administrar eventos percebidos por ela como ameaçadores (Antoniazzi, Dell'aglio, Dalbosco, & Bandeira, 1998). Caso sejam identificadas estratégias que dificultem o processo de hospitalização, o psicólogo poderá auxiliar a criança a adotar modos mais eficientes de lidar com a situação, no sentido de reduzir seus níveis de estresse.

Hostert, Enumo e Loss (2014) utilizaram um outro instrumento computadorizado na avaliação de crianças com câncer, destinado a avaliação do brincar no hospital, chamado Avaliação do Brincar no Hospital (versão computadorizada) (ABHcomp). O objetivo foi identificar as brincadeiras preferidas e mais utilizadas por elas, com o intuito de promover intervenções baseada em suas atividades prediletas.

Durante o tratamento do câncer, o paciente poderá apresentar sintomas de depressão, ansiedade ou outros modos de sofrimento psíquico. Para avaliar a presença destas reações em crianças e adolescentes, os psicólogos têm utilizado diversos instrumentos, dentre eles: o *Mini International Neuropsychiatric Interview KID* (MINI KID), um roteiro para entrevista diagnóstica estruturada e de curta duração que serve para detectar transtornos psiquiátricos de acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition* (DSM-IV) e o *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (CID-10) (Murguía, Rico, & Sastrias, 2017); a *Manifest Anxiety Scale* (CMAS-R), uma escala que avalia a natureza e o grau de ansiedade (Gallo, Hernández, Herrera, & Zubieta, 2014); o *Children's Depression Inventory*, um inventário que avalia a gravidade dos sintomas relacionados à depressão ou distúrbio distímico (Braan et. al, 2010); a Escala Spence de Ansiedade Infantil, utilizada para identificar sintomas de vários transtornos de ansiedade (Murguía, Rico, & Sastrias, 2017); a *Illness-specific Adjustment Scale* (IsAS), usada para avaliar o nível de sofrimento da criança em relação a estressores relacionados à leucemia (Chari, Hirisave, & Appaji, 2013); e o *House, Tree, Person* (HTP) cromático, que foi padronizado para avaliar o estado emocional, cognitivo e psicomotor de crianças com câncer (Silva, da Silva, Nascimento, & dos Santos, 2010).

O psicólogo também deve se atentar para a avaliação dos níveis de qualidade de vida nos pacientes oncológicos, observando possíveis prejuízos que o adoecimento pode gerar tanto

a curto quanto a longo prazo (Andersen, 1992; Rodríguez, 2013). No público infantil, a avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde tem sido realizada com a utilização de instrumentos como o *Pediatric Quality of Life Inventory* (PedsQL); o *Generic Core Scales child- report version* (Braan et al., 2010; Braan et al., 2016; Dijk- Lokkart et al., 2015; Sitaresmi, Mostert, Gundy, Sutaryo, & Veerman, 2008); o *EuroQOL–youth version questionnaire* (EQ- 5D- Y) (Braan et al., 2016); e o *PedsQL 3.0 Cancer module* (Braan et al., 2010; Dijk- Lokkart et al., 2015; Sitaresmi, Mostert, Gundy, Sutaryo, & Veerman, 2008). Para identificar a presença e o quanto a fadiga e o cansaço podem impactar negativamente na qualidade de vida e no tratamento da criança com câncer tem sido utilizada a *Multidimensional Fatigue Scale* (Braan et al., 2010; Braan et al., 2016; Dijk- Lokkart et al., 2015).

Instrumentos também têm sido empregados em oncologia pediátrica para obter o autorrelato de crianças e adolescentes no que concerne a sua autopercepção, como o *Teddy Bear Picnic*, o *Self-Perception Profile for Children* e o *Self-Perception Profile for Adolescents*. Os dois últimos permitem medir a autopercepção em cinco domínios globais: competência escolar, aparência física, aceitação social, competência atlética e comportamento. Na versão para os adolescentes, foram acrescentados os domínios trabalho, namoro e amizade.

Ademais, a criança com câncer, em diferentes momentos, pode se deparar com experiências de dor devido ao avanço da doença ou aos procedimentos médicos a que é submetida. Para avaliar a intensidade deste desconforto, o psicólogo pode utilizar escalas e questionários. As escalas *Faces Pain Scale-Revised*, *Facial Affective Scale* (FAS) e a escala de OUCHER são instrumentos em que a criança aponta em um desenho, que contém rostos com expressões que variam desde conforto a muito desconforto, qual imagem mais se assemelha a sua percepção de dor. Também com características lúdicas, o termómetro da dor é utilizado para levar a criança a identificar a intensidade da sua dor com auxílio da figura de um termómetro de temperatura, sendo que quanto mais alto o ponto indicado por ela mais intensa é a dor percebida. Um outro instrumento citado é o *Children’s Hospital of Eastern Ontario Pain Scale* (CHEOPS), que se trata de uma escala observacional usada para medir a dor pós-operatória em crianças (Orgiles, Mendez, & Espada, 2009).

Vários questionários também têm sido elaborados e aplicados neste contexto, dentre os quais pode-se destacar os seguintes: o *Pediatric Pain Questionnaire* e o *Adolescent Pediatric Pain Tool*, utilizados para avaliar a intensidade e localização da dor, bem como os aspectos sensoriais, afetivos e avaliativas desta experiência; o *Pain Coping Questionnaire*, utilizado para avaliar como a criança e adolescente enfrentam o dor; e o *Abu-Saad Paediatric Pain Assessment*

Tool, que contém várias palavras relacionadas a dor, sendo a criança estimulada a escolher aquelas que mais se assemelham a sua percepção de dor, incluindo sua intensidade (Orgiles, Mendez, & Espada, 2009).

Com o intuito de identificar a presença de danos cognitivos provocados pela doença ou por seu tratamento, avaliações neuropsicológicas também têm sido utilizadas em oncologia pediátrica. De fato, alguns tipos de câncer, como aqueles que acometem o cérebro, bem como alguns métodos terapêuticos, como a radioterapia aplicada muito próxima ao sistema nervoso central, podem deixar sequelas cognitivas na criança. Assim, é de suma importância a detecção desses possíveis comprometimentos o quanto antes, pois se não reabilitados podem prejudicar o desenvolvimento cognitivo do paciente a longo prazo (Hocking & Alderfer, 2012).

Dois escalas Wechsler são apontadas como úteis de serem usadas com crianças com câncer quando há necessidade de avaliar suas habilidades cognitivas durante alguma fase do tratamento, em especial quando a radioterapia é administrada em regiões próximas a cabeça da criança. Uma vez detectado um declínio nas habilidades cognitivas, o profissional poderá proporcionar intervenções cognitivas ou psicopedagógicas para estimular estas regiões. A *Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence, Third Edition* (WPPSI-III) avalia o quociente de inteligência (QI) geral e possibilita medidas específicas de QI verbal, QI de desempenho e velocidade de processamento. A Escala Wechsler de Inteligência para Crianças, 4ª Edição, avalia a capacidade intelectual das crianças e o processo de resolução de problemas (Sapiña, Borahora, Cañete, Castel, & Bernabeu, 2011).

A bateria Kaufman de avaliação para crianças (Kaufman-ABC) pode ser usada para mensurar o desenvolvimento cognitivo da criança. Já o *Stroop Color Word Test* avalia a capacidade de inibir a interferência cognitiva. No que diz respeito a atenção, tanto o *Conners Kiddie Continuous Performance Test Second Edition* quanto o *Childrens Color Trails Test* podem ser utilizados. O primeiro mensura indicadores de déficit de atenção, impulsividade e vigilância, enquanto o segundo avalia a atenção sustentada, o sequenciamento e outras funções executivas (Sapiña, Borahora, Cañete, Castel, & Bernabeu, 2011).

Outros testes permitem medir os aspectos relacionados à memória. O *Benton Visual Retention Test* avalia a memória e a percepção visual. As figuras complexas de Rey mensuram a memória visual e a atividade perceptiva, nas fases de cópia e reprodução de memória. Já o Teste de Memória e de Aprendizagem (TOMAL) é usado para avaliar a memória e aprendizado de tarefas verbais, não verbais e espaciais (Sapiña, Borahora, Cañete, Castel, & Bernabeu, 2011).

É importante destacar ainda testes que têm sido empregados para auxiliar na avaliação psicológica da criança com câncer tendo por ênfase os aspectos verbais e cognitivos, tais como o *Token test for children*, usado para avaliar distúrbios leves de compreensão da linguagem; o *California Verbal Learning Test (CAVLT-2)*, que avalia a aprendizagem verbal e a memória; o *Grooved Pegboard*, o *Peabody Picture Vocabulary Test-III* e o *Judgment of line orientation*, sendo que o primeiro avalia a rapidez e a precisão motora em cada mão, o segundo o vocabulário receptivo e o terceiro a habilidade perceptiva visual espacial (Sapiña, Borahora, Cañete, Castel, & Bernabeu, 2011).

A Figura 2 apresenta um panorama geral realizado para a presente pesquisa referente aos instrumentos utilizados com propósitos avaliativos junto a crianças e/ou adolescentes com câncer tendo em vista diferentes áreas e focos de avaliação em oncologia pediátrica: repertório de comportamentos, estado emocional, percepção de dor, satisfação com a vida e funções cognitivas.

Instrumentos	Foco de Mensuração ou Avaliação
Avaliação comportamental	
AEHcomp	Estratégias de enfrentamento durante a hospitalização
ABHcomp	Brincadeiras preferidas e mais realizadas no ambiente hospitalar
Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF)	Funções executivas em casa e na escola
Escala de Comportamento Adaptativo Vineland – II	Comportamento adaptativo
Avaliação do estado emocional	
Mini International Neuropsychiatric Interview KID (MINI KID)	Transtornos psiquiátricos de acordo com o DSM-IV e o CID-10
Manifest Anxiety Scale (CMAS-R)	Natureza e grau de ansiedade
Children’s Depression Inventory	Gravidade de sintomas relacionados à depressão ou distúrbio distímico
Escala Spence de Ansiedade Infantil	Sintomas de transtornos de ansiedade
Illness-specific Adjustment Scale (IsAS)	Nível de sofrimento em relação a 10 estressores relacionados à leucemia
HTP (House, Tree, Person)	Estado emocional, cognitivo e psicomotor
Avaliação da satisfação com a vida e consigo mesmo	
PedsQL Generic Core Scales child-report version, EuroQOL–youth version questionnaire, PedsQL 3.0 Cancer module	Qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), incluindo uma versão Europeia e outra específica para crianças com câncer
Multidimensional Fatigue Scale	Sintomas de fadiga
Teddy Bear Picnic, Self-Perception Profile for Children, Self-Perception Profile for Adolescents	Autopercepção e percepção do outro
Avaliação da dor	
Faces Pain Scale-Revised, Termómetro da dor, Escala de OUCHER	Intensidade da dor por meio de rostos com diferentes expressões ou de números
Facial Affective Scale (FAS)	Reações afetivas relacionadas à dor
Children’s Hospital of Eastern Ontario Pain Scale (CHEOPS)	Dor pós-operatória em crianças
Pediatric Pain Questionnaire	Intensidade e localização da dor e seus aspectos sensoriais, afetivos e avaliativos
Adolescent Pediatric Pain Tool	Intensidade, localização e aspectos afetivos, sensoriais, temporais e avaliativos da dor
Pain Coping Questionnaire	Modos de enfrentamento da dor
Abu-Saad Paediatric Pain Assessment Tool	Descrição da dor e sua intensidade

Figura 2- Instrumentos utilizados na avaliação de crianças com câncer conforme áreas de avaliação e objetivos (continua)

Instrumentos	Foco de Mensuração ou Avaliação
Avaliação cognitiva	
Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence, 3a Edição (WPPSI-III)	Quociente de inteligência (QI), QI verbal, QI de desempenho e velocidade de processamento
Escala Wechsler de Inteligência para Crianças, 4a Edição	Capacidade intelectual e processo de resolução de problemas
Kaufman-ABC	Desenvolvimento cognitivo
Stroop Color Word Test	Capacidade de inibir a interferência cognitiva
Avaliação cognitiva	
Conners Kiddie Continuous Performance Test	Indicadores de déficit de atenção, impulsividade e vigília
Childrens Color Trails Test	Atenção sustentada, sequenciamento e outras funções executivas
Benton Visual Retention Test	Percepção visual e memória visual
Figuras complexas de Rey	Atividade perceptiva e memória visual, nas fases de cópia e reprodução de memória
Teste de Memória e de Aprendizagem (TOMAL)	Memória e aprendizado de tarefas verbais, não verbais e espaciais
Token test for children	Compreensão verbal com complexidade e crescente abstração gramatical
California Verbal Learning Test (CAVLT-2)	Aprendizagem verbal e memória
Grooved Pegboard	Precisão motora em cada mão
Peabody Picture Vocabulary Test-III	Vocabulário receptivo
Judgment of line orientation	Habilidade perceptiva visual espacial

Figura 2- (Continuação) Instrumentos utilizados na avaliação de crianças com câncer conforme áreas de avaliação e objetivos

1.4.3 Intervenções psicossociais em oncologia pediátrica

O adoecimento por câncer debilita a criança, impõe experiências de dor e exige sua submissão a tratamentos agressivos, algumas vezes mutiladores, além de períodos de hospitalização frequentes ou prolongados (Stuber, 2012). Estas vivências podem desencadear na criança reações emocionais desagradáveis, como distresse, ansiedade ou depressão, e em consequência, podem afetar sua qualidade de vida e de sua família durante o tratamento e mesmo após o seu término, em caso de sobrevivência à doença. Nesse contexto de adversidades, as intervenções psicossociais no cuidado em oncologia pediátrica mostram potencial para obtenção de melhoras significativas no que diz respeito a saúde mental e física das crianças com câncer. Esse tipo de intervenção pode contribuir para a compreensão e o melhor enfrentamento dos estressores vivenciados em qualquer fase da doença, seja no diagnóstico, tratamento, alta, recidiva ou cuidados paliativos (Coughrety et al. 2018).

De um modo geral, as intervenções psicossociais empregadas diretamente com crianças na área oncológica buscam reduzir a percepção de dor e respostas emocionais relacionadas a procedimentos médicos, minimizar o distresse e a ansiedade provocados pela hospitalização e/ou adoecimento, melhorar a qualidade do sono, oferecer um espaço de fala sobre assuntos difíceis, como a morte, e ajudar a criança a se comunicar melhor com os seus familiares e a equipe de saúde (Bragado, 2009; Ortigosa, Méndez, & Riquelme, 2009). Para o alcance destes objetivos, o psicólogo faz uso de variadas estratégias interventivas, dentre elas estão a distração,

o treino em relaxamento e em respiração (Gallo, Hernández, Herrera, & Zubieta, 2014), a musicoterapia (Kaushal, Satapathy, Chadda, Bakhshi, Sagar, & Sagra, 2018), o manejo de contingências, a hipnoterapia, a imaginação guiada (Kazal & Noll, 2015) e a ludoterapia não diretiva (Chari, Hirisave, & Appaji, 2013).

Para melhor explorar o campo acerca das intervenções psicossociais que têm sido utilizadas em oncologia pediátrica, optou-se por realizar uma revisão da literatura acerca da temática em pauta. A partir desse levantamento realizado em psico-oncologia pediátrica as intervenções identificadas, como mostra a Figura 3, foram agrupadas e serão apresentadas de acordo com os objetivos verificados em suas aplicações, sejam eles educativos e/ou terapêuticos, a saber: ampliar o conhecimento acerca da doença ou de seu tratamento, reduzir estados emocionais desagradáveis relacionados a procedimentos médicos ou a hospitalização, melhorar a comunicação com familiares e a equipe de saúde, favorecer o manejo de estressores presentes e propiciar espaços de fala sobre assuntos difíceis.

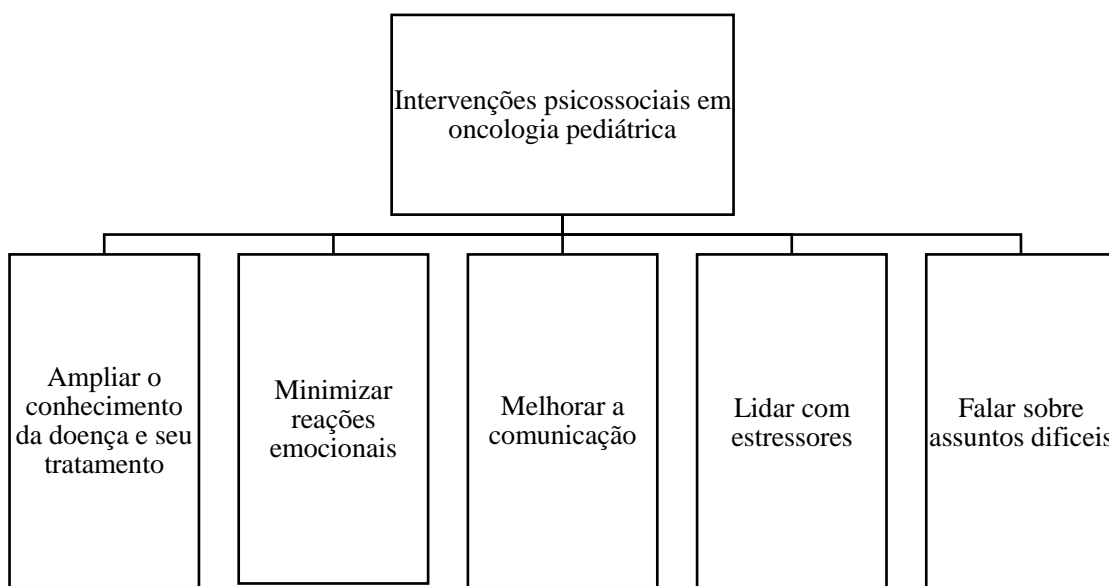


Figura 3- Classificação das intervenções psicossociais por objetivos Elaborada pelos autores.

Acredita-se que o paciente pode se beneficiar das informações quando comunicadas de forma adequada ao seu nível de desenvolvimento cognitivo e com atenção às suas necessidades e interesses pessoais. Desse modo, o psicólogo ao usar intervenções educativas pode colaborar com a equipe de saúde no sentido de aumentar o conhecimento da criança acerca da doença e dos cuidados e procedimentos médicos envolvidos em seu tratamento, tornando-a

mais ciente da sua enfermidade e dos processos de tratamento a que está sendo ou será submetida (Webster & Skeen, 2012).

Familiares e profissionais frequentemente evitam abordar a temática do câncer com as crianças, mesmo quando elas se mostram curiosas ou interessadas em saber sobre a doença que vivenciam em seus corpos e afetam suas vidas. Isso ocorre em parte porque há uma tendência em se subestimar a capacidade da criança para compreender assuntos complexos como a enfermidade e o tratamento oncológico. Além disso, esses temas costumam ser dolorosos também para os adultos, que pensam poder evitar o sofrimento da criança ao fugirem de uma abordagem direta e que também podem ser ver com poucas habilidades ou condições emocionais para o desempenho dessa tarefa. Assim, ao adoecer, a criança com câncer é, muitas vezes, privada de informações sobre o que está acontecendo com o seu corpo, suas condições de saúde, os procedimentos médicos que terá que realizar e as mudanças que estão por vir. Mesmo quando informações são dadas, estas podem ser insuficientes ou comunicadas em linguagem não acessível. Em consequência, ela poderá ficar mais vulnerável a alterações em seus estados emocionais, com manifestações de ansiedade e sintomas depressivos, além de apresentar dificuldades de ajustamento (Webster & Skeen, 2012).

O câncer ainda é um tema carregado de significados sociais negativos, sendo comumente evitado. Todavia, embora falar sobre essa enfermidade seja algo difícil, sobretudo quando o interlocutor é uma criança, é importante que os pacientes saibam do que se trata a doença, incluindo as características e sintomas dos tipos de neoplasia que vivenciam. As crianças são mais espertas do que parecem e, assim, ao serem vedadas de informações, elas podem buscá-las na escuta de conversas entre a equipe de saúde e seus familiares, atentando para o que falam uns com os outros. Podem ainda ler resultados de seus exames médicos ou conversar com outras crianças doentes durante suas interações no hospital. Essas iniciativas podem levar a criança a tirar conclusões errôneas sobre a doença e deixá-las mais ansiosas, deprimidas ou com dificuldades para lidarem com os estressores presentes (Webster & Skeen, 2012).

Diante desse panorama, o psicólogo pode utilizar estratégias psicoeducativas que visam facilitar o acesso e a compreensão de informações importantes, o que pode ser feito com auxílio de recursos variados, como livros e jogos de computador. Através de livros como “Estou doente, e agora? Orientação para crianças com câncer” (Amaral, Soares, & Gioia, 2016), o psicólogo pode explicar o que é o câncer, como a doença pode afetar a criança, os procedimentos médicos envolvidos e como agir em determinadas situações. Ortigosa, Méndez

e Riquelme (2009) destacam que o psicólogo pode trabalhar a informação sobre a enfermidade com a criança por meio do vídeo game *Re-Mission*, que aborda o autocuidado, ou pode recorrer ao *Programa Psicológico em la informacion* (PPBI), que promove informações relacionadas aos aspectos médicos, sociais e psicológicos da doença, assim como aos procedimentos médicos associados.

A psicoeducação é apontada por Kazak e Noll (2015) como uma ferramenta em que o psicólogo pode contribuir para orientar a criança sobre sua doença e os cuidados necessários, buscando fazer isso de modo atrativo e de mais fácil entendimento para os pacientes. Para educar a criança sobre os procedimentos médicos, podem ser usados livros ilustrativos, histórias, desenhos, bonecos, fantoches e material médico (real ou de brinquedo). Desse modo, é possível explicar o que são e para que servem os procedimentos. O uso de filmes e jogos interativos, como “*Bienvenido al hospital*”, podem ser úteis também. Outra estratégia que pode ser empregada com esse intuito é o ensaio comportamental, em que o psicólogo fornece a criança modelos ou sugestões de como agir durante o procedimento médico, ensaiando com ela os comportamentos avaliados como facilitadores (Amaral, Soares, & Gioia, 2016; Bragado, 2009; de Moraes & de Andrade, 2013; Ortigosa, Méndez, & Riquelme, 2009). A Figura 4 apresenta intervenções educativas propostas para uso no atendimento psicológico a crianças com câncer, conforme estudos levantados na área.

Estratégias	Exemplos
Uso de vídeo game	Re-Mission - visa mudar a representação do câncer, ensinar autocuidados e promover conhecimento sobre a doença (Ortigosa, Méndez, & Riquelme, 2009)
Programa psicoeducativo	Programa Psicológico em la Informacion (PPBI) - visa fornecer informações e esclarecimentos sobre os aspectos médicos, sociais e psicológicos da doença e hospitalização (Ortigosa, Méndez, & Riquelme, 2009)
Leitura de livros	“Estou doente, e agora? Orientação para crianças com câncer” (Amaral, Soares, & Gioia, 2016).
Contagem de histórias, contos e fábulas	Histórias de faz de conta usadas para explicar para a criança sobre os procedimentos médicos e a hospitalização (de Moraes & de Andrade, 2013).
Uso de vídeos educativos	Filme “ <i>Joy Gets a Bone Marrow and Spinal Tap</i> ” - busca mostrar para a criança modos adaptativos de agir durante procedimentos médicos (Bragado, 2009). Uso do celular para exibir vídeos sobre o processo de carcinogênese ou meios de tratamento (de Moraes & de Andrade, 2013)
Uso de jogos	Jogo interativo de computador “ <i>Bienvenido al hospital</i> ” (CD-ROM) - visa preparar o paciente para a hospitalização (Ortigosa, Méndez, & Riquelme, 2009).
Mediação de objetos	<i>Teddy Bear Hospital</i> (Ortigosa, Méndez, & Riquelme, 2009) - visa estimular a criança a brincar de médico com um urso de pelúcia.
Ensaio Comportamental	Treinamento sobre como agir durante os procedimentos médicos, como no caso de sentir enjoo durante a quimioterapia (Bragado, 2009)
Manuseio de material médico	Educar a criança sobre os instrumentos médicos, como o estetoscópio (Bragado, 2009)
Desenhos	Desenho do processo de oncogênese para educar a criança sobre o câncer e sentimentos que pode vir a experimentar (Moraes & de Andrade, 2013).

Figura 4- Intervenções educativas utilizadas com crianças em tratamento de câncer.

Outro objetivo da intervenção psicossocial identificada em oncologia pediátrica consiste em minimizar reações emocionais a procedimentos médicos e a hospitalização. Ortigosa, Méndez e Riquelme (2009) descrevem algumas das intervenções que podem ser realizadas pelo psicólogo com vistas a reduzir estados emocionais desagradáveis nas crianças durante o tratamento oncológico, sobretudo para reduzir o nível de ansiedade, que pode ser experienciado, por exemplo, durante procedimentos médicos. Dentre essas estratégias, a musicoterapia utiliza a música e os seus elementos; a hipnoterapia busca induzir um estado hipnótico através de sugestões e fantasias imaginadas; as técnicas de respiração propõem exercícios de respiração diafragmática ou de respiração profunda; as técnicas de relaxamento podem incluir relaxamento progressivo dos músculos, em que a criança é ensinada a contrair e relaxar os seus músculos, que podem ficar tensos devido a ansiedade (Bragado, 2009); a autoinstrução leva a criança a verbalizar ou pensar em instruções sobre o que fazer quando se deparar com uma sensação desagradável e desejar reduzi-la.

As técnicas de imaginação também podem ser úteis para ajudar a criança a reduzir a sensação de ansiedade ou melhorar seu humor. Estas podem ocorrer de forma simples, quando a criança é estimulada a imaginar um objeto ou experiência que considera prazerosa (Broering & Crepaldi, 2008; Orgilés, Méndez, & Espada, 2009) ou pode ocorrer de forma guiada, em que o psicólogo dirige a criança, passo a passo, para imaginar cenários prazerosos com a intenção de remover a atenção do estímulo que esteja lhe provocando distresse (Bragado, 2009; Kazak & Noll, 2015).

O uso do *biofeedback* é destacado por Murguía, Rico e Sastrías (2017) como uma intervenção para reduzir a sensação de ansiedade na criança, sendo apresentado de forma visual ou acústica. Este recurso utiliza sensores não invasivos que recebem sinais fisiológicos do corpo da criança e indicam as suas reações fisiológicas relacionadas a alguma emoção, como aceleração do batimento cardíaco provocada pela ansiedade ou medo. Uma vez identificado que o sinal da máquina pode estar relacionado a uma tensão física, a pessoa pode realizar alguma técnica para controlar esses sinais, como uso de exercício de respiração ou de imaginação.

O alto nível de ansiedade, pesadelos recorrentes ou comorbidades psiquiátricas podem atrapalhar na qualidade do sono da criança. Isso pode impactar negativamente o seu bem-estar como também atrapalhar os procedimentos médicos. As intervenções comportamentais como as técnicas de relaxamento e de respiração podem reduzir a resposta fisiológica do estresse e permitir que a criança se sinta mais relaxada para dormir. Uma segunda proposta é fazer a

higiene do sono, quando o psicólogo ensina a ela novas estratégias de ação para colocar em prática quando for dormir, de modo a melhorar a qualidade do seu sono (Kaushal, et al., 2019). Como outra alternativa, mediante a ludoterapia não diretiva, a criança com câncer pode elaborar, através das suas brincadeiras, significados para o que tem vivenciado. Desse modo, as suas reações emocionais frente a procedimentos médicos tendem a ser amenizadas (Costa & Cohen, 2012).

Além disso, a criança doente, sobretudo durante os períodos de internação hospitalar, pode apresentar dificuldade em se comunicar com outras pessoas acerca de suas necessidades e sentimentos. É preciso considerar que ela é, muitas vezes, retirada de contextos sociais com os quais estava familiarizada e é afastada de pessoas significativas para ela, ao mesmo tempo que passa a interagir e ter seu corpo manipulado por muitas e diferentes pessoas em função do tratamento. Fora do contexto hospitalar, pode ser requerida a falar sobre seu estado de saúde com outros adultos e crianças, principalmente no seu retorno à escola. Desse modo, as estratégias também podem ser destinadas a melhorar a comunicação da criança com câncer com outras crianças e adultos (Varni, Katz, Colegrove, & Dolgin, 1993).

Por seu nível de desenvolvimento cognitivo e emocional ainda imaturo, a criança pode ter dificuldades para compreender as novas situações vivenciadas a partir do diagnóstico e não saber como lidar com suas reações emocionais nem como se comunicar de forma eficaz com a sua família e com a equipe de saúde. Nessa perspectiva, o psicólogo pode pautar o seu trabalho ajudando a criança a se comunicar melhor sobre questões relacionados ao adoecimento com outras pessoas no meio familiar, de tratamento (considerando diferentes membros da equipe de saúde), escolar e outros nos quais ela estiver inserida. Isso pode ocorrer através do treino em habilidades sociais, que consiste em situações de aprendizagem de comportamentos sociais desejados, com vistas a melhorar a qualidade da interação interpessoal (Bragado, 2009; Kaushal, Satapathy, Chadda, Bakhshi, Sagar, & Sapra, 2018). Esse tipo de treino auxilia a criança a se comunicar efetivamente com outras pessoas, como aquelas com as quais venha a ter contato ao retornar à escola ou com membros da equipe de saúde (Varni, Katz, Colegrove, & Dolgin, 1993).

Especificamente no treino em assertividade, o psicólogo pode auxiliar a criança a expressar seus sentimentos, desejos e opiniões sem ferir os interesses ou sentimentos de outras pessoas (Steele, Mullins, Mullins, & Muriel, 2015). O paciente aprende sobre as diferentes formas de se comunicar com as pessoas - passiva, assertiva e agressiva - e ensaia situações relacionadas (Varni, Katz, Colegrove, & Dolgin, 1993). Trabalhar com a criança na

identificação de suas emoções frente ao adoecimento e ajudá-la a encontrar formas de se expressar na situação podem fazer com que ela não se sinta confusa e encontre formas socialmente adequadas para manifestá-las (Marashi & Nikmanesh, 2017).

O treino em estratégias de enfrentamento tem por finalidade servir como um meio para ajudar a criança a lidar com diferentes estressores provocado pelo adoecimento, procedimentos médicos e hospitalização e, desse modo, reduzir sintomas de estresse e distresse relacionados ao contexto oncológico (Kaushal, et al., 2018), como mostra a Figura 5. Motta e Emuno (2010) desenvolveram o Programa de Intervenção Psicológica no Hospital (PIPH), baseado no modelo cognitivo-comportamental, em que a criança aprende diferentes formas lúdicas de enfrentamento de estressores associados a esse contexto. Primeiro elas avaliaram os comportamentos e as estratégias de enfrentamento adotadas pelas crianças durante a hospitalização, usando o AEHcomp. Em seguida, foram realizadas sessões individuais com foco na modificação de comportamentos que não facilitavam o enfrentamento de estressores presentes na situação de hospitalização.

Intervenção	Descrição
Programa de Intervenção Psicológica no Hospital	Criança brinca de boliche, sendo que cada pino representa uma emoção e ela deve nomeá-la antes ou ao acertá-lo (Motta & Emuno, 2010).
<i>Quality of Life in Motion</i>	Leva a criança a pensar sobre como atividades físicas podem ser benéficas para a sua saúde (Dijk- Lokkart et al., 2016).
Distração	Ao invés de focar na percepção da dor, a criança pode imaginar que está em seu lugar favorito (Kreitler, Oppenheim, & Segev-Shoham, 2013).
Realidade Virtual	Criança joga bolas de neve durante o jogo da realidade virtual usando o mouse com a mão do braço que não está sendo utilizado na aplicação da quimioterapia (Atzori, et al., 2018).
Programa de atividades orientadas	Planejamento de atividades com potencial para gerar bem-estar na criança (Orgilés, Méndez, & Espanada, 2009).
Treino em habilidades de resolução de problemas	Criança faz uma lista de coisas que são problemáticas para ela e pensa em estratégias de como lidar com cada uma delas (Steele, Mullins, Mullins, & Muriel, 2015).

Figura 5- Intervenções para lidar com estressores provocado pelo adoecimento, procedimentos médicos e hospitalização

Um outro programa, baseado nesta mesma abordagem teórica-metodológica, é o *Quality of Life in Motion* (QLIM), que tem sido utilizado com o intuito de melhorar o funcionamento psicossocial e aumentar a participação da criança em atividades físicas. Intervenções físicas, como o treinamento cardiorrespiratório e de força muscular, são combinadas com intervenções de natureza cognitivo-comportamental, além de incluir intervenções psicoeducativas relacionadas a orientações sobre a doença, sexual (para adolescentes) e de crescimento e desenvolvimento. Intervenções para melhorar o enfrentamento

da doença também são aplicadas (Braan et al., 2010; Braan et al., 2016; Dijk- Lokkart et al., 2015; Dijk- Lokkart et al., 2016).

Uma das intervenções comumente utilizadas para reduzir a dor e a ansiedade na criança durante procedimentos médicos invasivos é a distração, que pode ser compreendida com uma estratégia de enfrentamento de foco cognitivo (Broering & Crepaldi, 2008; Kaushal, et al., 2018; Kazak & Noll, 2015). Embora os procedimentos médicos possibilitem o controle ou a cura da doença, podem gerar mais sofrimento na criança, acarretando reações como dor, desconforto, fadiga ou náuseas (Haim, 2012). Desse modo, nesta estratégia, a criança é levada a desviar a atenção do procedimento médico, bem como não se concentrar no local de seu corpo em que esse está sendo realizado. Um modo de distração para reduzir a sensação de desconforto físico na criança consiste no uso de aparelhos de realidade virtual, como a utilização de óculos que transmitem imagens virtuais capazes de captar a atenção da criança durante o procedimento invasivo ao qual está sendo submetida (Bragado, 2009; Orgilés, Méndez, & Espada, 2009; Ortigosa, Méndez, & Riquelme, 2009).

Outro modo de enfrentamento a ser estimulado consiste na programação de atividades orientadas, quando o psicólogo, junto com a criança, planeja atividades com potencial para propiciar bem-estar e recompensas positivas para a mesma (Kaushal, et al., 2018; Orgilés, Méndez, & Espanada, 2009). O treino em habilidades de resolução de problemas também pode ser útil, na medida em que leva a criança com câncer a aprender a definir um problema pelo qual está passando, fazer um levantamento de alternativas sobre como lidar com a situação e, por fim, colocar em prática a solução escolhida (Steele, Mullins, Mullins, & Muriel, 2015).

Por último, pode ser importante propiciar às crianças espaços de fala sobre assuntos difíceis que permeiam a vivência do câncer, o que pode ser feito na interação direta do psicólogo com os pacientes que manifestem esta necessidade, em grupos de crianças com câncer ou na mediação da interação entre o paciente e membros da sua família ou da equipe de saúde. A finalidade é proporcionar um espaço de acolhimento e escuta (Morais & de Andrade, 2013). Nem sempre a criança irá conseguir vencer a luta contra a doença e, assim, pode ser necessário, por exemplo, que se fale sobre a morte com ela, abrindo espaços de escuta empática de seus sentimentos, temores, desejos e opiniões a respeito. Este e outros temas poderão ser abordados com a criança com o auxílio de variados recursos lúdicos, como desenhos, livros ou dramatização (Gurgel & Lage, 2015; Veras & Moreira, 2009). Nesse contexto, as discussões em grupo tendem a oferecer um momento rico para a criança, pois esta pode usar o espaço para ventilar sobre o que está vivenciando e falar sobre as suas dificuldades (Kaushal, et al., 2018).

Através das atividades artísticas, como desenhos, é possível proporcionar à criança um espaço para que possa externalizar a sua ansiedade e promover autoconfiança, em um ambiente seguro e lúdico. Com o auxílio de livros, o psicólogo poderá contar histórias, em uma linguagem compreensível à criança, contribuindo para lhe proporcionar alívio, crescimento pessoal e melhora em sua autoestima. A dramatização pode levar a criança a refletir sobre os problemas que pode estar vivenciando por conta do adoecimento, ampliar a sua compreensão da realidade e promover o bem-estar emocional (Kreitler, Oppenheim, & Segev-Shoham, 2013).

Em resumo, os cuidados psicossociais merecem ser disponibilizados à criança desde a fase de investigação diagnóstica e devem ser mantidos durante todo o processo de tratamento (Mavrides & Pao, 2014), abarcando tanto avaliações cognitivas e emocionais como propiciando as intervenções pertinentes a cada situação e caso clínico com vistas a redução de sintomas depressivos, de ansiedade e de estresse (Coughrety, et al., 2018). Uma vez identificadas necessidades psicológicas, o papel do psicólogo, em linhas gerais, será o de contribuir com a equipe de saúde para o bem-estar da criança e melhoria de sua qualidade de vida e de seus familiares (Wiener, Viola, Korentski, Perper, & Patenaide, 2015).

CAPÍTULO II

OBJETIVOS

2.1- Objetivo Geral

Investigar a utilização de estratégias psicossociais no cuidado de psicólogos a crianças com câncer no âmbito hospitalar.

2.2- Objetivos Específicos

- Realizar um levantamento de estratégias de intervenção psicossocial utilizadas por psicólogos no trabalho com crianças em oncologia, descrevendo seus objetivos e processos;
- Analisar a concepção dos profissionais sobre os contextos e resultados das intervenções psicossociais realizadas em oncologia pediátrica;
- Comparar as experiências de profissionais no Brasil com as práticas identificadas em outros países.

CAPÍTULO III

MÉTODOS

A pesquisa realizada foi do tipo descritiva, com caráter quanti-qualitativo. Os dados foram levantados mediante questionário padronizado, com alternativas de resposta, e um roteiro para entrevistas semiestruturadas, de modo que foi possível submetê-los tanto a análises estatísticas como a análise de conteúdo. Dessa forma, buscou-se obter um levantamento amplo das intervenções psicossociais utilizadas por psicólogos junto a crianças com câncer e, ao mesmo tempo, aprofundar esse conhecimento a partir da investigação das concepções e experiências de alguns dos profissionais participantes.

De acordo com Creswell e Plano Clark (2018), a pesquisa de caráter misto, no caso quanti-qualitativo, integra ambas metodologias em uma única estratégia de pesquisa. As vantagens dessa modalidade de estudo residem na possibilidade de compensar as fragilidades que ambas possuem ao estudar fenômenos de forma isolada, usando unicamente o método quantitativo ou qualitativo, e na possibilidade de ter acesso a uma maior riqueza de dados em comparação as suas aplicações isoladas.

4.1. Participantes

Houve a participação na pesquisa de 30 psicólogos atuantes na área de oncologia pediátrica, sendo 13 deles residentes no Brasil e os demais 17 residentes em outros países. A totalidade dos participantes responderam a um questionário auto administrado, elaborado para as finalidades da pesquisa, que foi acessado de modo *online*, via *Google Forms*. De forma complementar, cinco psicólogas brasileiras, compondo uma subamostra, participaram ainda de uma entrevista semiestruturada, que foi realizada com auxílio de um gravador e chamada de vídeo. A finalidade, nesse segundo momento, foi obter dados para análises qualitativas, em que se pretendeu obter um aprofundamento das experiências das entrevistadas.

Na composição da amostra, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: a) ser graduado em psicologia; b) trabalhar como psicólogo em hospital geral ou oncológico, em nível ambulatorial e/ou de enfermagem, ou em um centro de tratamento oncológico; e c) realizar atendimentos a crianças em tratamento de câncer há pelo menos um ano. Por outro lado, os critérios de exclusão foram: a) não ser graduado em psicologia; (b) não trabalhar como psicólogo; c) trabalhar em hospital, mas não prestar assistência a crianças e/ou adolescentes com câncer; e d) ter menos de um ano de experiência na área onco-pediátrica.

Para acesso aos profissionais com as características pretendidas foi realizado um levantamento de e-mail de psicólogos que se encontravam registrado no site da *International Psycho-oncology Society*, como também no site do *National Cancer Institute*. Além do levantamento das plataformas citadas, convites para participação na pesquisa foram publicados em redes sociais específicas de oncologia pediátrica, bem como foram enviados para profissionais de conhecimento do autor e da orientadora do trabalho.

A opção por estender a pesquisa para psicólogos de outros países se deu pelo interesse de investigar as práticas psicológicas em contexto mais amplo, tendo em vista ser a psico-oncologia uma área exercida mundialmente, cujos objetivos e práticas têm sido construídos e disseminados em âmbito internacional. Desse modo, foi possível ainda verificar semelhanças e diferenças entre as práticas observadas no Brasil e em outros países.

O local de trabalho dos profissionais e o público-alvo de seus atendimentos foram estabelecidos tendo em vista os objetivos da investigação, que se dirigem especificamente às práticas do psicólogo no âmbito hospitalar e no atendimento direto a pessoas que tenham, no máximo, 19 anos de idade. O tempo mínimo de atuação profissional foi estipulado para favorecer que os participantes tivessem experiências diversificadas no trabalho em oncologia pediátrica, considerando que a pesquisa tem como foco as suas intervenções na área.

4.2. Instrumentos

4.2.1 Questionário de intervenções psicossociais em oncologia pediátrica (QIPOP).

Este instrumento foi elaborado pelo autor da dissertação e a sua orientadora em duas versões - português e inglês - para levantar o perfil socioprofissional de psicólogos que trabalham com crianças com diagnóstico de câncer e investigar as intervenções utilizadas por eles junto a essas crianças. A primeira parte inclui quatro questões destinadas a obter dados pessoais dos respondentes (gênero, idade, há quanto tempo concluiu o curso de psicologia, país/estado de residência), bem como doze questões para investigar a formação e atuação profissional destes, tais como titulação, referencial teórico adotado, tipo de instituição hospitalar em que atua e tipo de vinculação com a mesma e tempo de trabalho em oncologia pediátrica. Na segunda parte do questionário, são apresentadas dez questões fechadas, com alternativas de resposta, que versam sobre as técnicas e instrumentos que o respondente faz uso para realizar avaliações com criança e adolescentes com câncer, além dos objetivos e tipos das intervenções por eles realizadas. Abarca também os contextos de desenvolvimento dessas intervenções, tais como recursos, local e momentos do tratamento em que são aplicadas. Há

ainda duas questões abertas, que visam identificar a existência de algum programa de intervenção que compõe sua prática e outra sobre o que considera mais importante no desenvolvimento de uma intervenção psicossocial com crianças (APÊNDICE A).

4.2.2 Roteiro para entrevista semiestruturada sobre experiências e práticas em oncologia pediátrica

O instrumento é composto por 12 perguntas abertas, elaboradas com a finalidade de estimular o profissional a relatar sobre suas experiências e práticas profissionais com crianças e adolescentes hospitalizados devido ao tratamento de câncer. As questões abordam três eixos temáticos, que tem por objetivo: a) investigar o processo de inserção profissional em oncologia, b) identificar e descrever as modalidades de trabalho utilizadas com crianças, e c) levantar concepções acerca dos resultados, envolvimento de outros adultos, obstáculos e benefícios do trabalho na área (APÊNDICE B).

4.3. Procedimentos de coleta de dados

Para alcançar o público-alvo desta pesquisa, foi realizado um levantamento de psicólogos que faziam parte de instituições, sociedades, associações e grupos virtuais - nacionais e internacionais – ligados à área oncológica. Após essa etapa inicial, uma mensagem na forma de uma carta convite, redigida em português ou em inglês, foi enviada para os endereços de e-mails desses profissionais. A carta informava os objetivos e critérios de participação na pesquisa, seguida de um *link* para acesso ao questionário eletrônico. Ao acessar tal *link*, o profissional tinha acesso, primeiramente, a um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE C), contendo os objetivos e uma descrição breve dos procedimentos da investigação, bem como os cuidados adotados como medida para preservar o anonimato e o bem-estar de todos os participantes, além de assegurar seus direitos e a confidencialidade das informações a serem fornecidas. Foi ressaltado o caráter voluntário da contribuição e destacada a relevância da pesquisa na produção de conhecimentos acerca das intervenções psicológicas em oncologia pediátrica, de modo a favorecer uma melhor sistematização, valorização e divulgação dos trabalhos na área.

Caso o participante concordasse em fazer parte da pesquisa, ele era instruído a acionar a opção correspondente (“aceito participar”) e, neste caso, era direcionado ao conteúdo do questionário. Na parte inicial do instrumento, o profissional foi orientado sobre a importância de responder a cada uma das questões solicitadas, sendo esclarecido que não havia respostas

certas ou erradas, na medida em que o interesse era conhecer suas práticas e experiências tal como elas ocorriam. Ao final do questionário, foi perguntado aos respondentes se estes teriam interesse em receber uma devolutiva acerca da pesquisa ao término da mesma e se estariam dispostos a participar de uma entrevista semiestruturada sobre a mesma temática, para o que deveriam fornecer um endereço de e-mail. A devolutiva ficou prevista para ocorrer após a aprovação da dissertação, na forma de um resumo dos resultados da investigação nos dois idiomas de escolha, bem como na informação de *link* para acesso a dissertação *online*.

Em um segundo momento, cinco profissionais brasileiras que integraram a primeira parte do estudo e mostraram interesse em continuar contribuindo foram solicitadas a participar de uma entrevista semiestruturada, de forma presencial ou virtual. As entrevistas foram agendadas mediante a combinação de um horário viável para a participante e o pesquisador, com cuidado para assegurar a privacidade necessária, levando em consideração momentos em que estivessem a sós e sem interferências externas, como barulho ou interrupções. Foram selecionadas as primeiras psicólogas que responderem ter interesse em participar da entrevista e cuja disponibilidade de horário se ajustava com as possibilidades do pesquisador.

Duas entrevistas foram realizadas de forma presencial e as participantes, inicialmente, receberam o TCLE correspondente (APÊNDICE D) em versão impressa. A entrevista foi realizada individualmente e em ambiente de escolha de cada profissional. Um gravador de áudio foi utilizado para gravar as respostas obtidas, que foram posteriormente transcritas. As outras três entrevistas foram conduzidas virtualmente. Primeiramente, foi enviado, via e-mail, o *link* do TCLE contendo informações sobre os objetivos e os procedimentos da pesquisa, os cuidados éticos a serem tomados e as ferramentas digitais a serem utilizadas para a gravação da mesma. A realização da entrevista foi feita através de vídeo chamada, utilizando o aplicativo Skype e, após a gravação, ocorreu a transcrição do seu conteúdo.

Cabe destacar que o processo de construção das questões do questionário e da entrevista, foi embasado por uma revisão de literatura sobre a temática. Os artigos e livros acessados permitiram conhecer previamente os tipos de intervenções psicológicas que tem sido realizada com pacientes pediátricos. A partir do resultado desta busca foram desenvolvidos desenhos e mapas mentais para melhor organizar o conteúdo obtido, classificar o tipo de intervenção e descrever as intervenções que foram identificadas na busca bibliográfica (APÊNDICE E). Antes de ser finalizado, o questionário foi revisado por duas pesquisadoras e psicólogas com larga experiência no campo oncológico, visando possíveis ajustes e complementações.

4.4 Análise dos Dados

Para atender aos objetivos da presente pesquisa, foi necessário, primeiramente, tabular os dados do questionário e transcrever os relatos colhidos nas entrevistas. A análise das respostas às questões do questionário foi realizada através de análise estatística descritiva, utilizando o programa SPSS 24 (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 16, incluindo frequências, médias e porcentagens. Já as respostas obtidas nas entrevistas semiestruturadas foram categorizadas com base no modelo da Análise de Conteúdo de Bardin (1977), método que faz uso de estratégias para analisar o que foi comunicado, de forma sistemática e objetiva, sendo composta por três fases, consideradas fundamentais: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos dados, que envolve categorização, análise e interpretação das respostas.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A presente pesquisa contou com a participação de 30 profissionais de psicologia de diferentes países que trabalhavam com crianças com câncer em contexto hospitalar, sendo 13 brasileiros e 17 procedentes de outros países. Todos eles responderam, de modo online, ao questionário previamente elaborado, em sua versão em língua portuguesa ou inglesa. De modo adicional, cinco psicólogas brasileiras participaram ainda de uma entrevista semiestruturada, em que se buscou aprofundar a investigação de suas práticas profissionais em oncologia pediátrica.

Primeiramente, serão apresentados os dados sociodemográficos (gênero, idade, estado ou país de moradia) e de formação profissional (ex.: tempo de formação, titulação, referencial teórico de base) dos participantes, informações essas correspondentes a parte inicial do questionário e que servirão para conhecimento do perfil desses psicólogo(a)s e, conseqüentemente, para contextualização dos resultados da pesquisa. Em seguida, serão descritos e analisados diferentes aspectos de suas práticas junto a crianças com câncer, tanto no que se refere aos processos de avaliação como de intervenção psicossocial, incluindo objetivos, aspectos abordados, estratégias e recursos utilizados, bem como os modos de inserção de pais/responsáveis e profissionais nessas iniciativas.

Em relação ao perfil de atuação profissional, será realizada uma comparação entre os respondentes brasileiros e estrangeiros, visando a identificar semelhanças e diferenças em seus modos e contextos de atuação. De modo concomitante aos dados quantitativos, os relatos de experiência profissional obtidos junto as cinco psicólogas entrevistadas (identificadas por nomes fictícios) serão apresentados tendo por base análises qualitativas complementares. Além da integração de análises de natureza quantitativa e qualitativa, optou-se por apresentar conjuntamente, nesta mesma seção, a comunicação dos resultados principais da pesquisa com sua discussão à luz da literatura na área.

4.1 Caracterização dos Participantes e de Suas Práticas Profissionais

4.1.1 Perfil sociodemográfico

Os participantes da pesquisa foram, predominantemente, do gênero feminino (90%) e mostraram um amplo variar de idades, indo dos 26 aos 60 anos (Média = 38,40, Mediana =

34,50, Desvio Padrão = 10,304). A psicologia tem sido destacada como uma profissão exercida em sua grande maioria por mulheres, como atesta o Conselho Federal de Psicologia (2020) e pesquisas de levantamento do perfil dos psicólogos brasileiros em geral (Almeida & Malagris, 2015) e especificamente na área da saúde (De Almeida, et al., 2013; Marcon, Luna, & Lisbôa, 2004; Seidl, Duarte, Magalhães, & Costa, 2019; Spink, 2007; Yamamoto, Trindade, & Oliveira, 2002), que mostram uma participação predominantes feminina. Essa tendência se reflete também no exercício da psico-oncologia. Weiner et al. (2013), por exemplo, em pesquisa internacional realizada com profissionais de psicologia que trabalhavam em oncologia pediátrica contou com a participação de 613 mulheres (78%) e 173 homens (22%), evidenciando a prevalência do gênero feminino nessa área também em países estrangeiros.

Dentre os treze brasileiros que colaboraram na investigação, identificou-se uma maioria de profissionais que residiam e trabalhavam no estado de São Paulo (54%), havendo ainda pessoas dos estados do Paraná (15%), Santa Catarina (8%), Rio de Janeiro (8%), Minas Gerais (8%) e Distrito Federal (8%). Os psicólogos residentes em países estrangeiros, num total de 17, eram oriundos de 10 nações, localizadas nos diferentes continentes (Tabela 1).

Tabela 1- Países de procedência dos psicólogos participantes da pesquisa (n=30)

Continentes	País	f	%
América	Brasil	13	43,30%
	Estados Unidos	4	13,30%
	México	2	6,70%
	Peru	1	3,30%
Europa	Países Baixos	3	10,00%
	Reino Unido	1	3,30%
	Suécia	1	3,30%
	Dinamarca	1	3,30%
Oceania	Austrália	2	6,70%
África	Nigéria	1	3,30%
Ásia	Índia	1	3,30%

As distintas proveniências dos participantes levam a perceber que a psico-oncologia pediátrica é uma prática profissional realizada em diferentes países, considerando ser o câncer um problema de saúde pública em âmbito mundial, independentemente do nível de desenvolvimento socioeconômico do local (Landskron, 2008). Weiner et al. (2013), em *survey* aplicado a 786 psicólogos que trabalhavam com crianças/adolescentes com câncer,

identificaram respondentes de diferentes países da África, América do Norte e do Sul, Europa, Ásia e Oceania.

No que se refere aos participantes brasileiros, a maioria deles se encontravam no Estado de São Paulo (53,8%), que, de fato, possui o maior número de psicólogos registrados em conselho regional da área (Conselho Federal de Psicologia, 2020), como também é o estado que possui os principais centros de formação em oncologia. Ademais, o referido Estado possui ainda o maior número de centros de tratamento de câncer no país vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com a portaria SAS/MS nº102, de 3 de fevereiro de 2012, existem, em São Paulo, 24 Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) habilitados para tratar crianças e adolescentes com câncer (Ministério da Saúde, 2012).

Cabe ressaltar que, embora o número de respondentes na pesquisa tenha sido baixo, foi possível obter uma participação internacional importante de psicólogos que atuam como psico-oncologistas pediátricos. Tal dado é relevante, pois possibilitou abranger diferentes contextos socioculturais em que ocorrem os tratamentos oncológicos, favorecendo a ampliação de conhecimentos na área. A não obtenção de um número maior de colaboradores possivelmente foi devido à dificuldade encontrada para se localizar redes de divulgação que permitissem maior acesso a profissionais com uma atuação tão específica quanto a desejada. A maior participação de profissionais estrangeiros em comparação aos brasileiros, por sua vez, pode ter ocorrido devida a maior familiarização dos primeiros com pesquisas que utilizam questionários auto administrados com aplicação online, ou mesmo por terem um maior engajamento em pesquisas.

4.1.2 Perfil profissional: formação e atuação

Em conformidade com um dos critérios de inclusão no estudo, todos os seus participantes eram graduados em psicologia. Como mostra a Tabela 2, um pouco mais da metade deles (63,30%) havia concluído a graduação na área nos últimos 10 anos, sendo a média de formação de 11 anos (Mediana = 8, Desvio Padrão = 8.277). Os profissionais, em sua maioria, possuíam ainda formação em nível de pós-graduação *latu sensu* e/ou *stricto sensu*. Como maior titulação obtida, observou-se o grau de especialista (36,70%), titulação mais frequente entre os brasileiros (62%). O grau de doutor/PHD (31%), por sua vez, foi predominante entre os respondentes estrangeiros (47%). Houve ainda menção a titulação de mestre (20%) e a realização de pós-doutoramento (10%).

A área de pós-graduação referida como de maior titulação foi a psico-oncologia (50%), seguida por psicologia clínica (33,30%), psicologia da saúde (30%), psicologia hospitalar (13,30%), medicina comportamental (6,30%), psicologia médica (6,70%) e outras áreas da saúde (13,30%), como cuidados paliativos e saúde da criança e do adolescente. Esses dados indicaram o esforço dos profissionais em darem continuidade a seus estudos para além da graduação e aprofundarem seus conhecimentos na interface entre psicologia e saúde, embora essa realidade possa também refletir uma maior exigência de titulação e conhecimentos especializados para se obter a oportunidade de atuar na área.

Tabela 2- Formação profissional dos participantes (n=30)

Variável	Categoria	Brasileiros	Estrangeiros	Geral
Tempo de graduação em psicologia	2-10 anos	62%	65%	63,30%
	11-20 anos	23%	29%	31%
	21-30 anos	08%	0,00%	3,30%
	31-36 anos	08%	06%	6,70%
Maior titulação	Especialização	62%	18%	36,70%
	Doutorado/PhD	0,00%	47%	31%
	Mestrado	15%	24%	20,00%
	Pós-doutorado	08%	12%	10,00%
	Outros	15%	0,00%	6,70%
Área de pós-graduação	Psico-oncologia	31%	65%	50,00%
	Psicologia Clínica	15%	47%	33,30%
	Psicologia da saúde	54%	12%	30,00%
	Psicologia Hospitalar	31%	0,00%	13,30%
	Outra área em psicologia	23%	06%	13,30%
	Psicologia Médica	8%	06%	6,70%
	Medicina Comportamental	0,00%	12%	6,70%

Nas últimas décadas, no Brasil, tem se observado uma crescente oferta de cursos de formação e de pós-graduação destinados a melhor capacitar psicólogos para atuação em contextos de tratamento de doenças (Gorayeb, 2001), o que inclui também, desde 2005, a partir da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, as residências multiprofissionais (Ministério da Saúde, 2006). Essa mudança está relacionada ao maior reconhecimento do impacto de aspectos psicossociais no processo de saúde e doença, assim como na maior importância atribuída a

intervenção psicológica na melhoria da qualidade de vida de pessoas de variadas faixas de idade, acometidas por diferentes enfermidades (Kazak & Noll, 2015), o que tem levado a uma demanda aumentada pela atuação desse profissional em contextos hospitalares públicos e privados. Vale destacar que, atualmente, a inclusão de psicólogo na equipe mínima de cuidados a pacientes com câncer é garantida por lei, através da Portaria Nº 140, de 27 de fevereiro de 2014 (Ministério da Saúde, 2014).

Cabe ressaltar que todos os participantes que afirmaram possuir especialização em psicologia hospitalar eram brasileiros, o que atesta, como enfatiza Castro e Bornholdt (2004), que a psicologia hospitalar é uma denominação eminentemente brasileira, sendo reconhecida como área de especialização apenas no país. Isso posto, está incluída, na Resolução CFP No. 013/2007, entre as áreas possíveis de obtenção do Título Profissional de Especialista em Psicologia. Nos demais países, entende-se que a atuação em hospitais integra o campo da formação em psicologia da saúde. De acordo com a *American Psychological Association* (APA, 2014), para o psicólogo atuar no campo da psicologia da saúde nos Estados Unidos da América, o mesmo deve obter o grau de bacharel e de mestre e, de preferência, também o de doutor, o que requer a aprovação em um processo criterioso de avaliação. Tal percurso é semelhante na Austrália e no Reino Unido, países nos quais a conclusão do curso de psicologia não garante a prática profissional na área, sendo necessário o psicólogo passar por uma avaliação específica, concluir o mestrado e/ou o doutorado, e submeter-se a supervisão por cerca de dois anos.

No que tange ao referencial teórico-metodológico que servia de base às práticas profissionais dos participantes, a metade deles declarou ter como aporte a terapia cognitivo-comportamental (TCC) (50%), abordagem predominantemente utilizada entre os estrangeiros (71%). Houve ainda menção ao embasamento em psicanálise (31%), utilizada majoritariamente pelos brasileiros (54%), na análise do comportamento (6,70%), na abordagem existencial-humanista (3,30%) e na terapia cognitiva (6,70%). Quatro profissionais (13,30%) afirmaram fazer uso de outras abordagens como a terapia dos esquemas, a terapia de aceitação e compromisso e a terapia de resolução de problemas, que são abordagens contextuais associadas à terapia cognitivo-comportamental, bem como a terapia sistêmica e a modelos combinados de terapia cognitivo-comportamental e orientação psicodinâmica (Tabela 3).

Tabela 3- Referencial teórico de base declarado pelos participantes

Categoria	Brasileiros	Estrangeiros	Geral
Terapia Cognitiva-Comportamental	23%	71%	50,00%
Psicanálise	54%	06%	31%
Terapia Cognitiva	8%	06%	6,70%
Análise do comportamento	8%	06%	6,70%
Existencial-Humanista	0,00%	06%	3,30%
Outras	8%	18%	13,30%

A TCC, abordagem mais utilizada entre os participantes, caracteriza-se por intervenções focais e de curta duração, além de possuir um caráter educativo, o que coaduna com as possibilidades de intervenção no cenário hospitalar (Borges & Soares, 2018) e com o trabalho com crianças (Sourkes, Kazak, & Wiener, 2015). Em oncopediatria, os psicólogos fazem amplo uso de técnicas cognitivas e comportamentais com vistas ao manejo de estressores que causam sofrimento nas crianças, como a psicoeducação acerca de procedimentos invasivos ou da doença, técnicas de respiração ou de relaxamento para amenizar a percepção de dor (Zeltzer & Krane, 2015) e a reestruturação cognitiva (Pao & Kazak, 2015). Como abordagens contextuais ou da terceira onda em TCC, Mullins, Tackett e Suorsa (2016) apontam a Terapia de Aceitação e Compromisso e a terapia de resolução de problemas como modalidades que podem ser utilizadas no cenário oncopediátrico.

No Brasil, observa-se uma tradição psicanalítica na formação em psicologia, estando essa orientação teórica no cerne do surgimento e desenvolvimento da psicologia hospitalar no país. Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Almeida (2011) sobre o perfil e prática dos psicólogos em hospitais gerais, em que mais da metade (56,8%) dos seus participantes eram psicanalistas. Marcon, Luna e Lisbôa (2004) também contaram com a maior participação (46,7%) de profissionais dessa orientação teórica em comparação a outras abordagens. Como será discutido na sessão 4.2, esse dado pareceu refletir na expressiva utilização pelos respondentes brasileiros da ludoterapia não diretiva, intervenção lúdica na qual a criança utiliza o brincar como uma associação livre, bem como em menor frequência de utilização de escalas e testes psicométricos entre eles.

4.1.3 Contexto institucional de atuação

As práticas dos participantes, tanto brasileiros quanto estrangeiros, no trabalho junto a crianças com câncer ocorriam em diferentes tipos de instituição médica, com frequência maior do trabalho em hospitais especializados no tratamento de câncer, que representou 60% das

respostas obtidas a essa questão. Esse dado provavelmente se deve às particularidades do tratamento oncológico, que requer modalidades terapêuticas específicas e equipe de profissionais especializados na área, o que nem sempre é possível dispor em hospitais gerais (Ministério da Saúde, 2020). Outros psicólogos informaram atuar em hospital pediátrico (36,70%), em hospital universitário ou vinculado a uma universidade (13,30%), em centro de tratamento oncológico (10%), em hospital geral (10%) ou em hospital especializado em outros tipos de tratamento (6,70%). Ademais, um dos participantes (3,30%) respondeu trabalhar em organização não governamental que usava a arte como recurso terapêutico para crianças com câncer.

Os hospitais que constituíam locais de trabalho para os participantes, quanto a seus objetivos financeiros, foram tanto da rede pública como da rede particular de assistência em saúde. As organizações privadas foram do tipo particular filantrópica (40%), comum entre os psicólogos brasileiros (62%), particular lucrativa (13,30%) e particular beneficente (3,30%). Em hospitais públicos, a atuação se dava em instituições das esferas federal (16,70%), estadual (23,30%) e municipal (3,30%). É interessante notar que a maioria das instituições em que os psicólogos estavam inseridos eram públicas ou particulares de natureza filantrópica. Nesse último caso, adquiriam os recursos para seu funcionamento através de parcerias e doações. Akin, Mayraz e Helliwell (2015) destacam que os atos generosos dos doadores parecem contribuir para o bem-estar subjetivo dos mesmos, pois sentem que podem ajudar pessoas que precisam de recursos médicos específicos a sobreviverem. Então, saber que fizeram a diferença na vida dessas pessoas pode motivá-los a seguir doando para manter esses locais abertos.

O acesso a instituições públicas ou sem fins lucrativos permite assegurar os cuidados a crianças com câncer independente das condições financeiras de suas famílias, reduzindo os gastos decorrentes do adoecimento e as preocupações financeiras, sobretudo porque muitas famílias tem o orçamento doméstico restringido em função da necessidade dos responsáveis cuidarem da criança doente e a acompanharem durante exames e internações. Em alguns casos, inclusive, é necessário que a família toda ou parte dela mude para um município distante em busca de um centro de tratamento da doença (Portella et al., 2000; Volpe, 2008).

No âmbito dessas instituições, os profissionais, tanto brasileiros como estrangeiros, trabalhavam, principalmente, como funcionários com contrato firmado (66,70%), munidos de direitos trabalhistas. Outros 16,70% se declararam como servidores públicos. Houve ainda, entre os respondentes, aqueles que destacaram ser diretor ou chefe de serviço de psico-oncologia (3,30%). Cabe chamar a atenção para o crescente número de psicólogos que estão

sendo contratados para trabalhar em oncopediatria, No Brasil, desde o ano de 2014, mediante a Portaria 140/2014, o psicólogo é considerado um dos membros da equipe multiprofissional e multidisciplinar responsável por realizar atividades técnico-assistenciais em regime ambulatorial e de internação, de rotina e de urgência em oncologia. A presença deste na equipe é, inclusive, um dos critérios exigidos para o estabelecimento de saúde ser habilitado em atenção especializada na oncologia.

Além disso, havia profissionais cuja atuação na unidade hospitalar ocorria em função de compromissos de pesquisa ou de ensino-aprendizagem, sendo 19,5% pesquisadores, 16,70% professores supervisores de práticas e 3,30% residente. A presença de pesquisadores em serviços oncológicos favorece expandir a investigação sobre aspectos psicossociais e intervenções psicológicas no tratamento do câncer infantil, fornecendo maiores subsídios para a capacitação e a atuação dos profissionais, o que atende ao alerta de Kazak e Noll (2015) acerca da necessidade de mais pesquisas na área. A Tabela 4 resume os dados relativos ao contexto institucional de trabalho dos participantes.

Tabela 4 - Características das instituições e tipo de vínculo de trabalho dos participantes.

Variável	Categoria	Brasileiros	Estrangeiros	Geral
Tipo de Instituição	Hospital especializado em câncer	69%	53%	60%
	Hospital pediátrico	15%	53%	36,70%
	Hospital universitário/escola	15%	12%	13,30%
	Hospital geral	08%	12%	10%
	Centro de tratamento oncológico	0,0%	18%	10%
	Hospital especializado em outros tratamentos	08%	06%	6,70%
	Outros	0,0%	06%	3,30%
Vínculo empregatício	Contrato	69%	65%	66,70%
	Pesquisador	15%	35%	26,70%
	Servidor público	08%	24%	16,70%
	Professor(a)/Supervisor(a) (preceptor(a)	15%	18%	16,70%
	Residente	08%	0,0%	3,30%
	Outros	0,0%	06%	3,30%
Sistema do serviço hospitalar	Particular filantrópica	62%	24%	40%
	Pública estadual	15%	29%	23,30%
	Pública federal	15%	18%	16,70%
	Particular lucrativa	0,0%	24%	13,30%
	Pública municipal	0,0%	06%	3,30%

4.1.4 Estrutura de funcionamento do trabalho dos psicólogos em oncologia pediátrica

Em relação ao tempo de experiência dos participantes em psico-oncologia pediátrica, mais da metade deles (56,70%) atuavam nesse contexto há um período máximo de cinco anos. Os demais somavam um período de trabalho compreendido entre seis e dez anos (26,70%) ou superior a uma década (16,70%). Esse interesse e inserção profissional recentes de psicólogos em serviços de atenção ao câncer infantil, em especial dos profissionais brasileiros, possivelmente decorre de ser a psico-oncologia uma área relativamente recente de especialização. A oferta de cursos de pós-graduação ou de atualização profissional em psicologia hospitalar ou, especificamente, em psico-oncologia tem crescido nos últimos anos e, mesmo em nível de graduação, tem aumentado a oferta de disciplinas obrigatórias relacionadas à psicologia da saúde/hospitalar (Borges & Soares, 2019). Ademais, observa-se um aumento de pesquisas sobre os efeitos do tratamento oncológico sobre a qualidade de vida das crianças, destacando cada vez mais a importância do saber e das práticas do psicólogo nesse campo (Coughtrey et al., 2017; Kazak & Noll, 2015).

No período da coleta de dados, dez participantes (33,30%) afirmaram ser o único profissional de psicologia atuante no hospital ao qual estavam vinculados, enquanto os outros respondentes assinalaram compor serviços de psicologia integrados por um número de 2 a 4 (36,70%), 5 a 7 (20%) ou mais de 10 psicólogos (10%). Isso evidencia que a quantidade de psicólogos inseridos em muitos hospitais ainda se mostra limitada, por vezes havendo um único profissional da área responsável pelos atendimentos em diferentes setores da instituição. Em oncologia, a sobrecarga de atividades aliada ao fato de lidar cotidianamente com situações de agravamento da doença e morte pode predispor o profissional a um desgaste emocional, como tem sido verificado com médicos e enfermeiros que trabalham em oncopediatria e mostram altos níveis de estresse ou mesmo sintomas da síndrome de *Burnout* (Dos Santos & Dos Santos, 2015; Yates & Samuel, 2019).

No que se refere ao local específico dos hospitais em que os atendimentos psicológicos se davam, 86,70% dos respondentes afirmaram atuar a beira do leito, nas enfermarias. Além disso, para atendimentos que requeriam maior privacidade, também eram utilizadas a sala do serviço de psicologia (56,70%), salas de atendimento compartilhadas pela equipe de saúde (50%) e salas destinadas a procedimentos médicos (23,30%). Em menor frequência, houve menção ainda a atuação em salas de espera (36,70%), em ambientes de recreação ou em brinquedotecas (33,30%), no próprio domicílio dos pacientes (6,70%) e em salas de quimioterapia (3,30%). Verifica-se, portanto, que a atuação do psicólogo em contexto

hospitalar pode ocorrer em diversos locais da instituição, não se prendendo a necessidade do uso de salas privativas. Ao contrário, os atendimentos ocorrem onde os pacientes estão, na maior parte das vezes nas próprias enfermarias, junto aos pacientes que estão acamados (Mosimann & Lustosa, 2011). A Tabela 5 apresenta os dados referentes às condições e modos de trabalho dos psicólogos participantes da pesquisa nas instituições hospitalares as quais estavam vinculados.

Tabela 5- Condições de trabalho dos participantes

Variável	Categoria	Brasileiros	Estrangeiros	Geral
Tempo de atuação no campo	01-02 anos	46%	12%	26,70%
	03-05 anos	23%	35%	30%
	6-10 anos	23%	29%	26,70%
	Mais de 10 anos	08%	24%	16,70%
Número de psicólogos na instituição	Somente 1	15%	47%	33,30%
	2 a 4	46%	29%	36,70%
	5 a 7	38%	06%	20,00%
	Mais de 10	0,00%	18%	10,00%
Local dos atendimentos	Enfermaria, a beira do leito	85%	88%	86,70%
	Sala de uso da psicologia	46%	65%	56,70%
	Sala de uso comum da equipe	54%	47%	50,00%
	Sala de espera	54%	24%	36,70%
	Sala de recreação/brinquedoteca	46%	24%	33,30%
	Sala de procedimentos médicos	08%	35%	23,30%
	Domicílios	0,00%	12%	6,70%
	Sala de quimioterapia	08%	0,00%	3,30%

Como mostra a Tabela 6, as intervenções realizadas pelos psicólogos com as crianças em tratamento de câncer ocorriam, para 83,30% deles, durante a internação hospitalar em geral. Ademais, 76,70% afirmaram exercer ações em nível ambulatorial, 66,70% realizavam atendimentos em cuidados paliativos, 73,30% acompanhavam os pacientes após remissão da doença e 13,30% atendiam na internação domiciliar. Em termos de ações mais específicas, os participantes relataram intervir durante a quimioterapia e/ou radioterapia (73,30%), em tratamentos cirúrgicos (53,30%), na comunicação do diagnóstico oncológico (53,30%) e durante o processo de transplante de células hematopoiéticas (3,30%). Esses dados mostram, como ressaltado na literatura, que as práticas dos psicólogos hospitalares ocorrem em ambientes variados, mas estão, em grande medida, atreladas ao atendimento nas próprias enfermarias, quando os pacientes necessitam permanecer internados para receber cuidados específicos do ambiente hospitalar (Da Costa, Tarabay, Antunes & Nakamoto, 2009; Scannavino et al., 2013).

Tabela 6- Contextos de intervenção dos participantes junto a crianças/adolescentes com câncer

Categoria	Brasileiros	Estrangeiros	Geral
Internação hospitalar em geral	85%	82%	83,30%
Acompanhamento ambulatorial	77%	76%	76,70%
Acompanhamento após remissão do câncer	85%	65%	73,30%
Cuidados paliativos	77%	59%	66,70%
Radioterapia e/ou quimioterapia	77%	76%	76,70%
Tratamentos cirúrgicos	77%	35%	53,30%
Comunicação do diagnóstico oncológico	69%	41%	53,30%
Internação domiciliar/homecare	08%	18%	13,30%
Transplante de células hematopoiéticas	08%	0,00%	3,30%

4.2 Práticas do Psicólogo em Oncopediatria

O levantamento das diferentes formas com que os profissionais de psicologia trabalhavam com as crianças com câncer ocorreu levando em consideração objetivos e procedimentos característicos de avaliação e de intervenção psicológicas, entendidas como momentos caracterizados prioritariamente pela busca de informações ou do alcance de finalidades terapêuticas.

Primeiramente, é preciso esclarecer que a faixa de idade das crianças e jovens atendidos pelos psicólogos participantes era bem abrangente (Tabela 7). Ia desde bebês e crianças menores de cinco anos (70%) até pacientes acima de 15 anos (63,30%), incluindo principalmente crianças em idade escolar, de 6 a 10 anos (86,70%). De fato, o câncer infantojuvenil corresponde ao público de 0 a 19 anos de idade, o que gera a necessidade de os profissionais estarem preparados para realizarem atendimentos adequados a variadas faixas etárias (American Cancer Society, 2017; Instituto Nacional De Câncer, 2018).

No entanto, é importante frisar a importância de considerar não somente a idade cronológica dos pacientes, levando em conta, sobretudo, o nível de desenvolvimento cognitivo, de modo a adequar as intervenções aos seus interesses, necessidades e possibilidades de compreensão das informações e de interação social. O público acima dos 15 anos costuma apresentar o pensamento formal, o que os capacita a melhor compreender a doença e o tratamento, tornando-os, possivelmente, mais colaborativos. Já uma criança de seis anos, no estágio piagetiano das operações concretas, é mais provável de apresentar comportamentos não colaborativos durante, por exemplo, as sessões de quimioterapia, o que pode dificultar o procedimento ou mesmo aumentar o risco de lesões.

Tabela 7- Faixa etária dos pacientes atendidos pelos participantes

Categoria		Brasileiros	Estrangeiros	Total
0-5 anos	%	77%	65%	70%
6-10 anos	%	92%	82%	86,70%
11-15 anos	%	62%	76%	70%
Acima dos 15 anos	%	62%	65%	63,30%

4.2.1 Avaliação psicológica: focos e procedimentos

Antes de se propor qualquer intervenção psicossocial, é de suma importância que o psicólogo realize uma avaliação da criança, seja através de anamneses ou triagens, para levantar as queixas norteadoras de suas ações. A avaliação serve para melhor compreender as características da criança e sua dinâmica familiar, identificar os aspectos psicossociais envolvidos em cada caso específico, de modo a orientar o objetivo do trabalho a ser desenvolvido junto ao paciente e a seus familiares. Como explica uma das profissionais entrevistada:

Bom, eu primeiro faço uma anamnese para entender um pouquinho dos recursos de enfrentamento dela [criança], qual o lugar que ela ocupa na família, como está o desenvolvimento emocional dela, se está a par com o desenvolvimento cognitivo, e como ela está enfrentando esse adoecimento, e aí, a partir dessa anamnese, eu procuro o que ela me traz de demanda principal [...] depois eu pergunto para a criança, o que ela está fazendo aqui, por que ela está aqui, o que mais gosta daqui, com que ela está e vou explorando mais um pouquinho do universo dela naquele momento (Moana)

As entrevistadas esclareceram que procedimentos avaliativos faziam parte da rotina de trabalho em enfermaria e em ambulatório, funcionando como uma triagem psicológica para identificar aspectos emocionais e comportamentais da criança a serem alvo de melhor observação ou de intervenções a partir de suas demandas e necessidades, tendo essas intervenções caráter preventivo ou remediativo em saúde mental. Em suas palavras: “*Primeiro eu faço um acolhimento e uma avaliação de algumas demandas que podem estar latentes no momento da internação*” (Dori); “[...] *os casos novos chegam, mesmo se na enfermaria não tem demanda, eles são encaminhados para o ambulatório para uma avaliação*” (Boto Rosa); “[...] *faço uma triagem psicológica com ele e o acompanhante, faço um levantamento de demandas psico naquele momento*” (Pocahontas).

Nas avaliações psicológicas assinaladas pelos participantes no questionário, a quase totalidade deles relataram investigar o suporte e as relações familiares das crianças (96,70%), como apresentado na Tabela 8. Nesse aspecto, Madan-Swain e Hinds (2015) reforçam a importância da avaliação da relação familiar, destacando que o diagnóstico do câncer na criança

costuma afetar os familiares e a dinâmica do grupo familiar. Segundo essas autoras, cerca de um quarto dos familiares apresentam dificuldades psicossociais significativas durante o tratamento, as quais estão relacionadas com antecedentes psiquiátricos e com recursos financeiros, pessoais e ambientais insuficientes. Tudo isso influencia na forma com que estes agem com a criança. Por conseguinte, é de suma importância compreender o contexto familiar da criança, de modo a levantar as suas necessidades e buscar manejá-las com estratégias pertinentes.

Tabela 8- Aspectos abordados pelos participantes na avaliação de crianças com câncer

Categoria	Brasileiros	Estrangeiros	Geral
Relações e suporte familiar	92%	100%	96,70%
Sinais ou sintomas de ansiedade	100%	88%	93,30%
Alterações comportamentais	100%	76%	86,70%
Sinais ou sintomas de depressão	92%	76%	83,30%
Significados atribuídos a doença/tratamento	77%	82%	80,00%
Modos de enfrentar a doença/tratamento	92%	65%	76,70%
Pensamentos e crenças	62%	82%	73,30%
Níveis de estresse ou distresse	69%	76%	73,30%
Crescimento e desenvolvimento	62%	59%	60,00%
Vida escolar	54%	65%	60,00%
Valores e práticas culturais e/ou religiosas	69%	53%	60,00%
Percepção de dor	62%	53%	56,70%
Relações interpessoais fora do âmbito familiar	54%	53%	53,30%
Funcionamento neurológico e cognitivo	46%	53%	50,00%
Outros	0,00%	06%	3,30%

Em estudo conduzido por Erker et al. (2018) com crianças com câncer e seus irmãos, os autores concluíram que as relações familiares sofreram comprometimento maior quando os níveis de depressão entre os participantes estavam elevados ou ainda quando o paciente era do gênero feminino, mais jovem, apresentava alto nível de ansiedade ou possuía o diagnóstico para leucemia ou linfoma. Já Kolhsdorf (2008), em seu estudo sobre estratégias de enfrentamento utilizadas por cuidadores de crianças com câncer, destaca a importância de compreender a vivência dos cuidadores durante o tratamento, para que o planejamento das intervenções torne possível reduzir os riscos psicossociais tanto para a criança quanto para membros da sua família.

Houve ainda menção significativa a avaliação de sinais ou sintomas de ansiedade nos pacientes (93,30%), além de alterações comportamentais associadas ao adoecimento (86,70%). Conforme Pao e Kazak (2015), a ansiedade caracteriza-se como uma reação emocional comum a estressores do cotidiano e a incerteza, porém passa a ser considerada problemática quando sua

intensidade e sua duração começam a afetar a qualidade de vida. Para essas autoras, é importante monitorar os níveis de ansiedade de crianças e adolescentes com câncer, de modo a identificar se é um quadro prévio ao tratamento ou se é reflexo do mesmo. Em segundo lugar, é preciso ter em vista que níveis elevados de ansiedade podem afetar a percepção de dor, a adesão aos tratamentos e a habilidade do paciente para enfrentar a doença.

Myers (2013) conduziu um estudo prospectivo com crianças com Leucemia Linfóide Aguda (LLA), avaliando sintomas de depressão, ansiedade e alterações comportamentais, considerou que os níveis de ansiedade eram significativos entre as crianças mais jovens no primeiro mês após o início do tratamento, mas que reduzia no primeiro ano de tratamento. Já os níveis de depressão ficaram elevados durante o primeiro ano de tratamento da doença. Ademais, os altos níveis de ansiedade e depressão entre as crianças se mostraram associados a problemas comportamentais, tais como a não colaboração em procedimentos médicos e dificuldades para dormir. Como conclusão, constata-se que altos níveis de depressão e ansiedade podem levar a uma pobre qualidade de vida de crianças com câncer não só durante, mas também após o seu tratamento (Pao & Kazak, 2015).

Comparando os psicólogos brasileiros e estrangeiros, foi possível notar uma ênfase maior dos psicólogos estrangeiros em avaliar as relações familiares das crianças com câncer, enquanto os brasileiros buscavam sobretudo avaliar sintomas de ansiedade e alterações comportamentais nas crianças. Ou seja, as avaliações feitas pelos psicólogos brasileiros eram voltadas principalmente para o estado emocional e reativo da criança, já para os estrangeiros a avaliação voltada para o contexto da criança mostrou-se ainda mais importante. Como afirma Kazak et al. (2015) tanto a criança quanto seus cuidadores familiares precisam ser avaliados para não acentuar o sofrimento psíquico durante a difícil trajetória do câncer.

As avaliações, como pode ser observado na Tabela 9, eram feitas predominantemente mediante estratégias de observação direta do comportamento das crianças (76,70%), aplicação de escalas, inventários ou questionários (53,30%) ou entrevistas com uso de recursos lúdicos (53,30%). De modo mais específico, um participante relatou utilizar o Patient-Reported Outcome (PROM), enquanto um outro disse realizar entrevista clínica com uso de uma versão adaptada da escala *Home Education Activities Drugs Suicidality and Sex* (HEADSS), instrumento que avalia como o adolescente interage em diferentes contextos, como em casa, na escola, em atividades do cotidiano ou ocupacional, se faz uso de drogas, tendências suicidas e vida sexual. Dentre as entrevistadas, a psicóloga Dori relatou fazer uso do registro das emoções, recurso desenvolvido por Caminha e Caminha (2010) para monitorar o estado emocional da

criança. Em suas palavras: “*Geralmente eu deixo uma folha tipo um diário das emoções onde a criança coloca como ela se sentiu durante o dia, o foco nas emoções como tristeza, raiva e preocupação, e foco nos problemas que fizeram surgir essas emoções*”. (Dori)

Tabela 9- Técnicas de avaliação psicológica utilizadas pelos participantes

Categoria	Brasileiros	Estrangeiros	Geral
Observações do comportamento da criança/adolescente	92%	65%	76,70%
Escalas, inventários ou questionários	31%	71%	53,30%
Entrevistas com uso de recursos lúdicos	85%	29%	53,30%
Entrevistas sem uso de recursos lúdicos	15%	47%	33,30%
Testes psicológicos objetivos (motores, psicofisiológicos, cognitivos)	08%	35%	23,30%
Testes psicométricos	08%	24%	16,70%
Testes psicológicos subjetivos	0,00%	24%	13,30%
Testes projetivos	08%	12%	10,00%
Outros	0,00%	12%	6,70%

A observação do comportamento, seja ela sistemática ou assistemática, pode ser utilizada para auxiliar no levantamento e compreensão das demandas psicossociais da criança, o que reduz a necessidade da aplicação de um instrumento psicométrico. Por esse método, o psicólogo observa o padrão de comportamentos do paciente e busca compreender as variáveis associadas aos modos deste agir, respaldando as conclusões em seu referencial teórico (Dittrich, Strapasson, Da Silveira, & Abreu, 2009). Como exemplo, Amaral (2010) conduziu um estudo com duas crianças com LLA para avaliar os efeitos de um programa educativo que tinha a análise do comportamento como referencial, visando avaliar comportamentos de adesão e concorrentes durante o procedimento de quimioterapia. A autora gravou os procedimentos e fez uso da *Observation Scale of Behavioral Distress* para verificar a frequência de comportamentos de adesão e concorrência no momento do procedimento médico, antes, durante e após a intervenção educativa. A autora concluiu que as duas crianças emitiram comportamentos de adesão com mais frequência durante a intervenção, porém isso não se manteve após a intervenção.

Como evidenciado na Tabela 9, foi possível notar que, comparativamente aos brasileiros, uma quantidade mais expressiva de psicólogos estrangeiros (75%) utilizava escalas, inventários e questionários. Ademais, todos os estrangeiros afirmaram aplicar testes psicológicos. Como ferramentas avaliativas foram apontadas as seguintes: *Distress thermometer*; Escala de *Distress* Psicológico de Kessler, de 10 itens (K-10); *Psychosocial*

Assessment Tool (PAT), na versão 2.0, que permite avaliar o nível de distresse; *9-item Patient Health Questionnaire* (PHQ-9), usado para avaliar sintomas de depressão; *KLIK PROM*, instrumento para monitorar a saúde e bem estar; *Mood and Feeling Questionnaire*, que avalia o humor e o que o paciente está sentindo; *Kidcope* que avalia estratégias de enfrentamento da criança; e a Escala de Avaliação da Dor Faces de Wong-Baker, que avalia a percepção de dor da criança.

Os instrumentos padronizados tendem a ser utilizados com objetivos mais clínicos e de diagnóstico, constituindo um método para identificar e quantificar as demandas que a criança possa estar apresentando no momento do tratamento (Kazak et al., 2015). O uso destes instrumentos é importante, pois dão respaldo quantitativo ao trabalho do psicólogo, como também servem como termômetro acerca da eficácia da intervenção realizada. No entanto, a construção e validação desses instrumentos na área da oncologia pediátrica ainda são escassos e possuem limitada comprovação científica sobre a sua eficácia devido ao limitado número de ensaios clínicos randomizados (Kazak et al., 2015).

Foi possível também notar que os brasileiros (68,8%) faziam mais uso de recursos lúdicos para conduzir as suas intervenções. No que diz respeito as entrevistas lúdicas, Trapiá, Trapiá, Usui, Hammoud & Coelho (2012), apontam que a criança e o adolescente muitas vezes carecem de estratégias para esclarecer suas demandas e para externalizar aquilo que os faz sofrer, não sabendo empregar as palavras ou evidenciar seus sentidos. Porém, com a atividade lúdica e o auxílio do psicólogo, é possível que o paciente expresse a sua angústia e limitações no ato de brincar. Além de servir como um recurso avaliativo, a atividade lúdica permite que a criança hospitalizada com câncer vivencie momentos de prazer e que tenha preservado o seu desenvolvimento socioemocional (Del Pino & Pereira, 2017).

Chari, Hirisave e Appaji (2013) conduziram uma pesquisa com uma criança de 4 anos com LLA utilizando o *Teddy Bear's Picnic* (TBP), recurso lúdico que avalia a percepção que a criança tem de si e do outro, para avaliar o seu ajustamento durante o tratamento, antes e depois de 20 sessões de ludoterapia não diretiva. Através do recurso lúdico, puderam perceber que, após a intervenção, a paciente demonstrou mais recursos positivos, como percepção positiva de outros, do que negativos, incluindo desconfiança nas pessoas.

4.2.2 Intervenções psicossociais: objetivos, estratégias e recursos

Como mostram os dados acima apresentados, após uma avaliação psicológica, ainda que breve e focal, o profissional terá melhores condições de definir o objetivo do seu trabalho

com a criança. Assim, poderá selecionar, dentre o arsenal de estratégias e recursos possíveis, quais utilizar, como também definir de que forma irá desenvolver a sua intervenção, se irá, por exemplo, fazer uso de recursos lúdicos ou não. Em relação aos objetivos de suas intervenções em oncologia pediátrica, apresentados na Tabela 10, os participantes sinalizaram que suas práticas visavam principalmente acolher os sentimentos e pensamentos das crianças (93,30%), auxiliá-las a compreenderem a doença e os tratamentos correspondentes (90%) e reduzir seus níveis de ansiedade ou depressão (86,70%).

Tabela 10- Objetivos do atendimento a crianças/adolescentes com câncer na prática profissional dos entrevistados

Categoria	Brasileiros	Estrangeiros	Geral
Acolher sentimentos e pensamentos	100%	88%	93,30%
Ajudar a compreender a doença e/ou o seu tratamento	92%	88%	90,00%
Reduzir níveis de ansiedade ou depressão	85%	88%	86,70%
Melhorar a comunicação com familiares	85%	82%	83,30%
Ajudar a lidar com estressores associados à internação	100%	71%	83,30%
Reduzir medos ou preocupações	77%	82%	80,00%
Melhorar a comunicação com a equipe de saúde	85%	76%	80,00%
Facilitar a adesão ao tratamento	92%	59%	73,30%
Melhorar o autoconceito, a autoestima ou a autoimagem	92%	59%	73,30%
Proporcionar espaços de fala sobre a vivência de câncer	92%	59%	73,30%
Potencializar recursos positivos (otimismo, resiliência)	69%	65%	66,70%
Preparar para intervenções cirúrgicas	85%	35%	56,70%
Favorecer o desenvolvimento infantil mediante o lúdico	69%	47%	56,70%
Preparar para exames médicos	69%	35%	50,00%
Ajudar a lidar com questões relacionadas à vida escolar	46%	41%	43,30%
Preparar para a alta hospitalar	46%	35%	40,00%
Preparar para a admissão hospitalar	38%	29%	33,30%
Outros	0,00%	18%	10,00%

O esforço dos profissionais em proporcionar às crianças um ambiente de acolhimento frente a delicadeza e fragilidade de seus quadros clínicos evidencia a preocupação destes em contribuir para a humanização da assistência hospitalar em oncopediatria. De acordo com o Ministério da Saúde (2006), o acolhimento é um importante componente da Política Nacional de Humanização (PNH) e implica no profissional adotar uma postura ética, voltada para compreender e aceitar o outro, sem julgamentos, atendendo-o de forma digna e em sua integralidade.

Acerca dos sintomas da depressão e ansiedade, Pao e Kazak (2015) esclarecem que é comum crianças e adolescentes apresentarem quadros dessa natureza durante o tratamento de câncer. Quando em altos níveis, tanto a ansiedade como a depressão podem gerar prejuízos

psicossociais para os pacientes. A ansiedade pode se manifestar, por exemplo, na dificuldade da criança em se separar da sua mãe (ansiedade de separação) e nas sessões de radioterapia. Entre adolescente, embora raro, é possível a ocorrência de pensamentos suicidas, o que pode estar relacionado ao sentimento de culpa por gastos financeiros ou pelo sofrimento emocional dos pais (Recklitis, Lockwood, Rothwell, & Diller, 2006). Meyers et al. (2014), em estudo sobre ansiedade e depressão em crianças com LLA, constataram que a ansiedade se mostrava problemática imediatamente após o diagnóstico da doença, já os pacientes que apresentavam altos níveis de depressão também exibiam comportamentos não colaborativos pelo período mínimo de um ano. As crianças latinas ou de contextos sociais vulneráveis foram identificadas como grupos de risco.

De modo menos frequente, os participantes também assinalaram que trabalhavam questões relacionadas à vida escolar (43,30%) com às crianças e jovens durante o período de internação hospitalar. De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (Senado Federal, 2017), é direito de toda criança ter acesso à educação, porém, durante o tratamento oncológico, muitas vezes ela precisa ser afastada desse ambiente. Com o objetivo de garantir esse direito, existe uma política pública de classes hospitalares (Brasil, 2002), que assegura que a criança dê continuidade ao seu processo de escolarização na instituição de saúde até ser possível, ao término do tratamento, ela ser reinserida na instituição escolar.

Em pesquisas conduzida por Moreira (2002) e Lahteenmaki et al. (2002) sobre a reinserção de crianças com câncer no ambiente escolar, ficou evidente o quanto este pode se constituir em um momento estressante para elas. Ao retornarem, as crianças se deparam com a necessidade de lidarem com reações a mudanças na imagem corporal, tendem a apresentar pobre repertório de habilidades sociais e algumas até mostram comprometimento acadêmico. Esses aspectos podem fazer com que a criança se isole, desenvolva algum sofrimento psicológico ou culmine em evasão escolar. A atuação do psicólogo, nesse sentido, é de suma importância, pois ele é capaz de intervir em questões psicossociais que surgiram por conta do tratamento, favorecendo uma reinserção mais adaptativa da criança e melhor qualidade de vida.

Embora mencionada em menor escala pelos participantes, a preparação para a admissão hospitalar é capaz de produzir efeitos positivos na experiência de hospitalização, como favorecer a adesão da criança a procedimentos invasivos e ajudá-la a apresentar estratégias de enfrentamento mais funcionais. O número limitado de psicólogos que afirmaram realizar esse objetivo pode estar relacionado ao fato de não haver ainda uma sistematização adequada a esse

respeito na literatura, que seja capaz de destacar modelos e efeitos da preparação sobre a adaptação das crianças em hospitais (Doca & Costa Junior, 2007).

As intervenções psicossociais mais utilizadas pelos profissionais no trabalho com crianças com câncer, conforme suas próprias indicações apresentadas na Tabela 11, foram: psicoeducação (83,30%), suporte psicológico e acolhimento (73,30%) e uso de desenhos/pinturas (70%). Na psicoeducação, enquanto uma prática psicossocial, o psicólogo, em reforço a ação de outros profissionais, poderá oferecer ao paciente e a sua família informações ou esclarecimentos sobre, por exemplo, a doença, os procedimentos a que ele será submetido e os efeitos colaterais da medicação (Liberato & Carvalho, 2008a; Viet & Barros, 2008). Isso costuma ocorrer mediante trocas verbais, com ou sem uso de folhetos, livros ou recursos lúdicos.

Tabela 11- Intervenções psicossociais utilizadas em crianças/adolescentes com câncer

Categoria	Brasileiros	Estrangeiros	Geral
Psicoeducação	85%	82%	83,30%
Suporte psicológico e acolhimento	100%	53%	73,30%
Desenhos/pinturas	100%	47%	70,00%
Habilidades sociais	62%	71%	66,70%
Ludoterapia não-diretiva	92%	41%	63,30%
Exercícios de respiração	46%	76%	63,30%
Técnica de relaxamento muscular	46%	71%	60,00%
Higiene do sono	46%	71%	60,00%
Resolução de problemas	62%	53%	56,70%
Distração	54%	53%	53,30%
Psicoterapia breve	62%	47%	53,30%
Exercício de imaginação	46%	53%	50,00%
Ludoterapia diretiva	77%	24%	46,70%
Mindfulness	15%	53%	36,70%
Grupo de atividade/apoio	31%	29%	30,00%
Hipnose	15%	35%	26,70%
Grupo psicoeducativo	31%	24%	26,70%
Dramatizações e encenações	23%	24%	23,30%
Psicoterapia de grupo	23%	12%	16,70%
Atividades de estimulação motora e cognitiva	15%	12%	13,30%
Realidade virtual	0,00%	06%	3,30%
Outras	0,00%	06%	3,30%

A finalidade dessa estratégia é aumentar o conhecimento e reduzir os níveis de distresse. Além da informação ser um direito do paciente, ela pode, segundo Liberato e Carvalho (2008a), estimulá-lo a ser mais colaborativo, melhorando seus níveis de adesão aos tratamentos, além de

servir como uma forma de “*cuidar de forma preventiva das emoções perturbadoras que emergem quando enfrenta o desconhecido*”, como aquelas que surgem por ocasião de procedimentos médicos (p. 344). Hinds et al. (2000) conduziram um estudo para avaliar os efeitos de uma intervenção educativa com adolescentes recém diagnosticado com câncer. Os autores concluíram que os paciente que receberam a intervenção apresentaram enfrentamento mais adaptativo durante o tratamento.

Amaral, Soares e Gioia (2016) realizaram um estudo com duas crianças, uma menina de 9 anos e um menino de 4, com diagnóstico de LLA, que realizavam quimioterapia ambulatorial. A intervenção, com cunho psicoeducativo, foi conduzida em três sessões utilizando o livro "Estou doente, e agora? Orientações para crianças com câncer". As autoras concluíram que a intervenção teve efeitos positivos no comportamento dos participantes, como a maior frequência de exibição de comportamentos colaborativos, porém essas mudanças não se mantiveram após a intervenção.

As entrevistadas enfatizaram a necessidade, em oncologia pediátrica, de adequar o uso dessa técnica às especificidades do desenvolvimento infantil, como pode ser observado nas falas de duas delas: “(...) *ai eu vou explicando para ela na psicoeducação, no nível de compreensão dela, o que é o tratamento dela, o que está acontecimento com o corpinho dela*” (Moana); “*uma criança mais velha eu consigo explicar um pouquinho mais sobre neutrófilos, plaquetas, esse tipo, mas se a criança tem cinco anos não adianta, é a mesma coisa que você não falar nada*” (Elza).

O suporte psicológico e o acolhimento são intervenções também bastante utilizadas pelos psicólogos em pediatria, incluindo oferta de apoio para ajudar a criança/adolescente a tolerar ou manejar os estressores que lhe causam sofrimento. Acolher pode ser entendido como aceitar a outra pessoa em sua totalidade e validar os seus sentimentos, levando-a a se sentir compreendida e aceita ao ponto de expressar as suas necessidades emocionais, o que pode fortalecê-la para continuar o seu tratamento (Cardoso, 2007).

No caso das intervenções lúdicas com uso de desenhos ou pinturas, o psicólogo possibilita um momento para que a criança desenvolva a sua criatividade e fantasia, ao mesmo tempo em que pode expressar sentimentos relacionados ao adoecimento e tratamentos correspondentes. Alguns benefícios que podem ser notados são maior satisfação da criança com o processo terapêutico, redução dos sintomas de ansiedade e a possibilidade de externalizar os seus anseios no desenho (Kreitler, Oppenheim, & Segev-Shoham, 2012). Ademais, trata-se de uma técnica de baixo custo e de fácil aplicação. Um dos participantes estrangeiros relatou utilizar os desenhos na sua prática devido aos recursos financeiros limitados em seu país.

Comparando as intervenções utilizadas pelos psicólogos brasileiros e estrangeiros, foi possível perceber que esses últimos utilizavam mais intervenções comportamentais, como exercício de respiração (68,40%) e técnica de relaxamento muscular (66,70%) do que os brasileiros, provavelmente devido ao fato de suas práticas serem fundamentadas na TCC. Em estudo conduzido por Reeb e Bush (1996) com 18 crianças com LLA submetidas a punção lombar, foi realizada uma intervenção com técnicas cognitivas, como imaginação guiada, e comportamentais, como relaxamento e autoinstrução. Os autores concluíram que as crianças que receberam tais técnicas apresentaram maior autoeficácia e apresentaram comportamento não facilitador com menos frequência.

Outros dados que chamaram atenção foi o maior uso de *mindfulness* (atenção plena) entre os participantes estrangeiros (81,80%) e a maior frequência de brasileiros que afirmaram utilizar a ludoterapia, tanto não diretiva (63,20%) como diretiva (71,40%). A atividade lúdica, também conhecida como ludoterapia, quando aplicada no ambiente hospitalar, além de oferecer um momento para a criança se divertir e brincar, visa o seu desenvolvimento psicossocial. Essa poderá criar e recriar situações do seu cotidiano, experimentar novas sensações, minimizar o desconforto provocado pela hospitalização e colaborar para o enfrentamento da doença (Lima & Santos, 2015; Santos, Alves, Oliveira, Gomes, Maia, 2017)

A ludoterapia, de fato, permite a criança expressar os seus sentimentos, mesmo quando está em uma instituição hospitalar, além de propiciar um efeito terapêutico que beneficia o seu desenvolvimento socioemocional, pois pode fazer com que haja redução no sentimento de solidão, medo, estresse, ansiedade, cansaço, agitação, impaciência e tensão (Almeida, 2005; Campos, 2017; Garcia-Schinzari, 2014). Pode servir também para motivar o aprendizado, melhorando a saúde física, mental e intelectual da criança hospitalizada (Silva dos Santos et al. 2017).

Em tese de doutorado, Costa (2015) destaca a importância da atividade lúdica para as crianças com câncer. Através dos espaços lúdicos, as mesmas projetam seus conteúdos e suas histórias, dando condições para que o sofrimento psíquico causado pelo processo de adoecimento seja melhor elaborado. Nessa direção, Favara-Scacco, Smirne, Schilirò e Di Cataldo (2001) realizaram um estudo com 32 crianças com diagnóstico de Leucemia, com idade de 2 a 14 anos, candidatas a punção lombar ou a aspiração de medula óssea, que participaram de sessões com uso de técnicas lúdicas derivadas da arte terapia. As autoras concluíram que as crianças que participaram das intervenções desde o momento em que entraram no hospital

exibiram mais comportamentos colaborativos do que as crianças que já se encontravam hospitalizadas antes do início da intervenção.

Como visto na Tabela 11, a ludoterapia era bastante utilizada pelos profissionais, sobretudo pelos que atuavam no Brasil. Nesse tipo de interação com as crianças/adolescentes, os psicólogos faziam uso de diferentes recursos lúdicos, com predomínio dos seguintes: materiais para desenhos e pinturas (86,70%), jogos com regras (76,70%) e brinquedos (em geral) com potencial para estimular a imaginação (70%) (Tabela 12). A esse respeito, Moama relatou:

[...] eu tento fazer por meio de brincadeira, como o desenho mais livre ou através do fantoche, algumas emoções, ou livro. Explorando as emoções, eu vou usando mais essas atividades mais livre [...]. Já com a [criança] de 4 anos, ela já está entendendo o que está acontecendo com ela, aí eu vou usando algum jogo, como jogo de regras. Propor algo que ela consiga projetar ali no momento, eu acho que é isso, desenhos e atividades rotineiras delas. (Moana)

Tabela 12- Recursos lúdicos utilizados pelos participantes nas intervenções com crianças/adolescentes com câncer

Categoria	Brasileiros	Estrangeiros	Total
Material para desenhos e pinturas	92%	82%	86,70%
Jogos com regras	100%	59%	76,70%
Brinquedos em geral	100%	47%	70,00%
Material médico (real ou brinquedo)	85%	47%	63,30%
Contação de histórias, livros ou revistas	62%	53%	56,70%
Vídeos	69%	47%	56,70%
Jogos para uso da criatividade ou imaginação	77%	29%	50,00%
Celular, tablet ou computador	46%	41%	43,30%
Bonecos/fantoches	69%	24%	43,30%
Músicas	31%	29%	30,00%
Material de recorte e colagem	31%	24%	26,70%
Panfletos	15%	12%	13,30%
Outros	08%	18%	13,30%
Vídeo Game	23%	0,00%	10,00%
Realidade Virtual	08%	0,00%	3,30%

Os recursos lúdicos utilizados pelos psicólogos com crianças com câncer servem para estimular as funções cognitivas, desenvolver habilidades sociais e auxiliar na comunicação entre eles. A criança, a depender do estágio atual de seu desenvolvimento, pode não possuir ainda repertório de linguagem o suficiente para verbalizar o que está acontecendo com ela e/ou pode não dispor de recursos cognitivos para compreender adequadamente as situações que está vivenciando devido ao adoecimento. Através dos resultados do uso de materiais para desenhar,

por exemplo, o psicólogo poderá melhor avaliar a autopercepção da criança ou adolescente ou mesmo utilizar deste recurso para realizar uma psicoeducação sobre certos procedimentos médicos (Kreitler, Oppenheim & Segev-Shoham, 2012).

Os jogos, por sua vez, estimulam o desenvolvimento físico, intelectual, afetivo e social da criança. No que se refere aos jogos com regras, esses permitem que a criança aprenda sobre si mesma e a planejar e executar cautelosamente as suas ações (Camargo & Bronzatto, 2015). Em oncopediatria, esses tipos de jogos são de suma importância, pois possibilitam trabalhar com as crianças questões diversas, tal como lidar com perdas e ganhos, o que ocorre constantemente durante todo o tratamento, incluindo perda dos cabelos ou de um membro.

No caso dos psicólogos brasileiros, como mostra a Tabela 12, observou-se maior uso de jogos para a estimulação de criatividade ou imaginação (66,70%) e bonecos ou fantoches (69,20%) em comparação aos psicólogos estrangeiros. Segundo Oliveira (2005), as atividades lúdicas como o uso de desenhos, podem proporcionar momentos divertidos, de estimulação, como também de elaboração de sofrimento vivido durante a hospitalização, conseqüentemente podem auxiliar a criança no enfrentamento do processo de adoecimento e da hospitalização.

Somente um participante estrangeiro relatou utilizar o recurso de realidade virtual em sua prática com crianças. Os avanços tecnológicos das últimas décadas refletem não somente no surgimento de novos quimioterápicos e novas máquinas de tratamento da doença, mas também no surgimento de novas ferramentas capazes de promover o bem-estar de crianças com câncer, o que inclui as máquinas de realidade virtual. Em estudo conduzido por Gershon, Zimand, Pickering, Rothbaum e Hodges (2004), 22 crianças com câncer foram submetidas a uma intervenção de distração com o uso de realidade virtual durante procedimentos de punção venosa. Os autores constataram que essas crianças apresentaram menos dor e menor distresse durante os procedimentos de punção. Malloy e Milling (2010) afirmam a eficácia deste recurso para o controle de dor e distração entre as crianças, porém esclarecem que, por ser um recurso com alto custo e ainda muito novo, nem todos os hospitais o possuem.

Quase metade dos participantes (48,7%) afirmaram fazer uso de instrumentos, programas ou protocolos específicos em suas intervenções em oncopediatria. Os protocolos mencionados foram os seguintes: *Voicing my choices*, um guia que capacita os jovens que vivem com uma doença grave a comunicar à família, amigos e cuidadores como eles desejam ser confortados, apoiados, tratados e lembrados; o *Op koers online* (protocolo de terapia em grupo para crianças, familiares e irmãos, com referencial na Terapia Cognitiva-Comportamental); *Parent Problem solving* protocolo, que visa ensinar aos pais estratégias de

resolução de problemas; *Family Oriented Support* (FAMOS), protocolo cujas intervenções psicossociais domiciliares buscam ajudar as famílias de sobreviventes de câncer infantil a lidarem com problemas psicológicos relacionados à doença; *The Recapture Life*, programa baseado em Terapia Cognitiva-Comportamental; protocolos *op koers, vrienden, pak aan* de origem holandesa, usados para trabalhar ansiedade e prevenção de comorbidades psicológicas; protocolo de triagem psicológica, desenvolvido pelo psicólogo da própria instituição; protocolo de avaliação pré Transplante de Células Tronco Hematopoiéticas, direcionado às crianças, cuidadores e, quando possível, aos doadores; protocolo *SPIKES*, para comunicação de más notícias; protocolo específico de intervenção cognitivo comportamental para crianças com LLA; e Projeto Dodói, que busca facilitar a comunicação, expressão de sentimentos e a integração entre a criança com câncer e a equipe de saúde.

Quaisquer que sejam as estratégias e recursos utilizados, as entrevistadas alertaram que devem ser selecionados de acordo com o interesse e as capacidades das crianças e jovens, bem como devem levar em consideração informações sobre a doença e seu tratamento. Portanto, os psicólogos, ao ajudarem crianças nesse cenário, devem se atentar para o estágio do desenvolvimento cognitivo em que essas se encontram para que possam fazer escolhas adequadas e fornecer informações consonantes com suas capacidades cognitivas.

Bom eu sempre levo em consideração o estágio da doença e o nível de desenvolvimento da criança para escolher as ferramentas corretas para usar com a criança. (Dori)

A primeira coisa que eu levo em consideração é a faixa etária, o nível de desenvolvimento delas também, o tipo de câncer que ela tem, tudo isso vai influenciar na minha prática. (Boto Rosa)

No geral, [considero] a fase do tratamento em que a criança se encontra, o nível escolar, para saber se a criança sabe ler ou escrever, para aplicar alguma escala. A fase de desenvolvimento em que a criança se encontra no momento, essas coisas assim [...]. Como exemplo quando eu vou trabalhar com algum adolescente, a minha linguagem não se infantiliza tanto como eu faço com crianças né, ao falar o que o papai acha, essas coisas. Com adolescentes é uma linguagem quase adulta, é ok, o que o seu pai acha? Onde dói e não a onde está fazendo dodói. (Pocahontas)

[...] eu vou pensar na idade dela, acho que, primeiramente, no desenvolvimento, né, no que ela tem capacidade de entender, dependendo da idade dela de um jeito diferente com uma linguagem diferente, né. (Elza)

[tento] entender quais são as atividades de interesse dela, buscando uma linguagem em comum [...] por causa que o tratamento vai ter efeitos colaterais, penso no seu impacto físico e conseqüentemente emocional nessa criança ou adolescente, e eu sempre penso no prognóstico dela (Elza)

Por fim, é importante ressaltar que, independente das estratégias e recursos empregados pelo psicólogo e de sua intenção em colaborar, nem sempre a criança se mostra disposta a receber seu trabalho, pois ela pode sentir medo ao vê-lo e associá-lo com outros profissionais que realizam procedimentos invasivos e dolorosos. Cabe ao profissional, demonstrar e explicar para a criança que o seu trabalho será conduzido de forma diferenciada dos demais, mas que também está ali para ajudá-la a melhor lidar com seu processo de adoecimento e de tratamento.

[...] eu já tive criança que assim só de entrar ali no quarto de branco a criança já começa a chorar, então é onde eu começo chegando e aviso que sou a [...] da psicologia e só venho conversar e que a tia não vai mexer com você. (Elza)

Algumas costumam chorar quando me vêem de jaleco branco, mas eu logo explico que não irei encostar nela, irei simplesmente conversar e brincar com ela. (Boto Rosa)

De início algumas crianças já choram por que estou de branco e já gritam que não querem mais ser furadas. Depois que elas já têm noção sobre o meu papel ali, já me recebem melhor, com menos medo. (Pocahontas).

A aproximação do psicólogo com a criança requer a construção de um vínculo, também conhecido como aliança terapêutica, Carvalho, Fiorini e Ramires (2015) definem como “*relação positiva e estável entre terapeuta e paciente*” (p. 504), capaz de influenciar nos resultados das intervenções propostas. Com crianças, esta aliança pode ser facilitada mediante o uso de atividades lúdicas diversas, levando em consideração as suas preferências, bem como pela abordagem de temas de seu interesse em uma linguagem que lhe seja familiar (Gadelha & Menezes, 2004). Sobre essa questão, as entrevistadas relataram suas iniciativas para criar vínculo com as crianças por elas atendidas.

Eu acho que tentando entender assim quais são as atividades de interesse dela né, buscando uma linguagem em comum, eu acho que seria é isso, seria o mais o quanto você consegue se aproximar da criança [...]. (Elza)

Eu costumo perguntar para a criança o que ela gosta de fazer, as suas preferências lúdicas, músicas, séries e desenhos, assim levo algum material do gosto dela e tento construir o vínculo com ela. (Dori)

Eu procuro usar uma linguagem bem adequada ao universo dela, se ela gosta de séries ou certos desenhos, tento usar isso ao meu favor para propor alguma intervenção ou ilustrar a minha fala. (Boto Rosa)

Bom, eu procuro saber quais são as preferências lúdicas da criança, o que ela gosta de assistir, fazer, escutar, para me adequar ao mundo dela, e não ela ao meu. Ela já

está internada, com uma baita de doença, já é doloroso, aí eu tento adequar o que eu posso fazer para melhorar a sua qualidade de vida, com o que ela gosta ou sente falta de fazer. (Pocahontas)

Vale ressaltar que uma das participantes, para construir o seu vínculo com o paciente, buscava alinhamento com os pais ou algum profissional da equipe ao qual a criança já estava melhor familiarizada. Segundo ela, “*busco também conhecer os seus acompanhantes, em certos momentos eles são os nossos maiores aliados, como também alguns membros da equipe, talvez a (X) que é fisioterapeuta aqui tem um vínculo legal com a criança*”. (Boto Rosa)

No que se refere a ajudar a criança na compreensão do câncer e de seus tratamentos, Breyer (2015) resalta que é de suma importância ter uma comunicação honesta, aberta e sensível com a mesma. Essa conduta pode levar a criança a sentir maior confiança nos membros da equipe de saúde, diminuindo sua ansiedade e aumentando a emissão de comportamentos facilitadores.

4.3 Atuação do Psicólogo com Outros Adultos nas Intervenções em Oncologia Pediátrica

4.3.1 Trabalho com a família e inserção das mães/pais nos atendimentos psicológicos

Em suas intervenções psicológicas em oncopediatria, um pouco mais da metade dos participantes, como mostra a Figura 6, relataram incluir os pais ou outros responsáveis pela criança nas interações sempre (10%) ou frequentemente (43,33%). Para outros 33,3%, isso só ocorria às vezes, enquanto para os demais a inserção dos pais nas atividades com a criança se dava raramente (10%) ou nunca (3,33%). A participação dos pais, conforme descrição dos participantes, acontecia muitas vezes durante os processos de levantamento de informações e de avaliação da criança, como por ocasião da realização de anamneses. Ademais, os genitores ou outros adultos responsáveis eram chamados a colaborar nas seguintes situações: durante terapia de família ou sistêmica; em atividades de psicoeducação; diante da necessidade de ensinar a eles certas habilidades, como ajudá-los a atuar na mediação de conflitos; quando a criança desejava compartilhar algo com a família diante do profissional; e quando era desejado contar com o auxílio de adultos significativos na comunicação com a criança ou no fornecimento de apoio a ela.

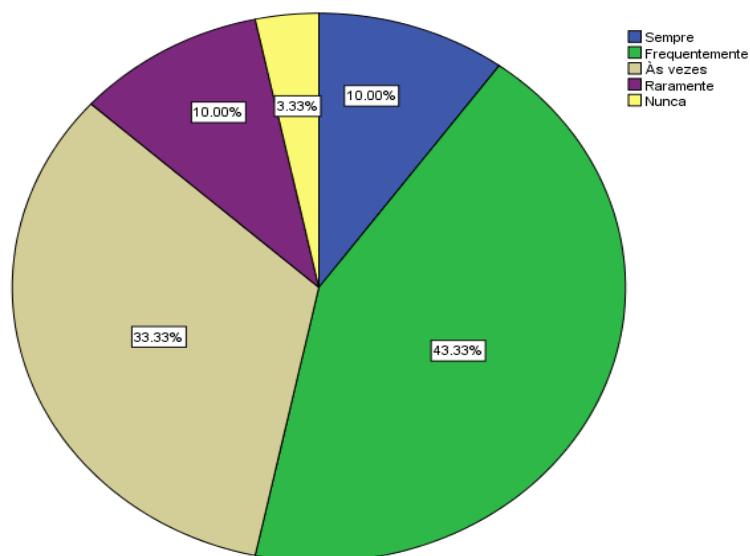


Figura 6- Frequência da participação dos pais nas atividades com os psicólogos

Na atenção pediátrica, destaca-se a importância de incorporar a mãe e/ou o pai sempre que possível no trabalho realizado. Estes, além da função de bons informantes sobre a criança, em geral atuam como figuras de apego, sendo capazes de proporcionar maior segurança e conforto durante a hospitalização e na realização de procedimentos invasivos (Coutinho, Queiroga, & de Souza, 2020). Ademais, com a internação conjunta, assegurada em muitos países, incluindo no Brasil³, os psicólogos podem aproveitar a presença de membros da família no hospital para atuar com foco educativo e preventivo, ajudando-os a agirem de modo a minimizar os efeitos adversos do adoecimento e internação hospitalar sobre o estado emocional e o desenvolvimento da criança. Desse modo, os pais podem também se sentir mais confiantes e capazes de lidar com o filho doente, o que tende a colaborar para reduzir os níveis de estresse deles próprios e lhes dar um maior sentido de competência parental.

De fato, é preciso considerar que os cuidadores familiares, com base no conhecimento e vínculo emocional com a criança, são os atores que poderão melhor conduzir atenção às necessidades emocionais da criança na ausência do psicólogo e no retorno para casa (Do Valle & Ramalho, 2008). No entanto, nem todas as intervenções podem se beneficiar da presença da mãe ou pai, sobretudo quando se requer maior privacidade ou os responsáveis mostram necessidade de melhor preparação para atuarem de modo colaborativo nas intervenções psicológicas.

³ A Lei nº 106/2009, de 14 de setembro, estabelece, em seu Artigo 2.º, que a criança com idade até os 18 anos, internada em hospital ou unidade de saúde, tem direito ao acompanhamento permanente do pai e da mãe, ou de pessoa que os substitua.

No que diz respeito aos dados coletados nas entrevistas, as psicólogas afirmaram inserir os pais em diferentes momentos de suas intervenções, como revelam as categorias nomeadas, descritas e exemplificadas a seguir.

- a) Cuidador como informante. O familiar participava dos atendimentos psicológicos com vistas a fornecer informações sobre a criança, ajudar a esclarecer demandas e ser orientado sobre o tratamento.

Sempre eu deixo os pais estarem na entrevista inicial, tanto no ambulatório quanto na busca ativa na enfermaria ou em algum setor de internação. (Elza)

Bom, no ambulatório, eu costumo chamar os dois para o primeiro atendimento, avalio a demanda e explico a questão do sigilo e como o serviço no ambulatório acontece. (Boto Rosa)

Sempre quando eu vou a primeira vez ao leito a criança já está acompanhada pelo responsável. Quando eu faço a minha triagem, tanto o responsável quando a criança estão junto, então tento coletar dados e demandas com os dois juntos, inicialmente. (Pocahontas)

No ambulatório, eu costumo desenvolver da seguinte forma, primeiro eu chamo, no primeiro atendimento, o cuidador e a criança [...] pergunto para os pais as demandas que eles veem de trabalho pra mim, as expectativas deles pra mim da psicologia né, pro tratamento do filho deles, para vê na perspectiva dos pais o que eles veem, o que eles entendem como demanda. [...] as vezes eu falo com os pais que eles são muito porta-vozes do que elas estão sentindo [...] (Moana)

Sempre quando eu vou no quarto da criança ela está acompanhada pela mãe ou pelo pai ou por alguém da família. Então, sempre quando eu vou criar o meu vínculo com ela ou trabalhar a situação problema ou o que ela me traz ali os pais ficam [...] os pais complementam o que aconteceu, como hoje uma criança falou que ela ficou triste pela manhã, mas não lembrou o que aconteceu, os pais lembram ela, a situação, então eles ficam ali para auxiliar a criança a lembrar o que houve ou o que aconteceu. (Dori)

Devido as crianças terem maturidade cognitiva limitada e, em geral, possuírem poucas informações e habilidades insuficientes para comunicarem acerca do seu tratamento e da própria história, cabe ao cuidador que a acompanha fornecer dados para que o psicólogo possa melhor compreender seu funcionamento antes e após o adoecimento, como também conhecer sua estrutura e dinâmica familiar. Além das entrevistas, alguns instrumentos aplicados com os responsáveis podem ser usados para, por exemplo, levantar informações sobre o comportamento da criança, como o *Child Behavior Checklist* (CBCL). Hostert, Motta e Enumo (2015) utilizaram tal instrumento com os pais de 18 crianças com câncer, com o objetivo de levantar problemas comportamentais antes dessas serem hospitalizadas. De acordo com os relatos dos pais, quase a totalidade das crianças (94,4%) apresentaram problemas

internalizastes, como sentimentos de inferioridade e de não ter valor, ou externalizastes como comportamentos de desobediência em casa ou na escola.

- b) Cuidador como aliado: Os familiares são orientados em relação aos comportamentos e estado emocional da criança e as suas necessidades decorrentes do adoecimento, de modo a agirem de modo colaborativo ao longo do processo de tratamento médico e psicológico. Também são vistos como facilitadores da criação de vínculo entre o psicólogo e a criança.

Ah, e eu treino os pais para fazer algumas intervenções também, como relaxamento e peço para eles decorarem e pedir para a criança fazer quando eu não estou no quarto. (Dori)

Quando também preciso orientar o responsável sobre como nos ajudar com a criança, tanto na questão comportamental ou emocional, eu oriento eles sobre o que eles podem fazer em determinados momentos, e peço que eles me observem para poder repetir o que eu fiz. (Pocahontas)

[...] acho que a gente trabalha mais com a orientação de pais [...] então eu acho que é isso, é mais para orientação, acolhimento, as vezes quando, tem algum notícia, né. (Elza)

Ah, e com crianças mais novas também, bem novinhas, os pais costumam ficar pois a criança não quer ficar sozinha comigo. (Moana)

Considerando que os pais ou outros responsáveis são as pessoas que dispõem de mais tempo com a criança, cabe ao psicólogo educá-los sobre o que podem fazer para auxiliarem seus filhos com câncer no sentido tanto de manejarem seus níveis altos de distresse como de estimularem comportamentos facilitadores no hospital e, posteriormente, em casa. Rodgers et al. (2018), por exemplo, com objetivo de orientar os pais de crianças recém diagnosticadas com câncer, construíram uma *checklist* com tópicos importantes a serem trabalhados, visando que os pais pudessem adquirir informações e habilidades úteis para serem utilizadas durante o tratamento da criança.

- c) Cuidador e criança como alvo conjunto de apoio psicológico. O atendimento é feito com o familiar e a criança com o objetivo de facilitar a compreensão do que é comunicado, ou mesmo para dar apoio após a comunicação.

Mas eu junto de novo [cuidador e paciente] quando tem algo mais específico, por exemplo é uma comunicação de más notícias, pode ser algo que um precisa um pouco mais do outro. (Moana)

Ah outra coisa que eu faço também, quando os pais querem conversar algo com a criança eles pedem para fazer isso comigo perto para esclarecer as dúvidas da criança ou mesmo achando que elas irão ter um surto ou se acabar de chorar se ouvirem algo. (Boto Rosa)

Durante o tratamento da doença, a díade paciente-cuidador pode se ver confusa diante da grande quantidade de informações e outros estímulos que recebem sobre a doença, seu tratamento, o quadro clínico da criança e seu prognóstico. Isso pode gerar insegurança nos genitores/responsáveis, levando-os a questionar o que fazer ou como agir com a criança. O psicólogo, nesse cenário, pode orientar e apoiar os pais, de modo a favorecer que estejam mais seguros frente às informações recebidas, explicando e esclarecendo suas dúvidas. Ademais, poderá auxiliar os pais a melhor compreenderem e lidarem com aspectos emocionais e cognitivos evidenciados pelas crianças em diferentes momentos do tratamento oncológico (Borges, Lima, & Dupas, 2016)

- d) Cuidador como alvo de intervenção psicológica: O foco do atendimento do profissional é estendido ao cuidador, por indicar que necessita de suporte emocional para lidar com a situação de adoecimento vivenciado pela criança no momento. As vezes a criança está linda, sem queixas, mas os pais estão ali, ansiosos, deprimidos, aí eu chamo eles para fazer alguns atendimentos. (Boto Rosa)

De acordo com Kolhsdorf e Costa Junior (2012), mesma sendo a criança a pessoa acometida pela doença, seus cuidadores podem vivenciar sofrimento psicológico intenso durante o trajeto do tratamento e mesmo após o mesmo. O medo de perder o filho ou mesmo a possibilidade de que a doença possa se agravar ou retornar, pode levá-los a apresentar dificuldades emocionais que requerem do psicólogo um trabalho com vistas a melhorar seus níveis de qualidade de vida.

4.3.2 Trabalho multiprofissional com membros da equipe de saúde

No que concerne a intervenção conjunta do psicólogo com outros membros da equipe multidisciplinar, os participantes assinalaram que, no trabalho com as crianças, isso ocorria, principalmente, às vezes, ou seja, com frequência moderada (43,33%). Houve também afirmações de que a inserção de outros profissionais se dava raramente (23,33%) ou nunca (13,33%) e apenas 20% dissertam serem frequentes esse tipo de iniciativa (Figura 7).

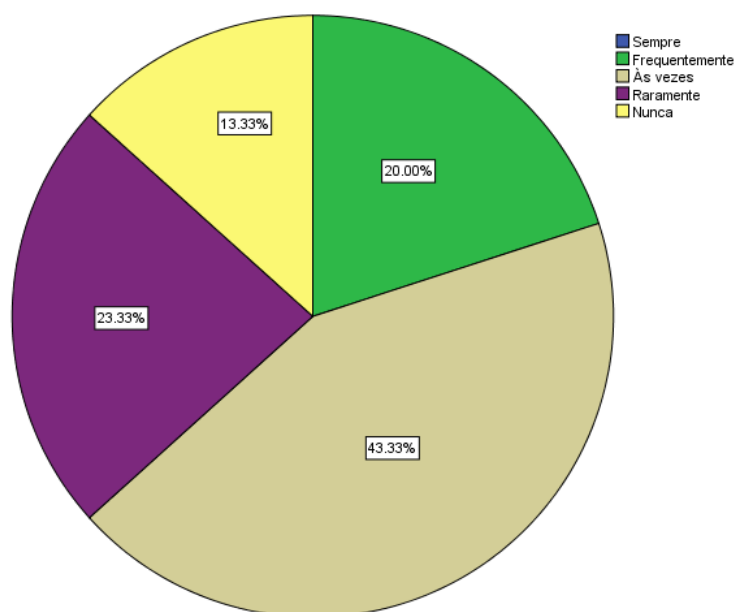


Figura 7- Frequência da participação de outros profissionais no trabalho com os psicólogos

De acordo com os psicólogos, em resposta ao questionário, a participação de outros profissionais ocorria em ocasiões diversas, tais como durante atividades lúdicas; em cuidados paliativos; durante visitas domiciliares e em preparação para a alta hospitalar. Os objetivos elencados foram: conversar ou comunicar más notícias; facilitar a comunicação entre paciente e equipe; manejar o distresse dor ou desconforto por conta de algum procedimento médico; ensinar a equipe modos de manejo de reações emocionais das crianças; favorecer a criação de vínculo com a criança; oferecer modelo de como como agir com a criança; minimizar dúvidas da criança e favorecer a participação do adolescente/criança no plano de tratamento; reforçar, dar seguimento e discutir o que foi trabalhado pelo psicólogo; obter informações específicas do paciente ou compreender melhor os sintomas da criança de acordo com cada especialidade e correlacionar com aspectos psicológicos; e realizar planejamento conjunto de intervenções.

Horlait, Dhane, Belle e Leys (2019) apontam para a importância do envolvimento de outros profissionais nos cuidados oferecidos pelo psicólogo à criança, considerando o potencial dessa atuação conjunta para auxiliar outros profissionais a melhor entenderem as variáveis psicossociais associadas ao processo de tratamento.

Em nível de envolvimento dos profissionais de saúde nos atendimentos com os psicólogos, os conteúdos das entrevistas permitiram elaborar três categorias, que estão nomeadas, descritas e exemplificadas a seguir.

- a) Interconsultor: O psicólogo acessa membros da equipe de saúde para obter e/ou fornecer informações acerca da criança, que possam, de certa forma, influenciar a interação com ela.

Eu acho que a gente sempre tem que saber né mais ou menos o que o outro está trabalhando até pra é trocar uma ideia ou mesmo para passar o que está sendo feito né a gente tem que saber a clínica do paciente, né, que passo do tratamento ela está, como está sendo o acampamento médico dele, é as vezes a TO [terapeuta ocupacional] já está atendendo, ela já aponta atividades de interesse da criança, então você também né pode troca uma ideia ou opiniões também que você achou daquele paciente né. Conto com as pessoas da equipe ou as vezes você quer saber como a criança se comporta durante algum procedimento com algum outro colega que estava presente né. (Elza)

Bom como eu respondi antes né, quando eu quero conhecer melhor a criança eu vou até o profissional. (Boto Rosa)

[...] por exemplo, ele [paciente] tem uma demanda odontológica importante, mas tem uma questão ali emocional também e você vai dando a sua opinião sobre o caso, né, vai dando a sua impressão na verdade sobre o caso com os seus colegas, né. (Elza)

- b) Mediador: O profissional busca auxiliar outros membros da equipe de saúde no manejo do comportamento da criança ou atuar como mediador em caso de conflitos, visando aumentar sua colaboração em procedimentos de outras especialidades.

Ah e quando a criança não quer cooperar com algum outro profissional, eles me chamam para entender e servir como mediadora de conflitos. (Dori)

[...] mas pode acontecer deles me chamarem também para o atendimento deles, quando a criança não está colaborando com algum procedimento ou tarefa, que acontece muito, “Ah (X) vem cá, que (X) não está querendo fazer mais o tratamento”, aí eu vou junto com o profissional, abordo a criança e a família e procuro entender o que está acontecendo e o que está por traz dessa escolha [...]. [...] e sirvo como mediadora com a equipe, ali representando a criança e a família, eu estou aqui por elas. (Boto Rosa)

Na maioria das vezes é quando a criança não está colaborando com o trabalho do colega [...]. As vezes acontece de a criança não querer fazer algum procedimento, ou atividade, aí me chamam para ver o que está acontecendo e para ajudar. Quando a criança se recusa tomar banho, a enfermagem já me chama para ver o que está acontecendo e tentar mudar o comportamento do paciente. (Pocahontas)

[...] quando os profissionais identificam que tem algum componente emocional, a gente vai intervindo junto. Com a nutri[cionista], nós temos uma grande parceria de quando a criança não quer comer, ou passar a sonda. Mas, às vezes, o componente emocional pode atrapalhar ali na conduta do profissional. Com Serviço Social é mais B.O., questões mais sociais, que tem violência, ou cuidador inapropriado. Ou quando o paciente está com um comportamento inadequado, aí a equipe nos chama para entrar junto, né, ou para atender depois. (Moana)

- c) Comunicador: O psicólogo ajuda a anunciar más notícias, participando, por exemplo, em processos de comunicação do diagnóstico, do prognóstico e da impossibilidade de cura da doença.

Sempre para acender ou apagar fogo. Quando eles vão comunicar alguma má notícia, como não há mais o que fazer, ou comunicar sobre a doença. (Dori)

Com os médicos, é em comunicação de más notícias ou diagnóstico. Ou quando explode a bomba ali na comunicação, eles pendem, vai ali e acolhe, em cuidados paliativos eles nos avisam antes para ajudar a abordar. (Moana)

Dentre os psicólogos ouvidos na pesquisa, como mostra a Tabela 13, houve uma prevalência (63,30%) daqueles que afirmaram participar, como membro da equipe multiprofissional, da rotina de trabalhos do setor de oncologia pediátrica desenvolvendo atividades habituais, em geral com base em protocolos pré-estabelecidos, como descrito na fala da entrevistada Dori: *“Sempre quando interna alguma criança nova eu vou até o leito dela [...]. No mais, todos os dias eu faço visitas aos pacientes que estão no leito”*. Uma parcela menor dos participantes relatou que seus atendimentos estavam vinculados principalmente ao recebimento (direto ou via serviço de psicologia) de demandas das equipes de saúde para avaliação psicológica em casos de pacientes específicos (16,70%) ou para realizar algum procedimento em especial, quando uma preparação específica era necessária (3,30%). Esse modelo de trabalho foi ilustrado pelo relato de Boto Rosa: *“Eu trabalho no ambulatório, né, então os casos são encaminhados para mim tanto pela própria equipe de psicologia que atua nos outros setores, ou mesmo pela equipe médica”* (Boto Rosa)

Outras duas psicólogas verbalizaram que recebiam as demandas para atenção psicológica tanto através de solicitações recebidas de membros da equipe de saúde como por meio de busca ativa feita pelo próprio profissional e de triagem psicológica. Em suas palavras:

“Então, aqui a gente atende ou por solicitação ou busca ativa na enfermaria ou na UTI [Unidade de Tratamento Intensivo], no TMO [Transplante de Medula Óssea] para eu começar um atendimento com a criança no momento que eu percebo que ela tem alguma demanda [...]”. (Elza)

Geralmente é por solicitação, aqui no hospital tem um sistema que os profissionais solicitam o serviço de psicologia e escrevem o porquê da solicitação [...]. Ah! Sou chamada também quando algum paciente está tendo alguma dificuldade em se ajustar durante algum procedimento invasivo, como coleta de sangue ou QT [quimioterapia]. [...] Também atendo quando vejo que tem um paciente novo internado, foço uma triagem psicológica com ele e o acompanhante, faço um levantamento de demandas psicos naquele momento [...]. (Pocahontas)

Tabela 13- Esquema dos atendimentos dos participantes

Categoria	Brasileiros	Estrangeiros	Geral
Inserção na rotina de atendimentos	85%	47%	63,30%
Demandas da equipe, com pedido de parecer	15%	18%	16,70%
Realização de procedimentos específicos	0,00%	06%	3,30%
Outros	0,00%	29%	16,70%

Esses dados sinalizam que a maioria dos psicólogos participantes da pesquisa integravam diretamente as equipes oncológicas na rotina de cuidados aos pacientes, sem se limitarem a contatos eventuais para solicitação de parecer, o que possivelmente lhes daria maiores oportunidades de atuação de forma interdisciplinar, com trocas mais constantes e consistentes com outros membros da equipe multiprofissional (Peduzzi, 2001). Horlait, Dhane, Belle e Leys (2019) reforçam a necessidade de integração entre as ações dos profissionais de saúde e destacam a importância do papel dos psicólogos na identificação de aspectos psicossociais atrelados aos tratamentos dos pacientes. É a partir dessa interação cotidiana, com zelo pela interdisciplinaridade, que será possível ampliar o conhecimento da equipe acerca do trabalho do psicólogo em oncologia (Veit, 2008).

De acordo com todas as cinco entrevistadas, uma atuação mais frequente e interdisciplinar do profissional de psicologia nas equipes oncológicas requer um conhecimento mais amplo e realista dos demais profissionais acerca do trabalho do psicólogo no hospital, o que é corroborado por Veit (2008). Uma mudança nesse cenário, segundo elas, exige um investimento do psicólogo, no cotidiano institucional, para evidenciar seu papel e suas contribuições potenciais, desconstruindo o lugar do psicólogo como “*apagador de incêndios*” ou como “*quem apenas conversa*”.

[...] acho que a equipe não tem tanta noção do que o psicólogo pode fazer para contribuir naquele cenário então eu acho que é ta meio cru ainda esse terreno, ele ainda está sendo construindo, tem alguns profissionais que tem uma noção clara, mas nem tanto, mas também é da nossa responsabilidade em mostrar o que é que a gente faz. (Elza)

Olha, ainda é muito limitado, o que eu tenho tentado fazer constantemente é psicoeducar a equipe sobre o que faz a tia da conversa, eu odeio esse termo sabe, sou a psicóloga, e a minha prática vai além da conversa. Eles me chamavam muito antigamente, vai lá e conversa com ciclano, um dia eu dei um basta e fiz uma mini aula de “não é conversa, é atendimento” como todos eles fazem ali. Depois disso ficou raro eles me chamarem para conversar [...]. (Dori)

Para ser bem sincera eu acho ser um pouco ainda limitado, e eu não posso culpar eles tadinhos, as vezes até eu me pergunto “isso é demanda da psicologia?” Mas

assim, nós temos um diálogo bem aberto, quando eles me chamam ou encaminham e eu vejo que não é da minha profissão, eu sempre elogio e agradeço por ter encaminhado, que é importante, e educo sobre o porquê não é demanda minha e sobre como eles mesmo podem proceder com o caso. Mas acho que é isso, é limitado, porque ainda é tudo muito novo né. (Boto Rosa)

Ainda é um pouco limitado para ser sincera, eles sabem para o que me chamar, mas tem certas coisas que eles mesmos podem fazer, não é por que a criança chorou que “ah vamos acionar a psicologia”, seria interessante eles saberem do porquê, talvez seja que a injeção doeu, ou mesmo que “ah, a mãe está chorando”, ser mãe já é difícil, agora mãe de filho oncológico, imagina, né? Então talvez saber melhor o nosso papel ali, não somos bombeiros. (Pocahontas)

[...] eu não sei se eles compreendem bem, ou se tem um espaço e compreensão. Eu acho que eles entendem do sentido bem objetivo, do porquê chamar o psicólogo e quando chamar o psicólogo. Mas o como a gente faz, eu acho que não sei se tem, eu não tenho certeza. (Moana)

Horlait, Dhane, Belle & Leys (2019), tecendo críticas ao trabalho meramente de composição multidisciplinar em oncologia, reforçam a importância da integração entre os profissionais envolvidos nos cuidados ao paciente, em especial no que se refere ao aporte de psicólogos, ressaltados por eles como profissionais capazes de identificar os aspectos psicossociais atreladas a decisões dos planos de tratamento. Uma das entrevistadas relatou dificuldades na sua interação com a equipe, destacando que alguns profissionais eram poucos receptivos em relação ao seu trabalho.

[...] então há dificuldade na receptividade da equipe... eles são receptivos em alguns momentos e em outros nem tanto, as vezes você dá o seu olhar assim e não é bem recebido, ainda mais quando é uma crítica da forma que a equipe está manejando aquilo né, acho que é isso. (Elza)

Por outro lado, as demais psicólogas entrevistadas afirmaram se sentir bem recebidas pelas suas respectivas equipes. De acordo com elas, os profissionais reconheciam a importância dos seus trabalhos, mesmo não possuindo tanto conhecimento a respeito, e elas se empenhavam em facilitar essa aproximação.

Nossa é muito boa sabe, eles reconhecem o meu trabalho aqui dentro, sempre ficam pontuando o quanto sou importante para a equipe, nos dias que eu falto eles ficam doidos! Mas eu percebo que eu pertencço à equipe sabe, consigo ter acesso a todos, e quando eu converso com eles, eles me escutam, e vice-versa. (Dori)

Acho que é bom sabe? Eles me procuram para falar sobre alguns casos, ou eu vou até o médico responsável pelo caso para esclarecer as minhas dúvidas sobre o caso. É muito boa, nós interagimos bem. (Boto Rosa)

Os profissionais daqui até que me recebem bem, eles sempre procuram saber como está o meu atendimento, eles procuram saber se eu poderia auxiliá-los em alguma

conduta que eles irão fazer com a criança, eles são muito solícitos e atenciosos, sabe? (Pocahontas)

Eu acho que tem bastante discussão para a psicologia, eles nos procuram bastante. Fica tão próximo do paciente e da família como ser biopsicossocial, então eu acho a psicologia bem representada, mas em alguns momentos a gente têm que instrumentalizar a equipe nisso, e aí nem sempre sei quando a gente tem abertura com eles. Eu acho que é isso, eu sinto uma representatividade muito boa. (Moana)

Sobre a integração da psicologia no ambiente hospitalar, Azevêdo e Crepaldi (2016) pontuam que a psicologia hospitalar é uma área de prática profissional relativamente nova e, portanto, ainda em franca construção e busca de consolidação. O psicólogo chegou em um contexto institucional até então exclusivo de outros profissionais de saúde, com amplo reconhecimento social e papéis profissionais já bem delimitados. O psicólogo, nesse sentido, busca sua própria identidade profissional em um local de trabalho que exige adaptações importantes no seu fazer cotidiano, sendo preciso primeiro esclarecer isso no âmbito do próprio serviço para ir, com maior segurança e a partir da prática diária, demonstrando o lugar que deseja ocupar e as contribuições que pode oferecer em prol do bem-estar e dos progressos no cuidado aos pacientes e familiares.

4.4 Percepções Sobre o Trabalho do Psicólogo em Oncologia Pediátrica

4.4.1 Avaliação dos resultados da intervenção psicossocial

O desenvolvimento de intervenções psicossociais requer dos profissionais envolvidos verificar se favoreceram alterações emocionais, comportamentais e/ou cognitivas nos pacientes atendidos e em seu ambiente social e se revelaram ser pertinentes e bem adaptadas ao contexto hospitalar. Em dados extraídos das entrevistas, foi possível verificar concepções das psicólogas entrevistadas acerca de como avaliam os resultados de suas intervenções junto a crianças e adolescentes em tratamento oncológico. Nesse eixo temático, foram elaboradas quatro categorias, correspondentes aos diferentes modos de aferição dos resultados de suas práticas.

- a) Observação de alterações emocionais e comportamentais na criança, com maior colaboração em seu tratamento: As psicólogas percebiam que a criança, em função da intervenção, passava a emitir mais comportamentos colaborativos durante procedimentos médicos ou de outros profissionais, como também apresenta uma melhora em seu humor.

[...] ela [criança] está mais relaxada, mais tranquila, mais à vontade. (Elza)

[...] ela [criança] já está apresentando um comportamento mais colaborativo ou funcional. (Pocahontas)

- b) *Feedback* recebido de profissionais de saúde, cuidadores familiares ou da própria criança: A psicóloga recebe da equipe, dos pais e da criança devolutivas sobre os efeitos positivos de seu trabalho no comportamento e estado emocional da criança.

Eu acho que é o discurso dos pais, é muito importante nesse aspecto, principalmente nas crianças menores né, de saber como elas estão, como ela está enfrentando, porque muitas das vezes, por exemplo, é uma criança que está muito ansiosa quando tem que ir para o centro cirúrgico, não é sempre que eu posso subir para acompanhar essa criança para ver como ela está, então é o relatos dos pais, das crianças, né. (Elza)

Bom eu procuro saber com os pais como elas estão agindo em casa e no tratamento, procuro saber também com os profissionais daqui que solicitaram o atendimento para saber se o paciente está se adaptando melhor. Até mesmo com a criança eu pergunto para ela como ela está em comparação de quando ela começou os atendimentos comigo aqui no ambulatório. (Boto Rosa)

O feedback da equipe também, é muito importante, alguns profissionais que haviam relatado problemas com a colaboração do paciente chegam até a mim ou vice e versa e eles me dizem que a criança está fazendo mais, está se alimentando melhor. (Pocahontas)

Através do retorno da equipe ou dos pais, e do paciente mesmo no tratamento e nas suas questões, se ele está mais ajustado. (Moana)

- c) Resultados da aplicação de instrumentos psicométricos específicos para avaliar antes e depois da intervenção: A psicóloga utiliza escala psicométrica para avaliar aspectos comportamentais e emocionais da criança previamente e após a intervenção realizada.

Bom como eu uso a folha do diário das emoções, eu percebo se durante o dia o humor da criança tem melhorado, uso ali como o meu termômetro. (Dori)

Então, quando é paciente que eu já conheço e já acompanhando já faz tempo, eu costumo usar alguma escala que eu já utilizei anteriormente para ver quantitativamente o quanto houve uma melhora no humor. (Pocahontas)

- d) Diminuição da solicitação de atendimento psicológico para a criança: A psicóloga passa a ser solicitada com menos frequência para intervir com a criança.

[...] outra forma é quando a equipe ou a família me chamam com menos frequência, dá para perceber que as coisas estão melhor ali né. (Dori)

O psicólogo ao ser inserido na equipe de cuidados da criança/adolescente deve demonstrar e afirmar o seu lugar, mostrando a eficácia do seu trabalho. Para tanto, o uso de instrumentos de medida mostra-se útil. Em revisão da literatura conduzida por Kazak et al. (2015) sobre formas de avaliação psicossocial utilizada em oncopediatria, os autores levantaram diversas estratégias que podem ser utilizadas para avaliar o humor e os aspectos comportamentais tanto da criança quanto dos seus familiares.

4.4.2 Desafios percebidos da atuação em psico-oncologia pediátrica

Os psicólogos que atuam em contextos hospitalares costumam encontrar diferentes desafios para o exercício de suas atividades, como revela Morais e Andrade (2013). Em oncologia pediátrica não é diferente. A partir dos relatos das entrevistadas, foi possível perceber que todas se deparavam com algum tipo de dificuldade em seus cotidianos de trabalho. Nessa direção, cinco categorias foram elaboradas, a partir do modelo de Badin, relativas a dificuldades no trato com as crianças e com os adultos responsáveis, bem como dificuldades impostas pelas características da rotina hospitalar e decorrentes de suas próprias limitações emocionais frente a situações de dor e terminalidade.

a) Pouca colaboração por parte dos pais em relação aos atendimentos psicológicos: Profissional se ressentiu que alguns pais priorizam os cuidados médicos e não reconhecem a necessidade do cuidado psicológico à criança.

Nossa, a minha maior dificuldade é quando os pais não aderem ao atendimento, alguns acham que “ah, vai lá para conversar! Ou não tem nenhum problema agora, tivemos uma semana boa então tá tudo ótimo”, aí acontece deles não trazerem a criança. É muito angustiante isso, o nosso atendimento não é obrigatório, diferente da consulta médica. É muito angustiante, mas eu anoto tudo no prontuário, ciclano não veio à consulta, depois procuro saber do motivo, vou lá e coloco também, para me respaldar na hora que acontece alguma coisa, tá lá, não veio não foi por conta da psico e sim pela família. (Boto Rosa)

[...] outro problema, pais que não aderem a terapia né. O que é de difícil acesso e que os pais trazem você consegue comer pelas beiradas né. Mas quando não traz né para a terapia ou ambulatório aí eu acho que complica, porque aí eles não deixam dá andamento ao trabalho. (Elza)

É importante levar os pais a compreenderem que os fatores emocionais, sociais, comportamentais e cognitivos relacionados ao tratamento do câncer devem ser adequadamente abordados para se obter o engajamento do paciente e o controle da doença, não se fixando apenas nos fatores orgânicos (Pai & Drotar, 2015). Sobre a importância do envolvimento dos

pais no acompanhamento psicológico, considera-se que, dentro do que aprenderam em nossa cultura, tendem a priorizar o alívio dos sintomas físicos e almejam a cura física. Assim precisam ser estimulados a compreender a relação entre a doença e os aspectos psicológicos. Intervenções educativas, utilizadas no início do tratamento podem auxiliar no fornecimento de informação aos pais, acerca dos aspectos psicológicos envolvidos no processo do tratamento e do acompanhamento psicossocial. É necessário que se desmitifique o tratamento como algo biomédico, valorizando uma compreensão integral (Rogers, et al., 2018).

b) Interferências de procedimentos da rotina hospitalar nos atendimentos psicológicos: Profissional aponta o desafio de ajustar a intervenção psicológica à necessidade de intervenções de outras especialidades, muitas vezes prioritárias, bem como ao efeito do tratamento sobre o comportamento e estado de alerta da criança, que pode não se mostrar fisicamente em condições para o atendimento com o psicólogo.

A minha maior dificuldade é quando eu preciso ter acesso a criança e ela está sendo submetida a algum procedimento ou está com outro profissional. (Dori)

Quando a criança não está muito disposta a realizar alguma atividade ou de conversar, é muito difícil, você sabe que ela pode se beneficiar pelo atendimento, mas por conta de algum enjoo, ou porque tomou morfina ou algum medicamento que dê sono, ela não quer falar ou até mesmo não pode. (Pocahontas)

A Portaria Nº 140, de 27 de fevereiro de 2014, estabelece que os cuidados de qualquer paciente com câncer devem ser realizados de forma multidisciplinar, o que abre espaço para que diversos profissionais da saúde possam ofertar os seus cuidados às crianças. Uma vez inseridos neste contexto, cabe aos profissionais se ajustarem a rotina médica, como também adaptar a sua prática, ou o seu tempo, para que possa realizar a sua função com êxito. Percebendo a pluralidade profissional no campo, espera-se que o psicólogo seja criativo e pense em novas formas de conduzir o seu trabalho.

c) Criança em fim de vida: As profissionais revelaram suas dificuldades pessoais (emocionais e de manejo) para lidar com as crianças quando não há mais tratamento que possibilite a cura da doença, o que a enquadra em cuidados paliativos ou de fim de vida, aumentando a possibilidade de vir a óbito.

Ah e trabalhar com crianças e adolescentes em fim de vida, isso é algo mais pessoal sabe? Fico triste e vejo que isso me afeta, sabe? (Dori)

Outra coisa que é difícil também é trabalhar essa questão de fim de vida, é tão difícil olhar para uma criança que está ali projetando questões relacionadas à morte e aí

quando você pergunta para a família se ela sabe, eles dizem que não, eu não posso contar, mas tento trabalhar isso da melhor forma né. (Boto Rosa)

[...] cuidados paliativos é algo muito delicado, quando assim, vamos conversar com aquela criança, não que seja um desafio, mas um cuidado muito grande e às vezes eu fico me perguntando se é melhor ou não. Ou seja, eu não sei se o que eu vou trabalhar vai estar no tempo daquela criança, será que ela está preparada para ouvir? Eu acho que é uma conversa a mais. (Moana)

Quando se esgota a possibilidade de cura ou controle da doença e a criança entra em cuidados paliativos ou de fim de vida, os profissionais, incluindo os psicólogos, podem apresentar mais dificuldades para acompanhamento dos casos. Aceitar que uma criança, que esperamos ter uma longa vida pela frente, aproxima-se do seu maior antagonista - a morte – pode ser de grande mobilização emocional. Da Silva, Issi, da Motta e Botene (2015) destacam que membros da equipe de saúde podem manifestar dificuldades para trabalhar com a criança com câncer em cuidados paliativos, pois percebem que a fragilidade do outro possibilita o maior envolvimento emocional. Nesse contexto, o psicólogo pode ser visto como o profissional de referência para trabalhar questões relacionadas a finitude e ao morrer. Porém, nem sempre o psicólogo se encontra preparado pessoal ou profissionalmente para lidar com essa temática, sobretudo quando se trata de pacientes muito jovens. É de suma importância que o psicólogo se prepare para lidar com esse tipo de situação, comuns no ambiente hospitalar e oncológico, e que atente para a própria saúde mental, buscando ajuda se necessário.

d) Crianças com sequelas do tratamento ou com transtornos específicos que dificultam a comunicação: Profissional aponta como algumas crianças apresentam maiores dificuldades de comunicação e comportamental em função de transtornos pré-existentes e de resultados de procedimentos médicos, exigindo dele novas habilidades para lidar com a situação.

[...] uma dificuldade também com crianças que tem traquio, na forma de se comunicar. Porque como psicólogo você quer se comunicar, e ela ali as vezes não dá para se comunicar da forma tradicional. Neuro com sequelas também, você acaba não sabendo o que o paciente está entendendo, até que ponto que sim ou não. (Moana)

Outra coisa difícil é trabalhar com crianças autistas, quando eles ficam aqui na internação, nossa, é bem difícil, eu quase não saio do quarto, entro junto na hora do procedimento e estou sempre educando a equipe sobre como manejar a criança e a situação de crise. (Dori)

Com relação aos tumores que tem origem no Sistema Nervoso Central (SNC), pode ser necessária a realização de procedimentos cirúrgicos para a coleta de peças com vistas a

realização de biópsia e remoção do tumor. Uma vez localizado em partes sensíveis do cérebro, tal procedimento pode provocar danos a funções cognitivas, motoras e executivas da criança (Daly & Brown, 2015). Caso a criança tenha um tumor próximo à região de Broca, responsável pela fala, pode acontecer a diminuição dessa função em decorrência da enfermidade ou das modalidades terapêuticas recebidas, o que dificulta o trabalho do psicólogo, uma vez que este trabalha predominantemente com a fala. Cabe ressaltar que, devido aos avanços tecnológicos, novos meios de comunicação vêm sendo aplicados no contexto hospitalar, como o *Boardmaker Software*, que permite que o paciente utilize ilustrações de imagens relacionadas ao hospital para tentar se comunicar com a equipe (Bandeira, de Faria, & de Araujo, 2011). Nesse sentido, o psicólogo pode fazer uso desse tipo de ferramenta para obter uma comunicação eficaz com o paciente que não consegue verbalizar.

No que se refere ao trabalho do psicólogo com crianças autistas com câncer, devido ao fato do processamento cognitivo e comportamental desses pacientes ser diferente do de outras crianças que não possuem tal transtorno, cabe ao psicólogo buscar ferramentas e formas de trabalhar com esta criança e as suas famílias para que eles não tenham comprometimentos em sua qualidade de vida a curto e longo prazo. Johnson e Rodriguez (2013), em revisão de literatura sobre ao trabalho com crianças autistas hospitalizadas, destacam a importância de ensinar tanto à criança quanto ao seu cuidador diferentes formas de enfrentamento durante a realização de procedimentos médicos. Ressaltam ainda a importância de mais pesquisas na área para que seja possível trabalhar com essas crianças de modo a facilitar espaços de envolvimento e reduzir comportamentos não facilitadores.

e) Crianças resistentes à intervenção psicológica: Profissional esclarece que algumas crianças mostram, às vezes, certa resistência ao atendimento pelo psicólogo ou apresentam comportamentos opostos, desafiam o profissional, ou agressivos, resistentes, que impõem um desafio maior ao seu trabalho.

As vezes você tem dificuldade de se vincular com a criança, é uma criança mais resistente porque uma das dificuldades, acho que do contexto hospitalar como um todo, é que você está ali ofertando um serviço né, a pessoa pode escolher de aceitar aquilo ou não. (Elza)

[...] bom é muito pessoal, mas eu acredito que as crianças que os pais não dão muito limites elas acabam sendo um pouco mais desafiadoras, um pouco é... não digo um TOD [Transtorno Opositor Desafiador], mas mais birrentas, mas como aquelas mais agressivas, tipo no ponto de te desafiar, é pessoal isso, mas eu tenho dificuldade de trabalhar com elas nesse sentido. (Moana)

Do Valle e Ramalho (2008) destacam que o mimo demasiado dos pais frente ao sofrimento do filho doente pode fazer com que a criança apresente comportamentos não facilitadores durante o tratamento e mesmo não desenvolva habilidades suficientes de regular as suas emoções. Ademais, a própria situação de adoecimento e internação pode levar a criança a se mostrar mais defensiva, considerando os inúmeros procedimentos dolorosos a que é submetida e o manuseio de seu corpo por vários profissionais. Assim, o psicólogo deve entender uma possível recusa da criança para atenção psicológica como um direito a ser respeitado, embora deva se mostrar disponível para realizar o atendimento posteriormente.

4.4.3 Benefícios percebidos da atuação em psico-oncologia pediátrica

Ao serem solicitadas a fazer uma avaliação dos aspectos positivos relacionados a seus trabalhos em oncologia pediátrica, as entrevistadas relataram os benefícios de atuarem como psicólogas no atendimento a crianças com câncer no contexto hospitalar. Os benefícios encontrados foram organizados em três categorias, como descrito abaixo.

a) Contribuir para o bem-estar das crianças e suas famílias: Profissional avalia que, com seu trabalho, consegue colaborar para a melhoria da qualidade de vida da criança e dos seus familiares.

Os benefícios que eu sinto, é sentir que eu posso ter contribuindo né com alguma coisa com essas crianças, eu acho que esse benefício de tá aqui, ver elas crescerem, melhorarem, eu acho que isso me deixa muito feliz. (Elza)

Acredito que seja em, de certo modo, saber que eu fiz o meu melhor para fazer a diferença na vida daquela criança ou daquele pai. (Pocahontas)

Acho que, profissionalmente, é um trabalho que eu estou aqui pelas crianças, eu me dedico por elas, não é por outras questões das instituições, e também assim é um privilégio ser psicóloga, ser psico-oncologista pediátrica também sabe, porque tanto criança e adolescente, eu me descobri muito com eles, de ocupar esse lugar de muita confiança para a família e para eles. Mas o benefício são os pacientes. (Moana)

Nos meus dias mais difíceis, isso me enche o olho de lágrima, saber que para aquele serzinho ali, eu faço a diferença, ele gosta de estar ali, não sei como, ele quer estar ali, ele conta comigo, da mesma forma que eu conto com ele. (Boto Rosa)

b) Obter reconhecimento pelo trabalho realizado: Psicóloga sente-se reconhecida profissionalmente pelos familiares, paciente e membros da equipe de saúde.

O reconhecimento pela parte da família também é algo que me chama bastante a atenção, é muito gratificante, eles mandam recadinhos ou quando não estão na

enfermaria, mas vem para o hospital, me chamam para me ver lá embaixo na entrada, é muito lindo tudo isso sabe? (Dori)

É a admiração que a equipe possui e quando as crianças vêm correndo ou gritam tia (X)! (Boto Rosa)

c) Fortalecer a própria espiritualidade: Profissional mostra acreditar que consegue exercitar a sua espiritualidade e religiosidade em seu trabalho, ao cuidar de crianças com câncer.

Eu me sinto em paz com a minha religiosidade e espiritualidade sabe? Quando estou com elas me sinto próxima a Deus. (Dori)

É muito gratificante, alimenta muito a minha religiosidade e espiritualidade. (Pocahontas)

Ah, eu acho que tem um benefício espiritual né, eu acho que aqui eu consigo exercer muito a minha espiritualidade, me faz enxergar a vida de uma forma diferente, assim, é não só considerar o ser sagrado, mas sim no sentido de ver as coisas. (Moana)

É muito gratificante, agradeço a Deus todos os dias sabe? De ter me tirado de um local tão tóxico que eu estava e me colocar aqui. (Boto Rosa)

Foi possível perceber através dos relatos das psicólogas entrevistadas que mesmo com as dificuldades e adversidades que vivenciavam em seus cotidianos laborais, elas se sentiam satisfeitas ao observarem os resultados do trabalho realizado, tanto no que se refere a efeitos positivos na vida das crianças e de suas famílias, como em relação aos ganhos percebidos em termos do reconhecimento social para si e sua categoria profissional. Bendassolli (2012) ressalta a importância do reconhecimento profissional, pois permite ao psicólogo destacar a importância do seu papel na equipe multiprofissional, ajudando também a construir sua identidade pessoal e profissional como agente de promoção de cuidados.

Esses ganhos percebidos suplantavam o valor atribuído a intervenção psicológica e se revertiam também em bem-estar espiritual para as próprias entrevistadas. Da Silva (2008) destaca que a espiritualidade e a religiosidade podem estar atreladas à satisfação e ao bem-estar psicológico e que esses construtos são de suma importância para a construção de sentidos de vida. Percebe-se que os valores de compaixão, caridade e solidariedade podem estar relacionados à religiosidade ou espiritualidade dos funcionários, manifestando-se em suas práticas no ambiente hospitalar nos cuidados de crianças com câncer e seus familiares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação possibilitou conhecer intervenções psicossociais utilizadas por psicólogos, brasileiros e estrangeiros, no trabalho com crianças acometidas por câncer no contexto hospitalar. Além da descrição dessas práticas, com detalhamento de seus objetivos, estratégias e recursos, a investigação permitiu ainda uma visão contextualizada da realidade laboral e institucional dos participantes, bem como conhecer as concepções e experiências de uma parte deles, em um esforço de análises também qualitativas. Assim, os resultados obtidos permitiram alcançar os objetivos propostos e contribuir para um maior levantamento de práticas e uma melhor sistematização de conhecimentos acerca da atuação do psicólogo inserido em oncologia pediátrica.

Os objetivos principais descritos por psicólogos ativos nesse contexto foram de acolher os sentimentos e pensamentos de crianças e adolescentes que vivenciam o câncer, ajudá-los a compreender a doença e o tratamento a que são submetidos e reduzir seus níveis de depressão e de ansiedade. Observa-se uma atenção ao estado emocional da criança, em termos de lhe prover um necessário alívio do sofrimento, bem como a intenção de colaborar na compreensão de situações vivenciadas, com atenção a suas particularidades e necessidades. Desse modo, pode-se alcançar tanto um melhor ajustamento do paciente a nova realidade imposta pelo adoecimento, cujos estressores deve aprender a enfrentar, como também pode-se atuar preventivamente no sentido de amenizar ou evitar danos ao seu desenvolvimento socioemocional.

Espera-se que o trabalho do psicólogo possa contribuir significativamente para a humanização da assistência hospitalar ao possibilitar a criação ou fortalecimento de elementos protetores para o desenvolvimento infanto-juvenil, além de favorecer a diminuição dos impactos negativos da situação sobre o equilíbrio emocional, autoestima e qualidade dos relacionamentos sociais. Ou seja, ao se propor a trabalhar em oncologia pediátrica, esses profissionais devem intervir em questões diretamente ligadas ao adoecimento e oferecer oportunidades para que os pacientes possam se desenvolver e investir em uma maior qualidade de vida nesta situação.

Como modalidades de intervenção mais utilizadas para o alcance desses objetivos, foi possível perceber que as intervenções psicossociais utilizadas possuíam fundamentalmente aspectos educativos, de acolhimento e lúdicos, o que nos leva a afirmar a importância desses três pilares no trabalho com crianças adoecidas. Não se trata de um simples brincar ou de uma

mera conversa, por mais agradável que seja. Trata-se de um atendimento psicológico, pautado em teorias e técnicas cientificamente validadas, que busca atingir objetivos bem delimitados mediante intervenções pertinentes e adaptadas ao contexto hospitalar.

Nesse sentido, observou-se que os modelos cognitivo-comportamentais constituíram o embasamento teórico-metodológico mais utilizado entre os profissionais participantes da pesquisa, sobretudo entre os estrangeiros. Provavelmente isso se dê pelo fato da abordagem possuir mais estudos empíricos sobre a sua eficácia nos contextos de saúde e doenças crônicas, além de ter características mais ajustáveis a rotina de instituições hospitalares, como ser breve, educativa e favorecer mudanças comportamentais e cognitivas de modo mais rápido.

Observou-se, principalmente pelos relatos das entrevistadas, que o trabalho dos psicólogos era, em geral, bem recebido e reconhecido por outros membros das equipes de saúde e por familiares dos pacientes. É importante que estes compreendam a natureza e as contribuições das intervenções psicossociais junto a crianças e adolescentes em tratamento de doenças, como modo de obter um trabalho colaborativo e, cada vez mais, ampliar e consolidar o papel do psicólogo em hospitais. No entanto, notou-se uma priorização de avaliações subjetivas acerca dos trabalhos desenvolvidos, feitas com base em relatos de outros, sem obtenção de resultados respaldados em instrumentos mais objetivos, que tendem a ser bastante valorizados no meio médico e facilitar a manutenção ou expansão de atividades propostas pelo serviço de psicologia.

A forma mais comum de interação conjunta do psicólogo com profissionais de outras especialidades se dava quando havia necessidade de tornar a criança mais colaborativa em seus tratamentos. Nesses casos, cabia ao psicólogo intervir e servir como mediador entre a criança e a equipe. Embora essa seja uma atribuição do psicólogo hospitalar, isso ocorria muitas vezes sem uma discussão prévia e sem uma postura mais educativa e preventiva, o que levou uma das entrevistadas a afirmar que os psicólogos atuavam, em grande parte, para “apagar fogo”, na medida em que eram solicitados a “solucionar” problemas de modo urgente e sem discussão com os solicitantes, que, se bem orientados, poderiam eles mesmos conduzir a situação de modo adequado.

Talvez o fato do psicólogo ainda ser visto como “solucionador de problemas comportamentais”, recaia no que as psicólogas dizem sobre o ainda limitado conhecimento acerca do alcance de seu trabalho, já que a ele são comumente atribuídas tarefas como conter choro ou condutas agressivas. Assim, a falta de melhores informações sobre o papel do profissional nos cuidados ao paciente pode fazer com que a equipe solicite esse profissional

para atender demandas que não são do seu notório saber ou que eles próprios poderiam manejar. Por outro lado, também podem desconsiderar demandas que poderiam ser compartilhadas com o serviço de psicologia. Acredita-se, no entanto, como mostraram os participantes, que é a partir das trocas no cotidiano de trabalho que essa situação irá sendo paulatinamente modificada, com maior abertura para um trabalho cada vez mais interdisciplinar.

Comparando as respostas de participantes residentes no Brasil e em outros países foi possível encontrar mais semelhanças em suas práticas do que discrepâncias, o que mostra ser a psico-oncologia uma área respaldada por diretrizes e saberes construídos, reconhecidos e divulgados em âmbito internacional. Em relação aos aspectos que evidenciaram mais diferenças, percebeu-se que os estrangeiros mais comumente possuíam o título de doutor, com ênfase em psico-oncologia ou psicologia clínica, exerciam atividades em salas de procedimentos médicos e domicílios, além de aplicarem mais escalas, inventários, questionários e testes psicológicos. A TCC constituiu o referencial teórico de maior embasamento de suas práticas, o que explica uma adoção em maior frequência de intervenções como exercícios de respiração, relaxamento muscular, higiene do sono, *mindfulness* e o uso de realidade virtual.

No que diz respeito aos participantes brasileiros, estes possuíam, mais frequentemente do que os estrangeiros, a pós-graduação *lato sensu* como maior titulação, com destaque para a especialização em psicologia da saúde e hospitalar, esta última que se confirma como específica do país. Ademais, atuavam no campo da oncologia pediátrica a menos tempo e realizavam mais atividades voltadas para procedimentos médicos, incluindo ações em salas de quimioterapia e em processos de transplante de células hematopoiéticas e preparação para procedimentos cirúrgicos. Também entre os brasileiros foi mais frequente menção à psicanálise como referencial teórico, sendo as suas avaliações conduzidas principalmente através de entrevistas com recursos lúdicos. As formas de intervenções mais aplicadas foram a ludoterapia diretiva e a utilização de jogos que estimulam a criatividade e a imaginação.

A realização de entrevistas conjuntamente com a aplicação de questionário mostrou-se relevante para a integração de dados quantitativos e qualitativos acerca das temáticas em estudo. O relato das entrevistadas permitiu conhecer melhor suas concepções acerca da realização de intervenções psicossociais junto a crianças com câncer, além de trazer dados sobre os modos de inclusão de outros adultos nesse contexto, destacando a importância do envolvimento dos pais como informantes e aliados, ao mesmo tempo em que se observa e cuida do impacto emocional do adoecimento também sobre eles. O trabalho em equipe multiprofissional foi visto

como essencial, ainda que tenha sido apontada a necessidade de melhor educar outros profissionais acerca do papel e potencial de colaboração do serviço de psicologia.

Embora tenham evidenciado a importância de suas atividades para o bem-estar das crianças e suas famílias e tenham afirmado o reconhecimento de seus trabalhos por vários atores envolvidos (profissionais, pais, criança), as entrevistadas declararam vários desafios que necessitam enfrentar nesse contexto, sobretudo algumas resistências da criança ou de membros da equipe, e dificuldades pessoais para lidar com o agravamento do quadro clínico e morte da criança. Nesse último ponto, aponta-se a necessidade de mais ênfase na discussão dessa temática na formação dos profissionais de psicologia.

Findando a pesquisa, cabe refletir sobre as limitações e alcance do presente estudo. A limitação principal é relativa ao número limitado de participantes, abaixo do inicialmente previsto. Sabe-se que quanto maior for o número de participantes de uma investigação que diz respeito ao levantamento de atuação profissional, mais significativos e próximos a realidade serão os resultados. Desse modo, é preciso ressaltar que os dados alcançados não permitem realizar uma generalização acerca das intervenções psicossociais utilizadas em oncopediatria.

É oportuno explicar que a fonte principal de recrutamento de participantes para esta pesquisa se deu pela busca de profissionais cadastrados em associações ligadas ao câncer, mas isso não foi suficiente para alcançar um número maior de psicólogos dentro dos critérios de inclusão elencados. Ademais, é preciso considerar que nem todos os profissionais se sentem motivados a participar do preenchimento de questionários aplicados de modo online, ainda mais em um período de tempo em que esse tipo de recurso foi bastante explorado devido a pandemia do Coronavírus COVID-19. É possível ainda que muitos profissionais com perfil desejado para compor a amostra estivessem afastados do seu ambiente de trabalho ou, por outro lado, estivessem sobrecarregados de atividades, inclusive com deslocamento para outros setores, de modo a atender a crise provocada pela pandemia no sistema de saúde. Também os prazos institucionais para defesa da dissertação impossibilitaram realizar novas chamadas para o preenchimento do instrumento.

Entretanto, os resultados gerados mostram a realidade de profissionais atuantes em várias partes do planeta, o que pode ser apontado como um aspecto positivo do estudo. A sistematização realizada oferece um panorama das estratégias psicossociais utilizadas em oncologia pediátrica e possibilitam ainda afirmar que tais intervenções servem como modo de proteger as crianças e adolescentes com câncer de complicações psicossociais tanto a curto como a longo prazo, favorecendo um futuro com menos consequências devido ao tratamento e

uma melhor qualidade de vida. Dessa forma, torna-se fundamental novos estudos nessa área, de modo a ampliar e aprofundar os conhecimentos acerca dos diferentes objetivos e tipos de estratégias adotadas por psicólogos e outros profissionais neste cenário.

REFERÊNCIAS

- Akin, L. B., Mayraz G., & Helliwell, J. F. (2017) The emotional consequences of donation opportunities. *The Journal of Positive Psychology*, 12(2). 169-177.
- Almeida, R. A. de. (2011). *Perfil E Prática Profissionais Do Psicólogo Da Saúde No Hospital Geral*. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio de Janeiro. RJ, Brasil.
- Almeida, R. A. de, & Malagris, L. E. N. (2015). Psicólogo da Saúde no Hospital Geral: um Estudo sobre a Atividade e a Formação do Psicólogo Hospitalar no Brasil. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(3), 754-767.
- Almeida, S., Martins, A., Gazinelli, A., Schall, V., & Modena, C. (2013). Formação e Atuação de Psicólogos da Rede de Atenção Oncológica de Belo Horizonte/MG: Desafios e Perspectivas. *Interação em Psicologia*, 17(1).
- Amaral, M. (2010). *Efeitos de uma intervenção comportamental com crianças durante injeção intramuscular para quimioterapia*. (Dissertação De Mestrado). Universidade Estadual de Londrina, Londrina, SP, Brasil.
- Amaral, M., Soares, M. R. Z., & Gioia, P. S. (2016). Cancer information for children: effect on adherence to intramuscular chemotherapy. *Psicooncologia*, 13(2-3), 307-320.
- American Cancer Society. (2018). *Cancer Facts & Figures*. Atlanta: American Cancer Society; 2018. Recuperado em 3 maio, 2018, de <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/cancer-facts-figures-2018.html>
- American Cancer Society. (2017). What Are the Differences Between Cancers in Adults and Children?. Recuperado em 3 maio: <https://www.cancer.org/cancer/cancer-in-children/differences-adults-children.html>
- American Psychological Association. (2014). APA Guidelines for the Undergraduate Psychology Major, Version 2.0: your covert career counselor. Acessado em:: <https://www.apa.org/ed/precollege/psn/2014/09/career-counselor>
- Andersen, B. L. (1992). Psychological Interventions for Cancer Patients to Enhance the Quality of Life. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(4): 552–568
- Andrews, C. (2010). *Who directs the play and why? an exploratory study of directive versus nondirective play therapy*. Dissertação de mestrado, Smith College, Northampton, MA. Disponível: <https://scholarworks.smith.edu/theses/1169>
- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. S. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 3(2), 273-294.

de Arruda, I., de Paula, J., & da Silva, R. (2009). Efeitos Adversos Da Quimioterapia Antineoplásica Em Crianças: O Conhecimento Dos Acompanhantes. *Cogitare Enfermagem*, 14(3).

Atzori, B., Hoffman, H. G., Vagnoli, L., Patterson, D. R., Alhalabi, W., Messeri, A., & Lauro Grotto, R. (2018). Virtual Reality Analgesia During Venipuncture in Pediatric Patients With Onco-Hematological Diseases. *Frontiers in psychology*, 9 (2508).

Azevêdo, A. V. dos S., & Crepaldi, M. A. (2016). A Psicologia no hospital geral: aspectos históricos, conceituais e práticos. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 33(4), 573-585.

Bandeira, F. M., Faria, F. P. de, & Araujo, E. B. de. (2011). Quality assessment of inhospital patients unable to speak who use alternative and extended communication. *Einstein (São Paulo)*, 9(4), 477-482.

Bardin, L. (1997). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Bendassolli, P. F. (2012). Reconhecimento no trabalho: perspectivas e questões contemporâneas. *Psicologia em Estudo*, 17(1), 37-46

Borges, A. A., Lima, R. A. G. de, & Dupas, G. (2016). Segredos e verdades no processo comunicacional da família com a criança com câncer. *Escola Anna Nery*, 20(4), e20160101.

Borges, L. M., & Soares, M.R.Z. (2018). *A Formação do Psicólogo da Saúde*. In: Eliane Maria Fleury Seidl, Maria Cristina Oliveira Santos Miyazaki, Ana Teresa de Abreu Ramos-Cerqueira, Neide A. Micelli Domingos. (Org.). *Psicologia da Saúde - Teorias, Conceitos e Práticas*. 1ed.Curitiba: Juruá Editora, 2018. pp.21-52

Borges, L. M.; Soares, M.R.Z; Rudnicki, T. *O Trabalho em Grupo no Contexto da Psicologia da Saúde*. In: Eliane Maria Fleury Seidl, Maria Cristina Oliveira Santos Miyazaki, Ana Teresa de Abreu Ramos-Cerqueira, Neide A. Micelli Domingos. (Org.). *Psicologia da Saúde - Teorias, Conceitos e Práticas*. 1ed.Curitiba: Juruá Editora, 2018, pp. 101-129.

Bragado, C. (2009). Funcionamiento psicosocial e intervenciones psicológicas en niños con cáncer. *Psicooncología*, 6(2-3), 327-341.

Braam, K.I., van Dijk-Lokkart, E.M., van Dongen, J.M., van Litsenburg, R.R.L., Takken, T., Huisman, J., Merks, J.H.M., Bosmans, J.E., Hakkenbrak, N.A.G, Bierings, M.B., van den Heuvel-Eibrink, M.M., Veening, M.A., van Dulmen-den Broeder, E., & Kaspers, G.J.L. (2017). Cost-effectiveness of a combined physical exercise and psychosocial training intervention for children with cancer: Results from the quality of life in motion study. *Journal: European Journal of Cancer Care*, 26(6), 1-11.

Braam, K. I., van Dijk-Lokkart, E. M., Veening, M.A., Bierings, M.B., Merks, J.H., Grootenhuis, M.A., Chinapaw, M.J., Sinnema, G., Takken, T., Huisman, J., Kaspers, G.J., van Dulmen-den Broeder, E. (2010). Design of the Quality of Life in Motion (QLIM) study: a randomized controlled trial to evaluate the effectiveness and cost-effectiveness of a combined physical exercise and psychosocial training program to improve physical fitness in children with cancer. *BMC cancer*, 10(624), 1-9.

Brazil (1988). *Portaria N° 3.535, de 2 de setembro de 1998*. Estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia. Brasília, 1988. Recuperado em 15, de novembro, 2020 em: bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3535_02_09_1998_revog.html

Breitbart, W. S., & Alici, Y. (2009). Psycho-oncology. *Harvard Review of Psychiatry*, 17(6), 361-376.

Broering, C. V., & Crepaldi, M. A. (2008). Preparação psicológica para a cirurgia em pediatria: importância, técnicas e limitações. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 18(39), 61-72.

Breemen, C. V. (2013). Using play therapy in paediatric palliative care: listening to the story and caring for the body. *International Journal of Palliative Nursing*, 15(10), 510-514.

Caprini, F. R., & Motta, A. B. (2017). Câncer infantil: uma análise do impacto do diagnóstico. *Psicologia: teoria e prática*, 19(2), 164-176.

Bsiri-Moghaddam, K., Basiri-Moghaddam, M., Sadeghmoghaddam, L. & Ahmadi, Fazlollah. (2011). The Concept of Hospitalization of Children from the View Point of Parents and Children. *Iranian journal of pediatrics*, 21(2). 201-208.

Breyer, J. (2015). *Talking to children and adolescents about cancer*. In: Wiener, et al. (Orgs). *Pediatric Psycho-Oncology: A Quick Reference of the Psychosocial Dimensions of Cancer Symptom Management*. (pp. 221-240). 2a edição. Oxford: Nova Iorque.

Camargo, R. L., & Bronzatto, M. (2015). Os jogos de regras e sua contribuição para o desenvolvimento lógico-aritmético em crianças. *Schème - Revista Eletrônica de Psicologia e Epistemologia Genéticas*. 7(2).

Caminha, R. M., & Caminha, M. G. (2010). *Baralho das Emoções: acessando a criança no trabalho clínico*. 4ª edição. Porto Alegre: Sinopsys.

Carvalho, C., Fiorini, G. P., & Ramires, V. R. R. (2015). Aliança terapêutica na psicoterapia de crianças: uma revisão sistemática. *Psico*, 46(4), 503-512.

Castro, E. K. de, & Bornholdt, E. (2004). Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 24(3), 48-57.

Chari, U., Hirisave, U., & Appaji, L. (2013). Exploring Play Therapy in Pediatric Oncology: A Preliminary Endeavour. *The Indian Journal of Pediatrics*, 80(4), 303-308.

Chaves, C., Vazquez, C., & Hervas, G. (2013) Benefit finding and well-being in children with life threatening illnesses: an integrative study. *Terapia Psicológica*, 31(1), 59-68.

Clerici CA, Ferrari A, Luksch R, Casanova M, Massimino M, Cefalo G, Bellani FF. (2004). Clinical experience with psychological aspects in pediatric patients amputated for malignancies. *Tumori*. 2004(90), pp.399-404.

Conselho Federal de Psicologia (2020). *Infográfico*. Recuperado em: <http://www2.cfp.org.br/infografico/quantos-somos/>

Costa, M. R. L. (2015). *O câncer na infância: um encontro com a psicanálise pelo viés do brincar*. 2015. Tese (Doutorado em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Costa, M. R. L., & Cohen, R. H. P. (2012). O sujeito-criança e suas surpresas. *Trivium - Estudos Interdisciplinares*, 4(1), 59-64.

Coughtrey, A., Millington, A., Bennett, S., Christie, D., Hough, R., Su, M.T., Constantinou, M.P., & Shafran R. (2018). The Effectiveness of Psychosocial Interventions for Psychological Outcomes in Pediatric Oncology: A Systematic Review. *Journal of Pain Symptom Management*, 55(3) 1004-1017.

Coura, C. F., Modesto, P. C. (2016) Impacto dos efeitos tardios da radiação em crianças sobreviventes de câncer: revisão integrativa. *Einstein*, 14(1), 71-76.

Coutinho, S. M. G., & Costa Junior, A. L. (2018). Psicologia Pediátrica. In: Eliane Maria Fleury Seidl, Maria Cristina Oliveira Santos Miyazaki, Ana Teresa de Abreu Ramos-Cerqueira, Neide A. Micelli Domingos. (Org.). *Psicologia da Saúde - Teorias, Conceitos e Práticas*. 1ed. Curitiba: Juruá Editora, pp. 187-204.

Coutinho, V. M., Queiroga, B. A. M. de, & Souza, R. C. de. (2020). Estilo De Apego Em Crianças Com Doenças Crônicas: Uma Revisão Integrativa. *Revista Paulista de Pediatria*, 38, e2018308.

Coyne, I. (2006). Children's experiences of hospitalization. *Journal of Child Health Care*, 10(4), 326–336.

Creswell. J. W. & Plano Clark, V. L. (2018). *The Nature of Mixed Methods Research*. In: J. W. Creswell & V. L. Plano Clark (Eds.). *Designing and Conducting Mixed Methods Research* (pp. 1-20). 3ª Edição. Los Angeles: SAGE.

Dalbem, J. X., & Dell'Aglio, D. D. (2005). Teoria do apego: bases conceituais e desenvolvimento dos modelos internos de funcionamento. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 57(1), 12-24.

Daly, B. P., & Brown, R. T. (2015). *Cognitive Sequelae of Cancer Treatment*. In: Wiener, et al. (Orgs). *Pediatric Psycho-Oncology: A Quick Reference of the Psychosocial Dimensions of Cancer Symptom Management*. (165-176). 2a edição. Oxford: Nova Iorque

Datta, S. S., Saha, T., Ojha, A., Das, A., Daruvala, R., Reghu, K. S., & Achari, R. (2019). What do you need to learn in paediatric psycho-oncology?. *Ecancer medical science*, 13(916), pp. 1-16.

De Andréa, M. L. M. (2008) Oncologia Pediátrica. In: V. C. De Carvalho, et al. (Orgs.). *Temas em psico-oncologia*. São Paulo: Summus, 2008. pp. 477-495.

Del Pino, C., & Pereira, V. T. (2017). Ludoterapia durante o tratamento contra o câncer infantil: revisão integrativa de literatura. *Revista psicologia em foco*, 9(14).

- Dias J.J., Silva A.P.C., Freire R.L.S., Andrade A.S.A. (2013). A experiência de crianças com câncer no processo de hospitalização e no brincar. *Revista Mineira de Enfermagem*, 17(3), 608-13.
- Dittrich, A., Strapasson, B. A., Silveira, J. M. da, & Abreu, P. R. (2009). Sobre a observação enquanto procedimento metodológico na análise do comportamento: positivismo lógico, operacionismo e behaviorismo radical. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(2), 179-187.
- 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
- Dutra Farias, D., Bärtschi Gabatz, R. I., Pires Terra, A., Ribes Couto, G., Marten Milbrath, V., & Schwartz, E. (2017). Hospitalization in the Child's Perspective: An Integrative Review. *Journal of Nursing UFPE*, 11(2), 703–711.
- Eapen, V., Mabrouk, A., & Bin-Othman, S. (2008). Attitudes, Perceptions, and Family Coping in Pediatric Cancer and Childhood Diabetes. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1138(1), 47-49.
- Erker, C., Yan, K., Zhang, L., Bingen, K., Flynn, K. E., & Panepinto, J. (2018). Impact of pediatric cancer on family relationships. *Cancer medicine*, 7(5), 1680–1688.
- Favara-Scacco, C., Smirne, G., Schilirò, G., & Di Cataldo, A. (2001). Art therapy as support for children with leukemia during painful procedures. *Medical and Pediatric Oncology*, 36(4), 474–480.
- Ferreira, E. A., Vargas, I. M. A., & Rocha, S. M. M. (1998). Um estudo bibliográfico sobre o apego mãe e filho: bases para a assistência de enfermagem pediátrica e neonatal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 6(4), 111-116.
- Firoozi, M., Besharat, M. A., & Boogar, E. R. (2013). Emotional regulation and adjustment to childhood cancer: role of the biological, psychological and social regulators on pediatric oncology adjustment. *Iranian journal of cancer prevention*, 6(2), 65-72.
- Gadelha, Y. A., & Menezes, I. N. de. (2004). Estratégias Lúdicas Na Relação Terapêutica Com Crianças Na Terapia Comportamental. *UniCEUB*. 2(1).
- Galway, K., Black, A., Cantwell, M., Cardwell, C. R., Mills M., Donnelly, M. (2012). Psychosocial intervention to improve quality of life and emotional wellbeing for recent diagnosed cancer patients. *Chochrane Database Of Systematic Reviews*, 2012(11), 1-69.
- Gallo, M. del C. C., Hernández, A. O. D., Herrera, E. M. F., & Zubieta, F. A. S. (2014). Manejo de la ansiedad en el paciente pediátrico oncológico y su cuidador durante la hospitalización a través de musicoterapia. *Psicooncología*, 11(2-3), 243-258.
- Garcia-Schinzari, N. R. (2014). *Análise do brincar de faz de conta de crianças pré-escolares com câncer*. (Dissertação de Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. SP. Brasil.

- Gershon, J., Zimand, E., Pickering, M., Rothbaum, B. O., & Hodges, L. (2004). A Pilot and Feasibility Study of Virtual Reality as a Distraction for Children With Cancer. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(10), 1243–1249.
- Gorayeb, R. (2001). A prática da psicologia hospitalar. Em M.L. Marinho & V.E. Caballo (Orgs), *Psicologia clínica e da saúde* (pp. 263-278). Londrina/Granada: UEL/APICSA.
- Guimarães, S. S. (1988). A hospitalização na infância. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 4, pp. 102-112.
- Granowetter, L. (1994). Pediatric Oncology: A Medical Overview. In: D. J., Bearison, R. K. Mulhern. *Pediatric Psychooncology: psychological perspectives on children with cancer* (pp. 09-34). Oxford University Press: New York.
- Gurgel, L. A., & Lage, A. M. V. (2013). Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: uma perspectiva de atuação psicológica. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 16(1), 141-149.
- Hamerschlak, Nelson. (2008). Leucemia: fatores prognósticos e genética. *Jornal de Pediatria*, 84(4, Suppl.), S52-S57.
- Hayes, N.; O'toole, L.; Halpenny, A. M. *Introducing Bronfenbrennera Guide for Practitioners and Students in Early Years Education*. Routledge: Nova York, 2017.
- Hinds, P. S., Quargnenti, A., Bush, A. J., Pratt, C., Fairclough, D., Rissmiller, G., Betcher, D., & Gilchrist, G. S. (2000). An evaluation of the impact of a self-care coping intervention on psychological and clinical outcomes in adolescents with newly diagnosed cancer. *European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society*, 4(1), 6–19.
- Hocking, M. C. & Alderfer, M. A. (2012). Neuropsychological Sequelae of Childhood Cancer. In: S. Kreitler, M. R., Ben-Arush, & A. Martin. *Pediatric Psycho-oncology Psychosocial Aspects and Clinical Interventions* (2ª ed., pp. 177-186). West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Holland, J. C. & Wiesel, T. W. (2015). Introduction: History of Psycho-Oncology. In: J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. S. Butow, P. B. Jacobsen, M. J. Loscalzo, & R. McCorkle. *Psycho-Oncology* (3ª ed., pp. xxv-xxxv). Oxford University Press: New York.
- Holland, J. C. (2018). Psycho-Oncology: Overview, Obstacles and Opportunities. *Psycho-Oncology*, 27(5),1364–1376
- Horlait, M., Dhaene, S., Van Belle, S., & Leys, M. (2019). Multidisciplinary team meetings in cancer care: is there a psychologist in the house?. *International Journal of Integrated Care*, 19(4), 131.
- Hostert, P. C. da C. P., Enumo, S. R. F., & Loss, A. B. M. (2014). Brincar e problemas de comportamento de crianças com câncer de classes hospitalares. *Psicologia: teoria e prática*, 16(1), 127-140.

Hostert, P. C. da C. P., Motta, A. B., & Enumo, S. R. F. (2015). Coping with hospitalization in children with cancer: The importance of the hospital school. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 32(4), 627-639.

Institute of Medicine. (2015). *Psychosocial interventions for mental and substance use disorders: A framework for establishing evidence-based standards*. Washington, DC: The National Academies Press. p.31-36.

Instituto Nacional do Câncer Jose Alencar Gomes da Silva [INCA]. (2020). *ABC Do Câncer: Abordagens Básicas Para O Controle Do Câncer*. (6ª Edição). Rio De Janeiro: INCA.

Instituto Nacional De Câncer (2018). Câncer infantojuvenil, Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-infantojuvenil>.

Instituto Nacional do Câncer Jose Alencar Gomes da Silva [INCA]. (2014). *Diagnóstico precoce do câncer na criança e no adolescente* (2ª Edição, rev. ampl., 3. reimp). Rio de Janeiro: INCA.

Joel M. (2012). Psychosocial issues in pediatric oncology. *The ochsner journal*, 12(3), 211-215.

Johnson, N. L., & Rodriguez, D. (2013). Children with autism spectrum disorder at a pediatric hospital: a systematic review of the literature. *Pediatric nursing*, 39(3), 131–141.

Kaushal, T., Satapathy, S., Chadda, R.K., Bakhshi, S., Sagar, R., & Sapra S. (2019). Hospital Based Psychosocial Support Program for Children with ALL and their Families: A Comprehensive Triad's Perspective. *The Indian Journal of Pediatrics*, 86(2), 118-125.

Kazak, A. E. (1994). Implications of Survival: Pediatric Oncology patients and Their Families. In: D. J. Bearison & R. K. Mulhern. *Pediatric Psychooncology* (pp 171-192). New York: Oxford University Press.

Kazak, A. E., Abrams, A. N., Banks, J., Christofferson, J., DiDonato, S., Grootenhuis, M. A., Kabour, M., Madan-Swain, A., Patel, S. K., Zadeh, S., & Kupst, M. J. (2015). Psychosocial Assessment as a Standard of Care in Pediatric Cancer. *Pediatric blood & cancer*, 62 Suppl 5, S426–S459.

Kazak, A. E., & Noll, R. B. (2015). The integration of psychology in pediatric oncology research and practice: Collaboration to improve care and outcomes for children and families. *American Psychologist*, 70(2), 146-158.

Kazak, A. E., Brier, M., Alderfer, M. A., Reilly, A., Fooks Parker, S., Rogerwick, S., Barakat, L. P. (2012). Screening for psychosocial risk in pediatric cancer. *Pediatric blood & cancer*, 59(5), 822–827.

Kiche, M. T. & Almeida, F. de A. (2009). Brinquedo terapêutico: estratégia de alívio da dor e tensão durante o curativo cirúrgico em crianças. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(2), 125-130.

Kohlsdorf, M. (2010). Aspectos psicossociais no câncer pediátrico: estudo sobre literatura brasileira publicada entre 2000 e 2009. *Psicologia em revista Belo Horizonte*, 16(2), 271-294.

Kohsdorf, M. (2008). *Análise das estratégias de enfrentamento adotadas por pais de crianças e adolescentes em tratamento de leucemias*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Brasília, Brasília, Brasil.

Kreitler, S. (2019). *Psycho-Oncology for the clinician*. Springer: Switzerland. pp.1-12.

Kreitler, S., Oppenheim, D. & Segev-Shoham, E. (2013). Fantasy, Art Therapies, and Other Expressive and Creative Psychosocial Interventions. In S. Kreitler, M. R., Ben-Arush, & A. Martin. *Pediatric Psycho-oncology Psychosocial Aspects and Clinical Interventions* (2ª ed., pp. 143-159). West Sussex: Wiley-Blackwell.

Landskron L. M. F. (2008). Psicooncologia: As descobertas sobre o câncer ao longo da história. In: P. da S. Vasques. *Câncer uma abordagem psicológica* (pp. 11-31). Porto Alegre: Editora Age LTDA.

Legget, S. L. & Boswell J. N. (2017). Directive Play Therapy. In: E. S. Legget & J. N. Boswell. *Directive Play Therapy Theories and Techniques* (pp.1-16). New York: Springer.

Lima, C. S. P. (2013). Carcinogênese e prevenção do câncer. IN: V. A. Angerami-Camon & K. C. Gaspar (Org.). *Psicologia e Câncer*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Lima, K. Y. N. de, & Santos, V. E. P. (2015). Play as a care strategy for children with cancer. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(2), 76-81.

Lähteenmäki, P. M., Huostila, J., Hinkka, S., & Salmi, T. T. (2002). Childhood cancer patients at school. *European journal of cancer (Oxford, England : 1990)*, 38(9), 1227–1240.

Last, B. F. & Grootenhuis, M. A. (2004). Psychosocial Interventions: the Cognitive-Behavioral Approach. In: Kreitler S. & Arush, M. W. B. *Psychosocial Aspects Of Pediatric Oncology* (pp. 313-334). London: Wiley.

Lemos, I. P., & Ferreira, E. A. P. (2010). Comportamento de crianças, acompanhantes e auxiliares de enfermagem durante sessão de punção venosa. *Psicologia: Teoria e pesquisa*, 26(3), 433-443.

Li H.C.W, Chung O.K.J & Chui S.Y. (2010) The impact of cancer on children's physical, emotional, and psychosocial well-being. *Cancer Nursing*, 33(1), 47–54.

Liberato, R. P. & De Carvalho, V. A. (2008a) Psicoterapia. In: V. C. de Carvalho, et al. (Orgs.). *Temas em psico-oncologia* (pp. 341-349). São Paulo: Summus.

Liberato, R. P.; de Carvalho, V. A. Terapias Integradas À Oncologia. In: V. C. de Carvalho, et al. (Orgs.). *Temas em psico-oncologia* (pp. 351-561). São Paulo: Summus.

Lopes, L. F. (2018). *Protocolo TCG-GALOP-2017: Tumores de células germinativas da infância e adolescência*. São Paulo: Lemar Editora.

Lopes L.F., Camargo B. de, Bianchi A. (2000) Os efeitos tardios do tratamento do câncer infantil. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 46(3): 277-284.

- Madan-Swain, A., & Hinds, P. S. (2015). Impact of Cancer on Family and Siblings. In: Wiener, et al. (Orgs). *Pediatric Psycho-Oncology: A Quick Reference of the Psychosocial Dimensions of Cancer Symptom Management*. (pp. 253-270). 2a edição. Oxford: Nova Iorque
- Maier, S. R. de O. & de Almeida, A. N. (2016). Utilizando as expressões lúdicas como terapêutica na reabilitação da hospitalização infantil: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, 7(1), 356-368.
- Malloy, K. M., & Milling, L. S. (2010). The effectiveness of virtual reality distraction for pain reduction: a systematic review. *Clinical psychology review*, 30(8), 1011–1018.
- Marashi F. & Nikmanesh Z. (2018). The Effectiveness of Emotion Regulation Training with a Positive Thinking Approach in Quality of Life and Its Dimensions Among Children with Cancer. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care*, 7(1), 1-7.
- Marcon, C., Luna, I. J., & Lisbôa, M. L. (2004). O psicólogo nas instituições hospitalares: características e desafios. *Psicologia: ciência e profissão*, 24(1), 28-35.
- Marcus, J. (2012). Psychosocial issues in pediatric oncology. *The Ochsner journal*, 12(3), 211–215.
- Martins, S. T. F., & Paduan, V. C. (2010). A equipe de saúde como mediadora no desenvolvimento psicossocial da criança hospitalizada. *Psicologia em Estudo*, 15(1), 45-54
- Mavrides, N., & Pao, M. (2014). Updates in paediatric psycho-oncology. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*, 26(1), 63–73.
- Mccaffrey, N. (2016) Major Stressors and Their Effects on the Well-Being of Children with Cancer. *Journal Of Pediatric Nursing*, 21(1), p.59-66.
- Mehta, M. & Kapoor, S. (2018). Role of Psychosocial Factors in the Management of Health Problems. In: G. Misra (ed.). *Psychosocial Interventions for Health and Well-Being* (pp. 15-28), New Delhi: Springer.
- Melo, C. de F., de Almeida, A. C. A. C., Neto, J. L. (2011). Therapeutic toy: strategy for pain and tension relief in children with chronic illnesses. *Journal of Nursing UFPE*, 5(7), pp. 1614-620.
- Merchant, M., & Wright, M. (2015). Sarcomas and other solid tumors. In: Wiener, et al. (Orgs). *Pediatric Psycho-Oncology: A Quick Reference of the Psychosocial Dimensions of Cancer Symptom Management*. (pp. 31-38). 2a edição. Oxford: Nova Iorque
- Ministério da Saúde. (2014). *Portaria Nº 140, de 27 de fevereiro de 2014*. Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Acessado em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0140_27_02_2014.html

Ministério da Saúde (2012a). *Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento*. Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (2012b). *Portaria SAS/MS nº102, de 3 de fevereiro de 2012*. Recuperado em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0102_03_02_2012.html

Ministério da Saúde. (2010). *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2ª edição. 5 reimp. Brasília: Editora MS.

Ministério da Saúde (2006). *Residência Multiprofissional em saúde: Experiências, avanços e desafios*. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília

Misra, G. (2018). Introduction: Perspectives on Interventions for Health and Well-Being. In: G. Misra. *Psychosocial Interventions for Health and Well-Being* (pp. 1-14). New Delhi: Springer.

Morais, G. S. da N., Costa, S. F. G. da, França, J. R. de S., Fernandes, M. A., Carneiro, A. D. & Dias, K. C. C. de O. (2016). Produção científica sobre o brincar e a criança com câncer: um estudo bibliométrico. *Revista de Enfermagem UFPE*, 10(2), 419-427.

Morais, S. R. S de., & Andrade, A. N de. (2013). Sob a espada de Dâmocles: a prática de Psicólogas em Oncologia Pediátrica em Recife-Pe. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(2), 396-413.

Moreira, G. M. da S. (2002). *A criança com câncer vivenciando a reinserção escolar: estratégia de atuação do psicólogo*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. SP. Brasil

Mosimann, L. T. N. Q., & Lustosa, M. A. (2011). A Psicologia hospitalar e o hospital. *Revista da SBPH*, 14(1), 200-232.

Motta, A. B. & Enumo, S. R. F. (2002) Brincar no hospital: câncer infantil e avaliação do enfrentamento da hospitalização. *Psicologia Saúde & Doenças*, 3(1), 23-41.

Motta, A. B., & Enumo, S. R. F. (2010). Intervenção psicológica lúdica para o enfrentamento da hospitalização em crianças com câncer. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(3), 445-454.

Mulder, R. L., Hudson, M. M., Skinner, R., & Kremer, L. C. (2013). Health problems in survivors of childhood cancer: the need for international collaboration in long-term follow-up care. *Future oncology (London, England)*, 9(11), 1667–1670.

Mullins, L., Tackett, A., & Suorsa, K. (2016). Psychotherapeutic modalities for children with cancer and their families. In A. Abrams, A. Muriel, & L. Wiener (Eds.). *Pediatric Psychosocial Oncology: Textbook for Multidisciplinary Care*. (pp. 81-105). New York, NY: Springer

Murguía, M. A. S., Rico, A. P., & Sastrás, J. M. F. (2017). Uso de biofeedback de variabilidad de la frecuencia cardiaca durante la radioterapia como método de distracción cognitiva y autorregulación en un paciente pediátrico: Informe de caso. *Psicooncología*, 14(2-3), 255-266

Myers, R. (2013). *A Prospective Study Of Anxiety, Depression, And Behavioral Changes In Children With Acute Lymphoblastic Leukemia*. Yale Medicine Thesis Digital Library. 1821.

Nascimento, R. R. A. (2016). *Aspectos psicossociais do câncer infantil: uma revisão integrativa*. (Trabalho de Conclusão de Curso). Faculdade Salesiana Maria Auxiliadora. Macaé, RJ. Brasil.

National Cancer Institute. (2015). Children with Cancer A Guide for Parents. Disponível em: <https://www.cancer.gov/publications/patient-education/children-with-cancer.pdf>

National Cancer Institute. (2018). Childhood Cancers. Disponível em: <https://www.cancer.gov/types/childhood-cancers>.

Neiva, K. M. C. (2010). O que é intervenção psicossocial? In: K. M. C. Neiva. *Intervenção psicossocial: aspectos teóricos, metodológicos e experiências práticas* (pp. 13-24). São Paulo: Vetor.

Nóbrega, R. D. da, Collet, N., Gomes, I. P. , Holanda, E. R. de, & Araújo, Y. B. de. (2010). Criança em idade escolar hospitalizada: significado da condição crônica. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 19(3), 425-433.

Oliveira, M. C. de. (2005). *Brincar no hospital: um encontro possível*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual de São Paulo. SP, Brasil.

Oliveira, G. F. de, Dantas, F. D. C. & Fonseca, P. N. da. (2004) O impacto da hospitalização em crianças de 1 a 5 anos de idade. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 7(2), 37-54.

Orgilés, M., Méndez, F. X., & Espada, J. P. (2009). Procedimientos Psicológicos Para El Afrontamiento Del Dolor En Niños Con Cáncer. *Psicooncología*, 6(2-3), 343-356.

Ortigosa, J. M., Méndez, F. X., & Riquelme, A. (2009). Afrontamiento Psicológico De Los Procedimientos Médicos Invasivos Y Dolorosos Aplicados Para El Tratamiento Del Cáncer Infantil Y Adolescente: La Perspectiva Cognitivo conductual. *Psicooncología*, 6(2-3), 413-428.

Pai, A. L. H., & Drotar, D. (2015). Medication Adherence. In: Wiener, et al. (Orgs). *Pediatric Psycho-Oncology: A Quick Reference of the Psychosocial Dimensions of Cancer Symptom Management*. (pp. 157-164). 2a edição. Oxford: Nova Iorque

Pai, A.L., Drotar, D., Zebracki K., Moore M., Youngstrom E. (2006). A meta-analysis of the effects of psychological interventions in pediatric oncology on outcomes of psychological distress and adjustment, *Journal of Pediatric Psychology*, 31(9), 978-988.

Pao, M., & Kazak, A. E. (2015). Anxiety and Depression. In: Wiener, et al. (Orgs). *Pediatric Psycho-Oncology: A Quick Reference of the Psychosocial Dimensions of Cancer Symptom Management*. (pp. 105-118). 2a edição. Oxford: Nova Iorque

Papalia, D. E., & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento Humano*. 12a Edição. Porto Alegre: AMGH.

- Patenaude, A. F. & Kupst, M. J. (2005). Psychosocial Functioning in Pediatric Cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 30(1), 9-27.
- Pereira, F. M. & Talask, G. (2019). Câncer. In: M. R. Carvalho, L. E. N. Malagris, & B. P. Rangé (Org.). *Psicoeducação em terapia cognitivo-comportamental* (pp. 210-223). Novo Hamburgo: Synopsys.
- Pedrosa, A. M, Monteiro, H., Lins, K. , Pedrosa, F., & Melo, C. (2007). Diversão em movimento: um projeto lúdico para crianças hospitalizadas no Serviço de Oncologia Pediátrica do Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 7(1), 99-106.
- Peduzzi, M. (2001). Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, 35(1), 103-109.
- Portela, M., Lima, S., Vasconcellos, M., Barbosa, P., Ugá, M., & Leis, S. (2000). Estudo sobre os hospitais filantrópicos no Brasil. *Revista De Administração Pública*, 34(2).
- Raingruber, B. The effectiveness of psychosocial interventions with cancer patients: an integrative review of the literature (2006-2011). *ISRN Nursing*, 2011, pp. 1-27.
- Recklitis, C. J., Lockwood, R. A., Rothwell, M. A., & Diller, L. R. (2006). Suicidal ideation and attempts in adult survivors of childhood cancer. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 24(24), 3852–3857.
- Reeb, R. N., & Bush, J. P. (1996). Preprocedural Psychological Preparation in Pediatric Oncology: A Process-Oriented Intervention Study. *Children's Health Care*, 25(4), 265–279.
- del Ricon, C., Martino, R., Catá, E., & Montalvo, G. (2008). Cuidados paliativos pediátricos. El afrontamiento de la muerte en el niño oncológico. *Psicooncología*, 5(2-3), 425-437.
- Rodriguez, J. A. C. (2013). Evaluación psicológica em pacientes com câncer. In: J. A. C. Rodríguez. *Manual de psicooncología: tratamentos psicológicos em pacientes com câncer* (pp. 21-54). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Rodgers, C., Bertini, V., Conway, M. A., Crosty, A., Filice, A., Herring, R. A., Isbell, J., Lown DrPH, E. A., Miller, K., Perry, M., Sanborn, P., Spreen, N., Tena, N., Winkle, C., Darling, J., Slaven, A., Sullivan, J., Tomlinson, K. M., Windt, K., Hockenberry, M., Landier, W. (2018). A Standardized Education Checklist for Parents of Children Newly Diagnosed With Cancer: A Report From the Children's Oncology Group. *Journal of pediatric oncology nursing : official journal of the Association of Pediatric Oncology Nurses*, 35(4), 235–246.
- Santos, A. F. dos, & Santos, M. A. dos. (2015). Estresse e Burnout no Trabalho em Oncologia Pediátrica: Revisão Integrativa da Literatura. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(2), 437-456.
- Santos, S. S dos., Alves, A. B. da S., Oliveira, J. C., Gomes, A., Maia, L. F. dos S. (2017). A ludoterapia como ferramenta na assistência humanizada de enfermagem. *Revista Recien*. 7(21).

- Sasada, I., Munerato, M., & Gregianin, L. (2014). Mucosite oral em crianças com câncer - revisão de literatura. *Revista Da Faculdade De Odontologia - UPF*, 18(3).
- Sapiña, Á., Barahona, T., Cañete, A., Castel, V., & Bernabeu, J. (2011). Instrumentos Y Procedimientos En Evaluación Neuropsicológica En Niños Oncológicos, Con Riesgo De Desarrollar Deficits Cognitivos. *Psicooncología*, 8(2-3), 343-350.
- Scannavino, C. S. S., Sorato, D. B., Lima, M. P., Franco, A. H. J., Martins, M. P., Morais Júnior, J. C., Bueno, P. R. T., Rezende, F. F., & Valério, N. I. (2013). Psico-Oncologia: atuação do psicólogo no Hospital de Câncer de Barretos. *Psicologia USP*, 24(1), 35-53
- Seidl, E.M.F., Duarte, S. C. de S. Magalhães, D. B., & Costa, M. de V. (2019). Profile and Professional Practices of Health Psychologists of the Federal District. *Trends in Psychology*, 27(1), 249-264.
- Senado Federal. (2017). *Estatuto da criança e do adolescente*. Brasília: Senado Federal.
- Shah, N. N., & Wayne, A. S. Leukemias and Lymphomas (2015). In: Wiener, et al. (Orgs). *Pediatric Psycho-Oncology: A Quick Reference of the Psychosocial Dimensions of Cancer Symptom Management*. (pp. 3-10). 2a edição. Oxford: Nova Iorque
- Shwartz, L. A., Rowland, J. H., & Shad, A. (2015). Pediatric cancer survivors: moving beyond the cure. *Pediatric Psycho-Oncology: A Quick Reference of the Psychosocial Dimensions of Cancer Symptom Management*. (pp. 357-381). 2a edição. Oxford: Nova Iorque
- Sourkes, B., Kazak, A. E., & Wiener, L. (2015). Psychotherapeutic Interventions. In: Wiener, et al. (Orgs). *Pediatric Psycho-Oncology: A Quick Reference of the Psychosocial Dimensions of Cancer Symptom Management*. (pp. 177-186). 2a edição. Oxford: Nova Iorque.
- Straub, R. O. (2014). *Psicologia da saúde: uma abordagem biopsicosocial*. 3ª Edição. Porto Alegre: Artmed.
- Seitz, D. C. M.; Besier, T.; Goldbeck, L. (2009). Psychosocial interventions for adolescent cancer patients: a systematic review of the literature. *Psycho-Oncology*, 18(7), 683-690.
- Sitairesmi, M. N., Mostert, S., Gundy, C. M., Sutaryo, & Veerman, A. J. (2008). Health-related quality of life assessment in Indonesian childhood acute lymphoblastic leukemia. *Health and quality of life outcomes*, 6(96), 1-8.
- Silva, A. F. da, Issi, H. B., Motta, M. DA G. C. da, & Botene, D. Z. de A.. (2015). Palliative care in paediatric oncology: perceptions, expertise and practices from the perspective of the multidisciplinary team. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(2), 56-62.
- Silva, R. R. da. (2008). Espiritualidade e religião no trabalho: possíveis implicações para o contexto organizacional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 28(4), 768-779.
- Silva, F. de M. A. M., Silva, S. M. M. da, Nascimento, M. do D. S. B., & Santos, S. M dos. (2010). Cuidado paliativo: benefícios da ludoterapia em crianças hospitalizadas com câncer. *Boletim - Academia Paulista de Psicologia*, 30(1), 168-183.

Souza, J. R., & Araújo, T. C. C. F. de. (2010). Eficácia terapêutica de intervenção em grupo psicoeducacional: um estudo exploratório em oncologia. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 27(2), 147-159

Spink, M. J. P., et al. (2007). *A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Steele, A. C., Mullins, L. L., Mullins, A. J., & Muriel, A. C. (2015). Psychosocial interventions and therapeutic support as a standard of care in pediatric oncology. *Pediatric Blood & Cancer*, 62(S5), 585– 618.

Steliarova-Foucher, E., Colombet, M., Ries, L., Moreno, F., Dolya, A., Bray, F., Hesselning, P., Shin, H. Y., Stiller, C. A., IICC-3 contributors (2017). International incidence of childhood cancer, 2001-10: a population-based registry study. *The Lancet. Oncology*, 18(6), 719-731.

Trapiá, A., Tagliapietra, C., Usui, E., Hammoud, M., & Coelho, T. L. (2012). O psicoterapeuta e a escolha do material no processo de ludodiagnóstico. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 3(2), 233-240.

Trentacosta, C. J., Harper, F. W., Albrecht, T. L., Taub, J. W., Phipps, S.; Penner, L. A. (2016). Pediatric Cancer Patients' Treatment-Related Distress and Longer-Term Anxiety: An Individual Differences Perspective. *Journal of developmental and behavioral pediatrics*, 37(9), 753-761.

Trindade, W. A., & da Costa, C. L. (2009). O atendimento do paciente no contexto da internação. In: da Costa, C. L., Nakamoto, L. H., & Zeni, L. L. *Psico Oncologia em discussão*. São Paulo: Lemar pp 59-70

van Dijk-Lokkart, E.M., Braam, K.I., van Dulmen-den Broeder, E., Kaspers, G.J., Takken, T., Grootenhuis M.A., Streng, I.C., Bierings, M., Merks, J.H., van den Heuvel-Eibrink, M.M., Veening, M.A., & Huisman, J. (2016). Effects of a combined physical and psychosocial intervention program for childhood cancer patients on quality of life and psychosocial functioning: results of the QLIM randomized clinical trial. *Psychooncology*, 25(7), 815-822.

van Dijk-Lokkart, E.M., Braam, K.I., Kaspers, G.J.L., Broeder, E. V. D., Takken, T., Grootenhuis, M. A., Streng, I. C., Bierings, M., Merks, J. H., & Heuvel-Eibrink, M. M. V. D. (2015). Applicability and evaluation of a psychosocial intervention program for childhood cancer patients. *Support Care Cancer*, 23(8), 2327-2333.

Varni, J. W., Katz, E. R., Colegrove, R. & Dolgin, M. (1993). The Impact of Social Skills Training on the Adjustment of Children with Newly Diagnosed Cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 18(6), 751–767.

Veras, L. & Moreira, V. (2009). A compreensão do mundo vivido da criança sertaneja com câncer: contribuições do livro Dudu vai ao hospital. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 12(1), 3-16.

Viero, V., Beck, C., Freitas, P., Coelho, A., Lima, S., & Machado, B. (2014). Enfrentamentos da criança com câncer frente ao afastamento escolar devido internação hospitalar. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 4(2), 368 - 377.

Viet, M. T.; Barros, L. H. de T. Intervenções Em Psico-Oncologia Em Instituições. In: V. C. De Carvalho, et al. (Orgs.). *Temas em psico-oncologia* (pp. 362-372). São Paulo: Summus.

Villoria, E., Fernández, C., Padierna, C., & González, S. (2015). La intervención psicológica en pacientes oncológicos: una revisión de la literatura (2000-2014). *Psicooncología*, 12(2-3), 207-236.

Volpe, M. C. M. (2008). Questões legais e de direitos no câncer. In: V. C. De Carvalho, et al. (Orgs.). *Temas em psico-oncologia*. São Paulo: Summus, 2008. pp. 575-589.

Warren, K. E. (2015). Tumors of the Central Nervous System. pp. 39-47. In: Wiener, et al. (Orgs.). *Pediatric Psycho-Oncology: A Quick Reference of the Psychosocial Dimensions of Cancer Symptom Management*. (pp. 39-47). 2a edição. Oxford: Nova Iorque

Webster, M. L. & Skeen J. E. (2012). Communicating with Children: their Understanding, Information Needs, and Processes. In S. Kreitler, M. R., Ben-Arush, & A. Martin. *Pediatric Psycho-oncology Psychosocial Aspects and Clinical Interventions* (2ª ed., pp. 71-91). West Sussex: Wiley-Blackwell.

Wechsler, A., Alvarez, C., & Lloreda, M. J. (2014). Effectiveness of psychological interventions intended to promote adjustment of children with cancer and their parents: an overview. *Anales de psicología*, 30(1), 93-103.

Wiener, L., Devine, K. A., & Thompson, A. L. (2020). Advances in pediatric psychooncology. *Current opinion in pediatrics*, 32(1), 41-47.

Wiener, L., Battles, H., Mamalian, C., & Zadeh, S. (2011). ShopTalk: a pilot study of the feasibility and utility of a therapeutic board game for youth living with cancer. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 19(7), 1049-1054.

Wiener, L., Oppenheim, D., Breyer, J., Battles, H., Zadeh, S., & Patenaude, A. F. (2012). A worldview of the professional experiences and training needs of pediatric psycho-oncologists. *Psycho-oncology*, 21(9), 944-953.

Wiener, L., Viola, A., Koretski, J., Perper, E. D., & Patenaude, A. F. (2015). Pediatric psycho-oncology care: standards, guidelines, and consensus reports. *Psycho-oncology*, 24(2), 204-211.

World Health Organization (2007). *Early Child Development: A Powerful Equalizer*. Disponível em:
https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/ecd_final_m30/en/

Yamamoto, O. H., Trindade, L. C. B. de O., & Oliveira, I. F. de. (2002). O psicólogo em hospitais no Rio Grande do Norte. *Psicologia USP*, 13(1), 217-246.

Yates, M., & Samuel, V. (2019). Burnout in oncologists and associated factors: A systematic literature review and meta-analysis. *European Journal of Cancer Care*, 28(3).

Zeltzer, L. & Krane, E. J. (2015) Pain. In: Wiener, et al. (Orgs). *Pediatric Psycho-Oncology: A Quick Reference of the Psychosocial Dimensions of Cancer Symptom Management*. (pp. 91-104). 2a edição. Oxford: Nova Iorque

APÊNDICES

APÊNDICE A - Questionário das de Intervenções Psicossociais em Oncologia Pediátrica

Esta primeira parte do questionário visa obter algumas informações pessoais e profissionais dos respondentes para melhor compreensão dos contextos em que realizam suas práticas na área de oncologia pediátrica.

Após responder a estas questões iniciais, você será direcionado(a) para a segunda parte do questionário, em que serão apresentadas novas questões com a finalidade de conhecer suas ações e percepções no contato direto com crianças/adolescentes que têm o diagnóstico de câncer.

Não existem respostas certas ou erradas. O importante é que você responda a todas as questões e que assinale as alternativas de resposta que melhor correspondam a sua realidade.

1. Qual o seu gênero?

- Feminino
- Masculino
- Outros: _____

2. Qual a sua idade (em anos)? _____

3. Há quanto tempo você concluiu a graduação em Psicologia (em anos)? _____

4. Em que estado do Brasil você atua profissionalmente?

- () Acre
- () Alagoas
- () Amapá
- () Amazonas
- () Bahia
- () Ceará
- () Espírito Santo
- () Goiás
- () Maranhão
- () Mato Grosso
- () Mato Grosso do Sul
- () Minas Gerais
- () Pará
- () Paraíba
- () Paraná

- Pernambuco
- Piauí
- Rio de Janeiro
- Rio Grande do Norte
- Rio Grande do Sul
- Rondônia
- Roraima
- Santa Catarina
- São Paulo
- Sergipe
- Tocantins
- Distrito Federal

5. Qual sua titulação mais alta?

- Graduação
- Especialização
- Mestrado
- Master of Business Administration degree (MBA)
- Doutorado / PhD
- Pós-doutorado
- Outros: _____

6. Quais suas áreas de pós-graduação caso tenha cursado ou esteja cursando especialização, mestrado, doutorado ou residência multiprofissional?

- Psico-oncologia
- Psicologia da Saúde
- Psicologia Hospitalar
- Psicologia Médica
- Psicologia Clínica
- Medicina psicossomática
- Medicina comportamental
- Outra área dentro do campo da psicologia
- Outra área fora do campo da psicologia
- Não possuo pós-graduação

6a) Se você marcou a opção outra área para a questão 6, em que área você possui a sua pós-graduação? _____

7. Qual referencial teórico embasa sua prática profissional?

- Psicanálise
- Terapia Cognitiva
- Análise do Comportamento
- Terapia Cognitiva-Comportamental
- Existencial-Humanista
- Fenomenologia
- Outras: _____

8. Em que tipo de instituição hospitalar você trabalha atualmente?

- Hospital universitário/escola
- Hospital geral
- Hospital especializado em tratamento oncológico
- Hospital especializado em outro tipo de tratamento
- Hospital pediátrico
- Centro de tratamento oncológico
- Outro: _____

9. A instituição hospitalar em que você atende crianças/adolescentes com câncer é:

- Pública municipal
- Pública estadual
- Pública federal
- Particular lucrativa
- Particular filantrópica
- Particular beneficente
- Outro: _____

10. Qual o número de psicólogos que realizam atendimentos a crianças/adolescentes com câncer na instituição em que você atua?

- Somente 1
- 2 a 4
- 5 a 7

- 8 a 10
- Mais de 10

11. Em quais setores do hospital você atua com crianças/adolescentes com câncer?

- Enfermaria pediátrica
- Enfermaria cirúrgica
- Ambulatórios
- Brinquedoteca
- Outras: _____

12. Qual seu vínculo empregatício com a instituição onde atende crianças/adolescentes com câncer?

- Servidor público
- Empregatício (Celetista-CLT)
- Temporário
- Pesquisador
- Residente
- Professor e/ou supervisor (preceptor)
- Voluntário profissional
- Outros: _____

13. Há quanto tempo você trabalha com crianças/adolescentes com câncer em assistência hospitalar?

- 01 a 02 anos
- 03 a 05 anos
- 06 a 10 anos
- Mais de 10 anos

14. Em que esquema ocorrem seus atendimentos a crianças/adolescentes com câncer?

- Participo da rotina de atendimentos como membro da equipe multiprofissional oncopediátrica
- Atendo apenas quando recebo demandas da equipe de saúde, por pedido de parecer.

Atendo apenas na realização de procedimentos específicos. Por ex. preparação para cirurgia, psicodiagnóstico.

15. Qual a faixa de idade que você costuma atender prioritariamente?

0-5

6-10

11-15

Acima dos 15

Fim da primeira parte do questionário!

A seguir você irá encontrar questões sobre modos de avaliação e de intervenção psicológicas com crianças/adolescentes com câncer. Assinale aquelas alternativas que melhor descrevam a sua prática hospitalar.

Você poderá marcar mais de uma opção de resposta para cada pergunta.

E caso alguma(s) de sua(s) prática(s) não tenha(m) sido apresentada(s) como alternativa(s) de resposta, sinta-se à vontade para mencioná-la(s) na opção "outras".

A) Quando realiza avaliações diretamente com crianças/adolescentes com câncer, quais os aspectos principais que você costuma investigar?

Alterações comportamentais associadas ao adoecimento

Níveis de estresse ou distresse

Sinais ou sintomas de ansiedade

Sinais ou sintomas de depressão

Funcionamento neurológico e cognitivo

Pensamentos e crenças

Crescimento e desenvolvimento

Relações e suporte familiar

Relações interpessoais fora do âmbito familiar

Vida escolar

Modos de enfrentar a doença e seu tratamento

Significados atribuídos ao adoecimento e seu tratamento

Percepção de dor

- Valores e práticas culturais e/ou religiosas
- Outros: _____

B) Quais estratégias ou tipos de instrumento você tem utilizado com crianças/adolescentes com câncer quando realiza suas avaliações?

- Testes projetivos
- Testes psicométricos
- Testes psicológicos objetivos (motores, psicofisiológicos, cognitivos)
- Testes psicológicos subjetivos
- Escalas, inventários ou questionários
- Entrevistas com uso de recursos lúdicos
- Entrevistas sem uso de recursos lúdicos
- Observações do comportamento da criança/adolescente
- Outros: _____

C) Que objetivos melhor se aplicam a sua prática no atendimento a crianças/adolescentes com câncer?

- Acolher seus sentimentos e pensamentos
- Ajudar a criança/adolescente a compreender a doença e/ou o seu tratamento
- Reduzir seus níveis de ansiedade ou depressão
- Reduzir seus medos ou preocupações
- Melhorar a comunicação com familiares
- Melhorar a comunicação com membros da equipe de saúde
- Ajudar a lidar com questões relacionadas à vida escolar
- Ajudar a lidar com estressores associados à internação no hospital
- Facilitar a adesão ao tratamento
- Preparar para exames médicos
- Preparar para intervenções cirúrgicas
- Preparar para a admissão hospitalar
- Preparar para a alta hospitalar
- Melhorar o autoconceito, a autoestima ou a autoimagem
- Proporcionar momentos lúdicos que favoreçam o desenvolvimento infantil
- Proporcionar espaços de fala sobre assuntos que permeiam a vivência de câncer

- Potencializar recursos positivos da criança/adolescente, como otimismo e resiliência
- Outros: _____

D) Em que fase(s) ou período(s) da assistência a crianças/adolescentes com câncer você costuma intervir?

- Em processos de avaliação diagnóstica
- Na comunicação do diagnóstico oncológico
- Em tratamentos cirúrgicos
- Em tratamentos por radioterapia e/ou quimioterapia
- Em cuidados paliativos
- Na internação hospitalar em geral
- No acompanhamento ambulatorial
- No acompanhamento a crianças/adolescentes que tiveram remissão do câncer.
- Internação domiciliar/*homecare*
- Outros: _____

E) Que tipo de recursos você costuma utilizar quando realiza suas intervenções com a criança/adolescente com câncer?

- Brinquedos em geral
- Jogos com regras
- Jogos para uso da criatividade ou imaginação
- Bonecos/fantoches
- Contação de histórias, livros ou revistas
- Material para desenhos e pinturas
- Material de recorte e colagem
- Panfletos
- Vídeos
- Músicas
- Videogame
- Realidade virtual
- Material médico (real ou brinquedo)
- Celular, tablet ou computador
- Outros: _____

F) Em que local(is) você costuma realizar a sua intervenção com a criança/adolescente?

- Na enfermaria, a beira do leito hospitalar
- Em sala de recreação ou brinquedoteca
- Em sala de espera
- Em sala de procedimentos médicos
- Em centro cirúrgico
- Em consultório de uso específico da psicologia
- Em consultório de uso comum da equipe de saúde
- Domicílio
- Outros:

G) A seguir são apresentadas algumas intervenções que podem ser utilizadas por psicólogos com crianças/adolescentes durante o tratamento do câncer. Quais delas fazem parte do seu trabalho diretamente com as crianças/adolescentes?

- Ludoterapia não-diretiva: uso de recursos lúdicos escolhidos pela criança/adolescente e de acordo com os interesses manifestados por ela
- Ludoterapia diretiva: uso de recursos lúdicos propostos por você, com vista ao alcance de objetivos pré-definidos
- Psicoeducação: informações sobre a doença e/ou os seus tratamentos e os aspectos psicossociais envolvidos
- Dramatizações e encenações
- Desenhos e/ou pinturas
- Indução a estado hipnótico, através de sugestões e fantasias imaginadas.
- Exercício de imaginação
- Exercícios de respiração como a respiração do diagrama ou respiração profunda
- Técnicas de relaxamento para reduzir a tensão muscular
- Técnicas de atenção plena (*mindfulness*)
- Estratégias para facilitar o sono (higiene do sono)
- Treino em habilidades sociais. Por ex., como expressar opiniões e sentimentos para equipe de saúde ou familiares
- Distração: mudança do foco de atenção de uma determinada situação desconfortável para outras mais agradáveis

- Uso da tecnologia de realidade virtual.
- Estratégias para resolução de problemas, como ajudar a definir um problema e levantar alternativas sobre como lidar com o mesmo
- Psicoterapia breve
- Psicoterapia de grupo
- Suporte psicológico e acolhimento
- Grupo de atividades/Grupo de apoio
- Grupos psicoeducativos
- Atividades de estimulação motora ou cognitiva
- Outras: _____

H) Na sua prática, os pais costumam participar das suas intervenções com as crianças/adolescentes?

- Sempre
- Frequentemente
- Às Vezes
- Raramente
- Nunca

H1) De que forma os pais participam das suas intervenções com as crianças/adolescentes?

I) Na sua prática, outros profissionais costumam participar das suas intervenções com as crianças/adolescentes?

- Sempre
- Frequentemente
- Às Vezes
- Raramente
- Nunca

H1) De que forma os profissionais participam das suas intervenções com as crianças/adolescentes?

J) Existe algum programa, protocolo ou instrumento de intervenção específico que você tem utilizado em crianças/adolescentes com câncer?

Sim

Não

Ja) Em caso afirmativo, que programa(s), protocolo(s) e/ou instrumento(s) você tem utilizado?

K) Para você, o que é mais importante considerar na intervenção psicossocial com crianças/adolescentes com câncer?

Esta pesquisa possui um segundo momento relativo a participação em entrevista para aprofundamento de respostas. Também é de cunho opcional. Informe abaixo se você deseja ou não continuar colaborando nesta pesquisa mediante entrevista semiestruturada a ser realizada de modo online

Sim

Não

Você deseja receber informações acerca dos resultados desta pesquisa?

Sim

Não

Caso você deseje participar das entrevistas e/ou receber uma devolutiva acerca da pesquisa, deixe o seu endereço de e-mail para contato.

FIM DO QUESTIONÁRIO
AGRADECEMOS POR SUA PARTICIPAÇÃO!

Apêndice B- Entrevista sobre a experiência e a prática profissional

-Autorelato da escolha profissional e início de carreira:

1. Conte um pouco sobre quando e como você começou a trabalhar em psico-oncologia pediátrica.

-Modalidades de trabalho com a criança:

2. No seu trabalho com crianças no hospital, em que situações você costuma iniciar um atendimento diretamente com elas?
3. O que você leva em consideração ao escolher as estratégias de avaliação e/ou intervenção que irá utilizar com a criança?
A faixa etária da criança influencia na sua forma de trabalho? Se sim, como?
O tipo de câncer diagnosticado ou seu estágio de tratamento tem influência na sua intervenção com a criança? Se sim, como?
4. Como você busca construir o vínculo com a criança?
5. Quando e como os responsáveis pelas crianças são inseridos em suas avaliações e intervenções junto aos pacientes?
6. Em que momentos e de que modo suas intervenções com a criança ocorrem de modo conjunto ou articulado com outros membros da equipe oncológica?

-Percepções da experiência profissional:

7. Quais são as reações comumente demonstradas pelas crianças frente a sua abordagem a elas durante a internação hospitalar?
8. De que forma você avalia os resultados das intervenções que tem realizado com as crianças em oncologia?
9. Quais são as dificuldades com que você se depara ao realizar uma intervenção psicossocial junto a uma criança com câncer?
10. Por outro lado, quais são os benefícios que você sente ter ao realizar este trabalho?
11. Em relação a sua interação com a equipe multiprofissional de saúde, como você avalia a receptividade ao trabalho da psicologia?
12. A partir da sua experiência, como que você avalia o conhecimento que a equipe de pediatria possui sobre o trabalho do psicólogo neste contexto?

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) psicólogo(a),

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa intitulada “INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS EM ONCOLOGIA: LEVANTAMENTO DE PRÁTICAS DO PSICÓLOGO JUNTO A CRIANÇAS/ADOLESCENTES COM CÂNCER”, desenvolvida no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ) pelo mestrando Ray Roberto Andrade Nascimento, sob a orientação da Professora Dra. Lilian Maria Borges Gonzalez.

O objetivo é investigar estratégias psicossociais que são utilizadas por psicólogo(a)s que, como você, atuam junto a crianças/adolescentes com diagnóstico de câncer em atendimento hospitalar, assim como conhecer suas percepções acerca das práticas psicológicas realizadas neste contexto.

A colaboração na pesquisa é voluntária e ocorrerá de modo online, sem que você precise identificar a si mesmo(a) ou a instituição em que trabalha. Não haverá compensações ou custos financeiros caso aceite participar.

Como modo de participação, você deverá responder, via internet, a um questionário eletrônico, que está organizado em duas partes. Na primeira parte, são solicitadas informações sobre sua formação profissional e contexto de trabalho atual. Já na segunda parte do questionário, você deverá responder a questões sobre os procedimentos de avaliação e de intervenção psicológicos que costuma utilizar junto a crianças/adolescentes com câncer na rotina hospitalar.

Caso durante o preenchimento do questionário você venha a sentir algum tipo de desconforto ou prefira adiar ou mesmo desistir da participação na pesquisa, você poderá, a qualquer momento, interromper o processo fechando a janela do questionário sem enviá-lo. As respostas que você fornecer serão analisadas de forma anônima e confidencial. Os resultados da pesquisa

serão divulgados em eventos e em revistas científicas, porém sem conter informações que possam identificá-lo(a).

A sua participação poderá favorecer um maior conhecimento e uma melhor sistematização dos modos de avaliação e de intervenção que têm sido usadas em psico-oncologia pediátrica. Assim, profissionais que trabalham com crianças/adolescentes com câncer poderão dispor de mais modelos e estímulos para trabalharem em prol da qualidade de vida destas crianças/adolescentes.

Caso queira maiores informações sobre o projeto ou a sua participação, estaremos a disposição para esclarecimentos adicionais. Os nossos dados para contato se encontram abaixo.

Desde-já agradecemos.

Ray Roberto Andrade Nascimento (Pesquisador Principal)

E-Mail: raynascimentopsi@gmail.com

Prof.^a Dr.^a Lilian Maria Borges (Orientadora)

E-mail: lborgesufrj@gmail.com

Comitê de Ética da UFRRJ: (21)2681-4707; 2682-1220

Caso se disponibilize a colaborar voluntariamente com a presente pesquisa, informe que está ciente das informações do Termo de Consentimento e que concorda em participar.

- Estou ciente do Termo de Consentimento e aceito participar, sabendo que tenho a opção de desistir em qualquer momento. (*continua o questionário*)
- Não aceito participar. (*fim do questionário*)

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE **(ENTREVISTA)**

Prezado(a) psicólogo(a), você está sendo convidado a participar da pesquisa “Levantamento de intervenções psicossociais em oncologia: práticas do psicólogo junto a crianças com câncer”, realizada pelo pesquisador Ray Roberto Andrade Nascimento, aluno do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ), sob a orientação da Professora Dra. Lilian Maria Borges Gonzalez.

OBJETIVO: A pesquisa objetiva levantar as estratégias psicológicas adotadas por psicólogo/as que, como você, atuam junto a crianças com câncer no âmbito hospitalar, assim como investigar suas percepções acerca da prática profissional que exercem neste contexto.

PARTICIPAÇÃO: A participação nesta pesquisa deverá ser voluntária e ocorrerá de modo presencial ou *online*. Mesmo que você opte por participar, poderá desistir em qualquer momento sem que seja necessário dar quaisquer justificativas ou venha a ter quaisquer prejuízos. Não haverá compensações ou custos financeiros caso aceite colaborar com a coleta de dados.

PROCEDIMENTO: Sua contribuição para esta pesquisa consistirá em participar de uma entrevista semiestruturada com o pesquisador, de modo presencial ou *online*, via Skype, na data e horário que foi anteriormente agendada. As perguntas que compõem a entrevista abordam três temáticas principais: 1. A sua escolha profissional e início da sua carreira, 2. as modalidades do seu trabalho com crianças com câncer, e 3. as suas percepções profissionais.

GRAVAÇÃO: Caso concorde em participar da entrevista e essa seja presencial, um gravador de áudio será utilizado para registrar as suas respostas. Caso a modalidade seja online, a gravação se dará pelo próprio aplicativo do Skype. O áudio e as transcrições correspondentes

permanecerão sobre os cuidados do pesquisador. O sigilo das informações obtidas é assegurado. O seu nome, voz ou imagem não serão divulgados. O material ficará guardado por no mínimo de 01 ano, existindo a possibilidade da extinção desta gravação após o tempo determinado.

RISCOS: Caso durante a coleta de dados você venha a sentir algum tipo de incômodo, como comovido por alguma temática da entrevista, você poderá solicitar a interrupção da sua participação. Caso sinta algum desconforto, o pesquisador se coloca a disposição para fazer o acolhimento necessário.

BENEFÍCIOS: A sua participação poderá favorecer o conhecimento científico sobre as modalidades de avaliação e de intervenção psicológicas que têm sido usadas em psico-oncologia. A divulgação de tal conhecimento poderá fornecer aos psicólogos que trabalham com crianças com câncer mais modelos e estímulos para trabalharem em prol da qualidade de vida destas crianças.

CONFIDENCIALIDADE: As respostas que você fornecer na entrevista serão analisadas de forma anônima e confidencial. Isto significa que nem o seu nome, áudio, ou imagem, caso a entrevista seja feita virtualmente, não aparecerá em nenhum contexto. As informações obtidas serão digitalizadas. Os resultados desta pesquisa poderão ser divulgados em eventos científicos e/ou periódicos, porém sem conter informações que possam identificá-lo/a.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Caso venha a ter dúvidas ou reclamações sobre o projeto ou a sua participação, eu Ray Roberto Andrade Nascimento, pesquisador principal, e a Prof.^a Dr.^a Lilian Maria Borges Gonzalez, orientadora do pesquisador, estaremos a disposição para maiores esclarecimentos. Os nossos dados para contato se encontram abaixo. Você poderá imprimir uma cópia deste consentimento para guardar com você. Caso deseje participar desta pesquisa, informe os dados solicitados abaixo. Desde-já agradecemos.

Ray Roberto Andrade Nascimento (Pesquisador Principal)

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFFRJ)- PPGPSI

E-Mail: raynascimentopsi@gmail.com

Prof.^a Dr.^a Lilian Maria Borges Gonzalez (Orientadora)

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ)- PPGPSI

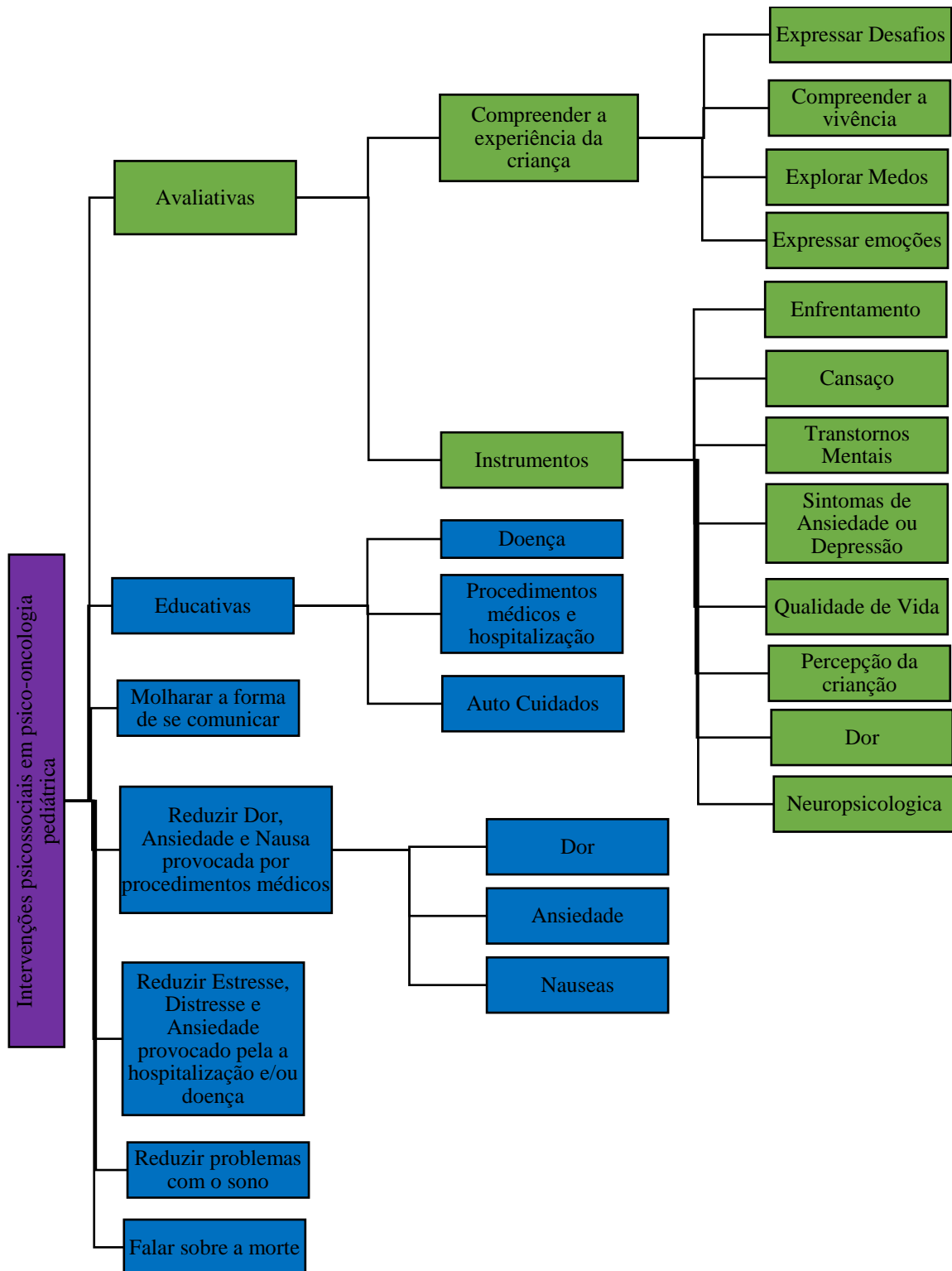
E-mail: lborgesufrj@gmail.com

Comitê de Ética da UFRRJ: (21)2681-4707; 2682-1220

() Afirmo que **estou ciente de todas as informações** presente neste termo de consentimento e **concordo** em participar da presente pesquisa, sabendo que a desistência em qualquer momento é uma opção que tenho, sem sofrer constrangimentos ou punição.

Data: _____

Apêndice E- Esquema mental das intervenções psicossociais em oncologia pediátrica



Intervenções avaliativas

Enfrentamento

Cansaço

Transtornos mentais

Sintomas de ansiedade ou Depressão

Qualidade de Vida

Percepção da criança

Dor

Neuropsicológica

Enfrentamento

- -AEHcomp: avaliação do enfrentamento da hospitalização. (Motta & Emuno, 2010)
- -The Pain Coping Questionnaire. (Orgiles, Mendez & Espada, 2009)

Cansaço

- -PedsQL Multidimensional Fatigue Scale. (Braan et. al, 2010; Braan et. al, 2016; Dijk- Lokkart et. al, 2015)

Transtornos mentais

- -Mini International Neuropsychiatric Interview KID (MINI KID). (Murguía, Rico & Sastrías, 2017).

Sintomas de ansiedade ou Depressão

- -Manifest Anxiety Scale (CMAS-R, Reynolds & Richmond, 1997) (Gallo, Hernández, Herrera & Zubieta, 2014)
- -Children's Depression Inventory (Braan et. al, 2010)
- -Escala Spence de Ansiedade Infantil (Murguía, Rico & Sastrías, 2017).

Qualidade de vida

- -PedsQL™ Generic Core Scales child- report version. (Braan et. al, 2010; Braan et. al, 2016; Dijk- Lokkart et. al, 2015; Sitaresmi, Mostert, Gundy, Sutaryo and Veerman, 2008)
- -EuroQOL–youth version questionnaire (EQ- 5D- Y) (Braan et. al, 2016)
- -The PedsQL 3.0 Cancer module. (Braan et. al, 2010; Dijk- Lokkart et. al, 2015; Sitaresmi, Mostert, Gundy, Sutaryo and Veerman, 2008)

Percepção da criança

- -Instrumento computadorizado de avaliação do brincar no hospital – ABHcomp. (Hostert, Enumo & Loss, 2014)
- -HTP (House, Tree, Person) cromático, padronizado por Buck. (Silva, da Silva, Nascimento & dos Santos, 2010)
- -Self-Perception Profile for Children. (Eapen, Mabrouk & Othmanb, 2008) Braan et. al, 2010; Dijk-Lokkart et. al, 2015)
- -Self-Perception Profile for Adolescents. (Braan et. al, 2010; Dijk-Lokkart et. al, 2015)
- -Teddy Bear's Picnic (TBP). (Chari, Hirisave & Appaji, 2013)
- -Illness-specific Adjustment Scale (IsAS). (Chari. Hirisave & Appaii, 2013)

Dor

- -Faces Pain Scale-Revised. (Orgiles, Mendez & Espada, 2009)
- -Facial Affective Scale (FAS). (Orgiles, Mendez & Espada, 2009)
- -Escala de OUCHER. (Orgiles, Mendez & Espada, 2009)
- -Termómetro da dor. (Orgiles, Mendez & Espada, 2009)
- -Pediatric Pain Questionnaire. (Orgiles, Mendez & Espada, 2009)
- -The Pain Coping Questionnaire. (Orgiles, Mendez & Espada, 2009)
- -The Adolescent Pediatric Pain Tool. (Orgiles, Mendez & Espada, 2009)
- -The Abu-Saad Paediatric Pain Assessment Tool. (Orgiles, Mendez & Espada, 2009)
- -Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale. CHEOPS. (Orgiles, Mendez & Espada, 2009)

Neuropsicológica

- -Escala de Comportamento Adaptativo Vineland – II. (Sapiña, Borahora, Cañete, Castel & Bernabeu, 2011)
- -WPPSI-III (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence - Third Edition). (Sapiña, Borahora, Cañete, Castel & Bernabeu, 2011)
- -WISC IV (Escala Wechsler de Inteligência para Crianças – 4a Edição). (Sapiña, Borahora, Cañete, Castel & Bernabeu, 2011)
- -Kaufman Bateria de Avaliação para Crianças (Kaufman-ABC). (Sapiña, Borahora, Cañete, Castel & Bernabeu, 2011)
- -Conners Kiddie Continuous Performance Test Second Edition. (Sapiña, Borahora, Cañete, Castel & Bernabeu, 2011)
- -Grooved Pegboard. (Sapiña, Borahora, Cañete, Castel & Bernabeu, 2011)
- -Peabody Picture Vocabulary Test-III. (Sapiña, Borahora, Cañete, Castel & Bernabeu, 2011)
- -Token test for children. (Sapiña, Borahora, Cañete, Castel & Bernabeu, 2011)
- -Benton Visual Retention Test. (Sapiña, Borahora, Cañete, Castel & Bernabeu, 2011)
- -Judgment of line orientation. (Sapiña, Borahora, Cañete, Castel & Bernabeu, 2011)
- -Figura complexa de rey. (Sapiña, Borahora, Cañete, Castel & Bernabeu, 2011)
- -California Verbal Learning Test CAVLT-2. (Sapiña, Borahora, Cañete, Castel & Bernabeu, 2011)
- -Stroop Color Word Test. (Sapiña, Borahora, Cañete, Castel & Bernabeu, 2011)
- -Childrens Color Trails Test. (Sapiña, Borahora, Cañete, Castel & Bernabeu, 2011)
- -Teste de Memória e de Aprendizagem - TOMAL. (Sapiña, Borahora, Cañete, Castel & Bernabeu, 2011)
- -Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF). (Sapiña, Borahora, Cañete, Castel & Bernabeu, 2011)

Intervenções Educativas

Procedimentos médicos e hospitalização

Doença

Autos Cuidados

Doença

- -Programa Psicológico em la informacion (PPBI). (Ortigosa, Méndez & Riquelme, 2009)
- -Re-Mission. (Ortigosa, Méndez & Riquelme, 2009)
- -Livro: Estou doente, e agora? Orientação para crianças com câncer. (Amaral, Soares & Gioia, 2016)
- -Psicoeducação (Kazak & Noll, 2015)

Auto cuidados

- -Re-Mission. (Ortigosa, Méndez & Riquelme, 2009)
- -Psicoeducação. (Kazak & Noll, 2015)

Procedimentos médicos e hospitalização

- -Contar Histórias (contos/fabulas/histórias). (Ortigosa, Méndez & Riquelme, 2009; de Moraes & de Andrade, 2013)
- -Filme. (Ortigosa, Méndez & Riquelme, 2009; Bragado, 2009)
- -Bone Marrows and Spinal Taps A child's View. Part 1: Danielle. (Ortigosa, Méndez & Riquelme, 2009)
- -Bienvenido al hospital (CD-ROM). (Ortigosa, Méndez & Riquelme, 2009)
- -Teddy Bear Hospital (hospital de Peluche). (Ortigosa, Méndez & Riquelme, 2009)
- -Desenhos. (de Moraes & de Andrade, 2013)
- -Bonecos e/ou Fantoques (de Moraes & de Andrade, 2013)
- -Celular (de Moraes & de Andrade, 2013)
- -Joy Gets a Bone Marrow and Spinal Tap (Bragado, 2009)
- -Ensaio Comportamental (Bragado, 2009)
- -Livro: Estou doente, e agora? Orientação para crianças com câncer (Amaral, Soares & Gioia, 2016)
- -Material Médico (Ortigosa, Méndez & Riquelme, 2009).

Intervenções para reduzir dor, ansiedade e nausea provocado por procedimentos médicos

Dor

Ansiedade

Nausea

Dor

Ansiedade

Náusea

- Musicaterapia (Ortigosa, Méndez & Riquelme, 2009)
- Hipnoterapia (Ortigosa, Méndez & Riquelme, 2009; Orgilés, Méndez, & Espada, 2009; Kazak & Noll, 2015; Bragado, 2009)
- Técnica de Respiração (Ortigosa, Méndez & Riquelme, 2009)
- Técnica de Relaxamento (Ortigosa, Méndez & Riquelme, 2009; Bragado, 2009; Orgilés, Méndez & Espada, 2009; Kazak & Noll, 2015)
- Autoinstrução (Ortigosa, Méndez & Riquelme, 2009)
- Realidade Virtual. (Ortigosa, Méndez & Riquelme, 2009; Orgilés, Méndez & Espada, 2009; Bragado, 2009).
- Técnica de Imaginação (Broering & Crepaldi, 2008; Orgilés, Méndez & Espada, 2009)
- Modelação (Broering & Crepaldi, 2008)
- Reforçamento (Broering & Crepaldi, 2008)
- Distração (Broering & Crepaldi, 2008; Bragado, 2009; Orgilés, Méndez & Espada, 2009; Kaushal, Satapathy, Chadda, Bakhshi, Sagar & Sapra, 2018; Kazak & Noll, 2015)
- Manejo de Contingencias (Orgilés, Méndez & Espada, 2009)
- Economia de Fichas (Orgilés, Méndez & Espada, 2009)
- Imaginação Guiada (Bragado, 2009; kazak & Noll, 2015).

- Musicaterapia (Gallo, Hernández, Herrera & Zubieta, 2014; Ortigosa, Méndez & Riquelme, 2009)
- Hipnoterapia (Ortigosa, Méndez & Riquelme, 2009)
- Técnica de Respiração (Ortigosa, Méndez & Riquelme, 2009)
- Técnica de Relaxamento (Ortigosa, Méndez & Riquelme, 2009; Bragado, 2009; Orgilés, Méndez & Espada, 2009)
- Distração (Ortigosa, Méndez & Riquelme, 2009)
- Autoinstrução (Ortigosa, Méndez & Riquelme, 2009)
- Manejo de Contingencias (Orgilés, Méndez & Espada, 2009)
- Economia de Fichas (Orgilés, Méndez & Espada, 2009)
- Biofeedback (Murguía, Rico & Sastrías, 2017)

- Musicaterapia (Ortigosa, Méndez & Riquelme, 2009)
- Hipnoterapia (Ortigosa, Méndez & Riquelme, 2009)
- Técnica de Respiração (Ortigosa, Méndez & Riquelme, 2009)
- Técnica de Relaxamento (Ortigosa, Méndez & Riquelme, 2009)
- Autoinstrução (Ortigosa, Méndez & Riquelme, 2009)
- Manejo de Contingencias (Ortigosa, Méndez & Riquelme, 2009)

Reduzir Estresse, Distresse (emoção negativa) e ansiedade provocado pela a hospitalização e/ou doença

Musicaterapia (Gallo, Hernández, Herrera & Zubieta, 2014)	Programa de Atividades Orientadas (Orgilés, Méndez & Espanada, 2009; Kaushal, Satapathy, Chadda, Bakhshi, Sagar & Sapra, 2018)	Treino em Habilidades Sociais (Kaushal, Satapathy, Chadda, Bakhshi, Sagar & Sapra, 2018)	Ensinar Estratégias de Enfrentamento (Kaushal, Satapathy, Chadda, Bakhshi, Sagar & Sapra, 2018)	Manejar Contingências (Kaushal, Satapathy, Chadda, Bakhshi, Sagar & Sapra, 2018)
Distração (Kaushal, Satapathy, Chadda, Bakhshi, Sagar & Sapra, 2018)	Técnica de Relaxamento (Kaushal, Satapathy, Chadda, Bakhshi, Sagar & Sapra, 2018)	Técnica de Respiração (Kaushal, Satapathy, Chadda, Bakhshi, Sagar & Sapra, 2018)	Expressão das emoções (Steele, Mullins, Mullins & Muriel, 2015)	Identificar Pensamentos Automáticos (Steele, Mullins, Mullins & Muriel, 2015)
Treinamento de Habilidades de resolução de problemas (Steele, Mullins, Mullins & Muriel, 2015)	Treino de Assertividade (Steele, Mullins, Mullins & Muriel, 2015)	Ludoterapia não diretiva (Chari, Hirisave & Appaji, 2013)	Hipnoterapia (Kazak & Noll, 2015)	Imaginação Guiada (Kazak & Noll, 2015)
	PIPH: Programa de Intervenção Psicológica no Hospital (Motta & Emuno, 2010)	QLIM: Quality Of Life in Motion (Braan et. al, 2010; Braan et. al, 2016; Dijk- Lokkart et. al, 2015; Dijk- Lokkart et. al, 2016).	Ludomóvil (Ortigosa, Méndez & Riquelme, 2009)	

Reduzir problemas de sono

Técnica de Relaxamento (Kaushal, Satapathy, Chadda, Bakhshi, Sagar & Sapra, 2018)	Técnica de Respiração (Kaushal, Satapathy, Chadda, Bakhshi, Sagar & Sapra, 2018)	Higiene do sono (Kaushal, Satapathy, Chadda, Bakhshi, Sagar & Sapra, 2018)
--	---	---

Falar sobre a morte

Desenhos (Gurgel & Lage, 2015)	Dramatização (Gurgel & Lage, 2015)	Livro: Dudu vai ao Hospital: compartilhando vivências de crianças com câncer” (Veras & Moreira, 2009)
-----------------------------------	---------------------------------------	--

Intervenção para melhorar a forma de se comunicar

Treino de habilidades sociais (Bragado, 2009)
--

Compreender a experiência da criança

Expressar Desafios	Compreender a Vivência	Explorar medos	Expressar emoções
--------------------	------------------------	----------------	-------------------

Expressar desafios

- Discussão em Grupo (Kaushal, Satapathy, Chadda, Bakhshi, Sagar & Sapra, 2018)
- ShopTalk (Steele, Mullins, Mullins & Muriel, 2015)

Compreender a vivência

- Livro: Dudu Vai ao hospital: Compartilhando vivências de crianças com câncer (Veras & Moreira, 2009)
- Ludoterapia não diretiva (Chari, Hirisave & Appaji, 2013)

Explorar medos

- Contar Histórias (del Rincón, Martino, Catá & Genay Montalvo, 2008)
- Gibis (del Rincón, Martino, Catá & Genay Montalvo, 2008)
- Comparações com personagens da TV e Filmes (del Rincón, Martino, Catá & Genay Montalvo, 2008)
- Desenhos (Gurgel & Lage, 2013)
- Dramatização (Gurgel & Lage, 2013)

Expressar emoções

- Contar Histórias (del Rincón, Martino, Catá & Genay Montalvo, 2008)
- Gibis (del Rincón, Martino, Catá & Genay Montalvo, 2008)
- Comparações com personagens da TV e Filmes (del Rincón, Martino, Catá & Genay Montalvo, 2008)
- ShopTalk (Steele, Mullins, Mullins & Muriel, 2015)
- Ludoterapia não diretiva (Chari, Hirisave & Appaji, 2013)

ANEXOS



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



TERMO Nº 3 / 2021 - PPGPSI (12.28.01.00.00.00.21)

Nº do Protocolo: 23083.001315/2021-30

Seropédica-RJ, 06 de janeiro de 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

RAY ROBERTO ANDRADE NASCIMENTO

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, área de Concentração em Psicologia.

DISSERTAÇÃO APROVADA EM 14/12/2020

Conforme deliberação número 001/2020 da PROPPG, de 30/06/2020, tendo em vista a implementação de trabalho remoto e durante a vigência do período de suspensão das atividades acadêmicas presenciais, em virtude das medidas adotadas para reduzir a propagação da pandemia de Covid-19, nas versões finais das teses e dissertações as assinaturas originais dos membros da banca examinadora poderão ser substituídas por documento(s) com assinaturas eletrônicas. Estas devem ser feitas na própria folha de assinaturas, através do SIPAC, ou do Sistema Eletrônico de Informações (SEI) e neste caso a folha com a assinatura deve constar como anexo ao final da tese / dissertação.

Profa. Dra Lillian Maria Borges Gonzalez. UFRRJ
(Orientadora, Presidente da Banca)

Profa. Dra. Ana Cláudia de Azevedo Peixoto. UFRRJ

Profa. Dra. Maria Rita Zoéga Soares. UEL

Profa. Dra. Márcia Regina Lima Costa. UNIGRANRIO

(Assinado digitalmente em 12/01/2021 06:54)
ANA CLAUDIA DE AZEVEDO PEIXOTO
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR
DeptPO (12.28.01.00.00.00.23)
Matrícula: 1808252

(Assinado digitalmente em 06/01/2021 20:09)
LILIAN MARIA BORGES GONZALEZ
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR
DeptPO (12.28.01.00.00.00.23)
Matrícula: 2077610

(Assinado digitalmente em 08/01/2021 22:28)
MÁRCIA REGINA LIMA COSTA
ASSINANTE EXTERNO
CPF: 787.133.667-34

(Assinado digitalmente em 08/01/2021 13:50)
MARIA RITA ZOEGA SOARES
ASSINANTE EXTERNO
CPF: 559.629.559-00

Para verificar a autenticidade deste documento entre em
<https://sipac.ufrj.br/public/documentos/index.jsp> informando seu número: 3, ano: 2021,
tipo: TERMO, data de emissão: 06/01/2021 e o código de verificação: cd177db180