

Mylla Christie Martins Gomes

NÍVEL DE EVIDÊNCIA E GRAU DE RECOMENDAÇÃO DE INTERVENÇÕES DA  
PSICOLOGIA PARA CRIANÇAS DURANTE O TRATAMENTO DE CÂNCER

Palmas – TO

2015

Mylla Christie Martins Gomes

NÍVEL DE EVIDÊNCIA E GRAU DE RECOMENDAÇÃO DE INTERVENÇÕES DA  
PSICOLOGIA PARA CRIANÇAS DURANTE O TRATAMENTO DE CÂNCER

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) elaborado e apresentado como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Psicologia pelo Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientador: Prof. M.e Fabiano  
Fagundes

Co-orientador: Prof. M.e Pierre Soares  
Brandão.

Palmas – TO

2015

Dados Internacionais da Catalogação na  
Publicação

Gomes, Mylla Christie M. G633n Nível de evidência e grau de recomendação de  
intervenções

da psicologia para crianças durante o tratamento de câncer /

Mylla Christie M. Gomes - Palmas, 2015

46fls.29 cm.

Orientação: Profo.MSc. Fabiano Fagundes, co-orientação: Pierre Soares Brandão  
TCC (Trabalho de Conclusão de Curso) Psicologia - Centro Universitário Luterano de  
Palmas. 2015

1. Câncer infantil - Hospitalização. 2. Psico-oncologia. I.  
Fagundes, . Fabiano II. Pierre Soares Brandão , III.  
Psicologia .

CDU: 159.922.7

Mylla Christie Martins Gomes

NÍVEL DE EVIDÊNCIA E DO GRAU DE RECOMENDAÇÃO DE INTERVENÇÕES DA  
PSICOLOGIA PARA CRIANÇAS DURANTE O TRATAMENTO DE CÂNCER

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) elaborado e  
apresentado como requisito parcial para obtenção de  
título de bacharel em Psicologia pelo Centro  
Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientador: Prof. M.e Fabiano Fagundes

Co-orientador: Prof. Me. Pierre Soares  
Brandão.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ BANCA

EXAMINADORA

---

Prof. M.e Fabiano Fagundes Orientador Centro  
Universitário Luterano de Palmas – CEULP

---

Prof. M.e Pierre Soares Brandão Co-orientador  
Centro Universitário Luterano de Palmas –  
CEULP

---

Profa Dra Ana Beatriz Dupré Silva Centro  
Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Palmas – TO

2015

### **RESUMO**

GOMES, Mylla Christie. **Nível de evidência e grau de recomendação de intervenções da psicologia para crianças durante o tratamento de câncer.** 2015. 44 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Curso de Psicologia, Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas/TO, 2015.

O câncer é a primeira maior causa de morte por doença entre crianças e adolescentes no

Brasil. As crianças que passam pelo processo de doença oncológica sofrem alterações em suas

vidas e mudanças em seus comportamentos, necessitando além de cuidados físicos, cuidados

emocionais. Para isso é de fundamental importância o papel da psicologia a fim de amenizar o

sofrimento e o impacto do câncer infantil. O presente trabalho tem por objetivo identificar

possibilidades de intervenção da Psicologia no atendimento de crianças com câncer. Para tal,

utilizou-se uma metodologia de pesquisa bibliográfica, na qual foram feitas seleções de artigos científicos disponíveis on-line na íntegra e sua classificação, segundo as variáveis:

autor, título do artigo, revista, ano, país, Classificação Qualis, principais ideias do autor, característica do estudo ou design metodológico, perfil populacional e amostragem, intervenção realizada, prognóstico, diagnóstico, diagnóstico diferencial e/ou prevalência de sintomas, resultados obtidos, grau de recomendação, nível de evidência e referência nas normas da ABNT. Trata-se de um estudo de finalidade pura ou básica com abordagem qualitativa, de caráter exploratório. As buscas foram efetuadas no portal de periódicos da CAPES, SCIELO, PUBMED e BVS. Como resultados a tendência das produções revelou grau de recomendação e nível de evidência baixa, restringindo-se a relato de casos, estudos de coorte, e caso controle. Apenas um estudo obteve grau de evidência científica confiável.

Palavras-chave: Câncer infantil. Hospitalização.  
Psico-oncologia.

### **ABSTRACT**

GOMES, Mylla Christie. **Level of evidence and grade of recommendation psychology interventions for children during the treatment of cancer.** 2015. 44 f. Work Completion of course (Graduation) - Course of Psychology, University Lutheran Center Palmas, Palmas / TO 2015.

Cancer is the first leading cause of death by disease among children and adolescents in Brazil.

Children who pass through the oncological disease process undergo changes in their lives and

changes in their behavior and needs as well as physical care, emotional care. For it is very

important the role of psychology in order to alleviate the suffering and the impact of

childhood cancer. This study aimed to identify psychology intervention possibilities in caring

for children with cancer. To do this, we used a bibliographical research methodology, in which were made selections of scientific articles available online in full and their classification, according to the variables: author, article title, journal, year, country, Rating

Qualis, main author's ideas, or methodological feature of the study design, population profile

and sampling, performed intervention, prognosis, diagnosis, differential diagnosis and / or

prevalence of symptoms, results, level of recommendation, level of evidence and reference in

ABNT. It is a study of pure or basic purpose with quali-qualitative approach, exploratory. The

searches were carried out at periodic portal of CAPES, SCIELO, PUBMED and BVS. As a

result the trend of production revealed recommendation grade and low level of evidence,

being restricted to case reports, cohort studies and case control. Only one study was the degree of reliable scientific evidence.

Keywords: Childhood cancer. Hospitalization. Psycho-oncology.

## SUMÁRIO

### 1 INTRODUÇÃO

..... 7

### 2 REFERENCIAL TEÓRICO

10

#### 2.1 CÂNCER INFANTIL



.....	10
<b>2.1.1 O Processo de Hospitalização da Criança com Câncer</b>	
.....	12
<b>2.1.2 O Processo de Tratamento da Criança co</b>	
<b>Câncer.....</b>	15
<b>2.1.3 Psicologia em Oncologia</b>	
.....	16
<b>2.1.4 Os Impactos Psicológicos do Câncer para Crianças</b>	
.....	17
<b>3 METODOLOGIA</b>	
.....	19
<b>4 RESULTADOS</b>	
.....	21
<b>5 DISCUSSÃO</b>	
.....	34
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	
.....	37
<b>REFERÊNCIAS</b>	
.....	39
<b>ANEXOS</b>	
.....	44

## **1 INTRODUÇÃO**

Segundo o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) (1990), Art.2, entende-se por

infância o período compreendido desde o nascimento até os 12 anos de idade incompletos.

A infância é uma das etapas essenciais durante o desenvolvimento das pessoas. É nela

que se fixam os eventos externos ao ponto de permanecer ou não durante a vida adulta, é a

fase que o indivíduo constrói sua relação com o próprio corpo e com o mundo externo por

meio de suas vivências pessoais, familiares e sociais (CARDOSO, 2007).

Quando a criança se encontra em fase de adoecimento, principalmente com câncer

que é um evento imprevisível e devastador, podendo causar sequelas físicas e psicológicas

que serão marcantes para a criança. Sua rotina e seus hábitos próprios da infância poderão ser

alterados devido às limitações e aos tratamentos que a doença impõe (CARDOSO, 2007).

O câncer é considerado uma doença maligna e sua alta prevalência e impacto social

acomete crianças sem distinção de idade, sexo, cor e raça. A doença em si, integrada com o

processo de hospitalização, demanda procedimentos que causam medo e angústia em relação

à mudança de rotina na vida da criança.

O ambiente hospitalar envolve inúmeros estressores que afetam a criança, como a dor,

os procedimentos médicos invasivos e o aspecto não-familiar, ou seja, o desconhecido no

local hospitalar. Esses eventos causam alterações na vida da criança, tornando-se contingências para mudanças em seus padrões comportamentais (SOARES, 2003). Assim, a

forma como a criança vai encarar a doença e suas respectivas sensações poderão

depende do

atendimento e tratamento a ser realizado.

O tratamento adequado implica, além dos cuidados físicos, saber lidar com o sofrimento, com a dor e com a mudança de comportamento decorrente de tratamentos invasivos. Portanto, além da recuperação biológica, deve ser dada atenção aos aspectos sociais

da doença, uma vez que a criança precisa receber atenção integral em seu ambiente familiar,

visando o bem-estar e a qualidade de vida do paciente. Assim, médicos, psicólogos, enfermeiros, nutricionistas e outros profissionais são determinantes nesse processo (INCA

2008).

Sabendo da importância da psicologia no contexto hospitalar ao promover mudanças e

melhora na assistência integral das pessoas, questiona-se sobre as intervenções existentes na

área, ou seja, busca-se saber quais são as possíveis intervenções da psicologia no atendimento

de crianças com câncer.

Tendo em vista a necessidade da assistência psicológica em pacientes oncológicos, o

objetivo geral desta pesquisa foi identificar na literatura científica o grau de recomendação e

8

nível de evidência científica de intervenções da Psicologia no atendimento de crianças com

câncer. Como objetivos específicos estabeleceram-se: (1) pesquisar intervenções que

dão

atenção ao processo de hospitalização e tratamento e (2) relatar os impactos psicológicos

causados pela doença.

A pesquisa tem relevância significativa para a sociedade na medida em que os tratamentos aplicados, se utilizados de maneira adequada e auxiliados com os meios de

intervenção da psicologia, poderão contribuir no aumento das taxas de sobrevivência, minimizar

os efeitos do tratamento tardio e transmitir informações à sociedade. Na relevância acadêmica, a pesquisa mostrou a importância da psicologia no ambiente hospitalar, pois, de

acordo com Simonetti (2004, p. 20), “o psicólogo pode fazer muito pouco em relação a doença em si, este é o trabalho do médico, mas pode fazer muito no âmbito da relação do

paciente com seu sintoma: esse sim é um trabalho do psicólogo”.

Assim, a criança quando se encontra limitada de seus comportamentos habituais, passa

por um processo muito difícil de hospitalização, fazendo com que seu mundo interior permaneça rodeado de fantasias, dúvidas e medos. A psicologia vem proporcionar um ambiente saudável, trazer conforto aos conflitos internos e externos da criança. O trabalho de

intervenção além de propiciar melhores resultados no tratamento e atendimento à criança,

possibilita a integração da equipe hospitalar, todos caminhando em prol de um único objetivo:

o bem-estar físico e psicológico da criança diante das situações novas decorrentes da doença.

Assim, fica evidente a importância dessa pesquisa para a ampliação da área de atuação do

psicólogo no ambiente e/ou na rotina hospitalar.

Percebe-se que é de grande valia essa pesquisa, pois consiste na sistematização das

produções científicas conferindo visibilidade ao que já foi produzido e publicado, na temática

de intervenções psicológicas no atendimento de crianças com câncer, apresentando suas

características e apontando as lacunas que precisam ser preenchidas.

Costa Junior (2001, *online*) relata que:

mesmo com a existência de indicadores da expansão da atuação profissional em psico-oncologia no Brasil, um levantamento de dados efetuado junto aos trabalhos apresentados e temas discutidos durante os Congressos e Encontros Brasileiros de Psico-Oncologia, apontou: a) a existência de um perfil profissional ainda um pouco assistencialista e; b) uma maior quantidade de relatos de experiência profissional, em detrimento de estudos de investigação científica, com rigor metodológico. Desta forma, pressupõe-se que a psicologia pode promover intervenções no

atendimento de crianças com câncer, pois é a ciência que trata de aspectos psicológicos e

comportamentais, porém estas intervenções não são registradas em produções científicas com

o devido rigor metodológico.

9

Assim, o trabalho inicia apresentando o câncer infantil e seus impactos psicológicos; o

processo de hospitalização e tratamento utilizado na criança com câncer e o papel da

psicologia em oncologia que tem a finalidade de prevenir e promover saúde tanto em nível

individual como coletivo. Desta forma procurou-se entender o processo de tratamento a que a

criança é submetida e os meios de intervenção que a psicologia poderá proporcionar a fim de

amenizar a dor do tratamento da criança com câncer.

Posteriormente, será apresentado, no percurso metodológico, a caracterização do

estudo, os critérios de inclusão e exclusão, levantamento bibliográfico, os instrumentos de

análise de dados, as variáveis da pesquisa, tipos de intervenções psicológicas, grau de recomendação e nível de evidência científica e, por fim, as questões relacionadas à organização e análise de dados.

A terceira parte apresentará os resultados do estudo, sendo abordada a quantidade de

artigos encontrados, pré-selecionados e selecionados para a coleta de dados, para, em seguida,

apresentar e discutir os resultados encontrados referentes aos artigos de intervenção da

psicologia para o atendimento de crianças com câncer. Por fim, nas considerações finais,

serão apontadas as conclusões obtidas no desenvolvimento deste trabalho.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

## 2.1 CÂNCER INFANTIL

A palavra câncer foi utilizada pela primeira vez por Hipócrates, o pai da medicina, e vem do grego Karkínos que significa caranguejo (BRASIL, 2011). O câncer não é considerado uma doença recente, pois já tinha indícios de sua existência há mais de 3 mil anos antes de Cristo, fato que só foi comprovado devido a descoberta de sinais de acometimento de câncer em múmias egípcias. Sendo assim, o câncer é conhecido como um conjunto de mais de 100 doenças genéticas relacionadas.

Segundo o INCA (2008), o câncer corresponde a um grupo de várias doenças que afeta as células, tornando-as anormais e podendo aparecer em qualquer parte do corpo, multiplicando-se e formando tumores como as leucemias (que afetam os glóbulos brancos), além dos cânceres do sistema nervoso central e os linfomas (sistema linfático), os quais são os mais comuns na infância e na adolescência.

De acordo com as taxas de incidência do câncer infantil, a leucemia linfática aguda (LLA) foi o tumor mais frequente correspondendo a 23% dos cânceres na faixa etária entre 0 e 14 anos. O segundo tipo mais comum foi a leucemia não-linfóide ou mielóide aguda, apresentando uma taxa de 1/5 da LLA, enquanto que 22,1% corresponderam a taxa dos tumores de Sistema Nervoso Central (SNC) sendo que, a soma das duas leucemias

alcançaram a metade de todos os cânceres ocorridos nessa faixa etária (INCA, 2008).  
O

neuroblastoma (tumor de células do sistema nervoso periférico, frequentemente de localização

abdominal) com 7,7%, e os tumores de Wilms (tipo de tumor renal) e linfoma não-Hodgkin,

ambos com 5,9%, são os outros tipos de tumores sólidos mais recorrentes na infância (INCA, 2008).

No Brasil, anualmente, o câncer representa a primeira causa de morte por doenças

entre crianças e adolescentes compreendidas de 1 a 19 anos, com estimativa de mais 9000

casos novos de câncer infanto-juvenil, com base em referências dos registros de base populacional, considerando todas as regiões. Com relação ao tratamento do câncer, houve

melhora significativa nas quatro últimas décadas, sendo que, hoje, 70% das crianças acometidas de câncer podem ser curadas, se diagnosticadas precocemente e tratadas em

centros especializados. Após o tratamento correto, a maioria das crianças terá boa qualidade

de vida (INCA, 2008).

O câncer infantil é diferente do câncer adulto. Enquanto o câncer na criança na maioria das vezes afeta as células do sistema sanguíneo e os tecidos de sustentação, o câncer

no adulto afeta as células do epitélio, que reveste os órgãos da mama e do pulmão (INCA,



2012).

Nos adultos, o aparecimento do câncer, pode estar associado a fatores ambientais e

comportamentais, como tabagismo, alcoolismo, má alimentação, falta de atividade física

regular, exposição ao sol, entre outros. Nas crianças, até o momento, não existem evidências

científicas que permitam observar essa associação. Deste modo, é importante enfatizar a

relevância do diagnóstico no contexto atual, já que a prevenção é um desafio para o futuro

(NAAC, 2015).

Pode-se dizer que existe um tumor benigno quando as células do organismo mantêm

uma aparência normal e permanecem no local onde nasceram. Já o tumor maligno é caracterizado quando a célula mantém aparência diferente do normal, multiplicando e produzindo metástases, se espalhando por diversas partes do corpo, o que é chamado de

câncer. O fator da causa do câncer ainda não é conhecido, só se sabe que em regra, as crianças

não nascem com o tumor e não herdamos dos pais. A doença em si não é contagiosa

(GRAACC, 2015).

Estima-se que no Brasil nos anos de 2014 e 2015 cerca de 11.840 crianças e adolescentes serão acometidas de casos novos de câncer, por ano. Sendo que, as regiões que

apresentarão maiores números de casos novos são Sudeste e Nordeste com 5.600 e 2.790,

respectivamente, depois vem à região Sul com 1.350, acompanhadas pelas regiões Centro-

Oeste com 1.280 e Norte com 820 (INCA, 2008).

Diante disso, é necessário estar atento às formas de apresentação dos tumores da

infância (INCA, 2008):

a) Quando a criança torna-se vulnerável a infecções com sangramentos e dores nos

ossos, é sinal de estar acometida por leucemia mediante a invasão da medula

óssea por células anormais.

b) São sintomas da retinoblastoma o embranquecimento da pupila quando exposta a

luz, podendo apresentar a fotofobia ou estrabismo que ocorre em crianças com

menos de três anos de idade. Atualmente a pesquisa dessa enfermidade pode ser

realizada a partir do nascimento da criança.

c) O tumor de Wilms e neuroblastoma podem ser observados pelos pais quando a

criança apresentar um aumento da massa ou volume no abdômen.

d) Quando a criança apresentar dores nos membros pode ser sinal de tumores sólidos

que se manifestam pela formação de massa, podendo ser visíveis ou não, sintoma

frequente no osteossarcoma (tumor no osso em crescimento), comum em

adolescentes.

### **2.1.1 O Processo de Hospitalização da Criança com Câncer**

A vida familiar sofre grandes transformações com a existência de uma criança acometida de câncer, pois todos se envolvem com o processo de hospitalização e tratamento.

Cavicholi (2005) esclarece que, após o diagnóstico do câncer infantil, a doença não se torna

unicamente voltada para a criança, mas principalmente aos pais que terão suas vidas modificadas nos aspectos afetivo, financeiro e profissional. O impacto do câncer em comparação a outras doenças é muito forte, pois as pessoas tendem a relacionar o câncer com

a dor, tratamentos invasivos e morte, mesmo com os avanços que a saúde vem adquirindo na

área da oncologia (STRAUB, 2005).

Todo diagnóstico negativo é difícil para a família e, em se tratando de criança com

câncer, torna-se mais doloroso, fazendo com que toda a estrutura familiar seja rompida, pois a

criança é mais vulnerável, necessitando de maiores cuidados. O equilíbrio familiar pode ser

reestabelecido a partir do momento que a família se adapta à doença e ao tratamento (NASCIMENTO et al., 2005).

Assim, é de suma importância a dedicação dos pais no auxílio do tratamento da criança, já que elas são submetidas a diversos procedimentos médicos, que podem provocar

efeitos colaterais e até mesmo mutilações. Diante dos estigmas e mitos advindos dessa doença

e, principalmente, do risco de morte, diferentes reações são manifestadas (CARDOSO, 2007).

Valle e Ramalho (2008) afirmam que são comuns as reações de desespero, incredulidade e

angústia. O processo de hospitalização, além de causar medo na criança, também

aflige os

familiares, de forma que em algumas situações, por motivos de falta de conhecimento de

como proceder para auxiliar no tratamento da criança, e ainda por não receberem orientações

por parte da equipe de saúde, os acompanhantes sentem-se preocupados e receosos em

influenciar negativamente na recuperação da criança e, para amenizar as tensões no

enfrentamento dessa situação, os familiares procuram outros meios de distração, utilizando

geralmente a conversa (MILANESI et al., 2006).

Pesquisa realizada por Beck e Lopes (2007), a respeito das pessoas que cuidam de

crianças portadoras com doença de câncer, indica que a vida das mesmas é atingida de modo

significativo tendo grandes mudanças na maneira de se comportar, pois os familiares muitas

vezes deixam de cuidar de si próprios, abandonando suas horas de lazer, da vida social, seu

repouso e até mesmo de estar no mercado de trabalho. Quando se trata das mães, essas

dedicam-se exclusivamente aos filhos durante o tempo que a criança permanece internada,

ficando vulnerável a ser acometida por enfermidade, em razão de negligenciar seu autocuidado.

Para Cardoso (2007), os pais enfrentam tensão quando lidam com a enfermidade do

filho, tanto que se desligam da sua vida matrimonial e dedicam toda sua atenção e forças para

o tratamento do filho, o que pode trazer graves problemas no relacionamento conjugal. O

conhecimento da equipe de saúde em relação ao diagnóstico do câncer infantil é fundamental

para que se possa exercer um trabalho de apoio junto a família e a criança doente, evitando a

desestrutura familiar.

A infância é uma etapa fundamental para o desenvolvimento humano. A criança nessa

fase pratica atividades físicas intensas, que são fundamentais para que possa conhecer e

explorar o seu ambiente, fazendo com que seu conhecimento e sua percepção de mundo sejam

aprimorados. E para que isso aconteça, é necessário que a criança esteja em gozo de saúde.

Quando sua saúde é afetada, surgem mudanças que podem alterar todo o ciclo vital.

Mudanças que se caracterizam pelo processo de doença que pode ser acompanhado ou não de

hospitalização (OLIVEIRA, 2009).

Para a compreensão do processo saúde-doença é imprescindível o

entendimento de

saúde e qualidade de vida. A Organização Mundial de Saúde (OMS,1946) conceitua saúde

como sendo um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Já a qualidade de vida é

compreendida como sendo a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da

cultura e sistemas de valores nos quais ele vive em relação a seus objetivos, suas expectativas,

seus padrões e suas preocupações (CALVETT et al.,2008).

Quando se ouve a palavra hospitalização, ocorre um impacto na vida da pessoa, por

trazer mudanças significativas durante a internação. Quando a pessoa é a criança acometida

de doença crônica como o câncer, o impacto é bem maior, pois poderá passar por várias

internações prolongadas, durante toda a sua infância, podendo proporcionar situações traumáticas que perpetuarão durante a vida (BARROS; LUSTOSA, 2009).

A regra usada para que o ambiente hospitalar seja normalizado seria estruturar o tempo, de maneira que a criança se sinta sob controle, pois na rotina do dia-dia a criança

segue determinadas normas, que incluem horários fixos para refeições, estudos, brincar,

dormir, ir à escola entre outros. Enquanto que, no hospital a criança não se submete as mesmas regras (OLIVEIRA et al., 2004).

No ambiente hospitalar as regras e rotinas são diferenciadas, deixando a criança sem a

noção do tempo, fazendo com que o dia se torne longo e cansativo. Além disso, o hospital

14

para a criança é um local visto como agressivo, invasivo, amedrontador e punitivo, por ter

normas e proibições que estão distantes do seu ambiente habitual, permanecendo em uma

situação passiva frente aos procedimentos hospitalares (SILVA, 2003).

O processo de hospitalização é cercado de procedimentos que estão sujeitos a complicações inesperadas que são vivenciadas por crianças ou adultos. Algumas das complicações são facilmente assimiladas pela pessoa, no entanto, outras precisam de atenção

especial para que possa evitar a ocorrência ou quando não há a possibilidade de evitar, fazer

com que as sequelas sejam diminuídas. Os hábitos das pessoas são mudados, deixando de ter

atividades rotineiras, distanciando-se da família, passando por uma bateria de exames e

procedimentos invasivos em busca de melhora rápida em relação à doença (FIGUEIREDO,

2009).

Para a criança, o ambiente hospitalar é desconhecido tanto na estrutura física como no

cotidiano, pois o hospital tem normas diferentes das vivenciadas pela criança e sua família, as

quais precisam de adaptação às normas aplicadas no hospital. Com as normas e procedimentos impostos como horários, refeições, vestimentas, leitos, falta de

privacidade, os

hospitais podem proporcionar condições capazes de gerar uma despersonalização do paciente

e dificuldades na capacidade de enfrentamento da doença (OLIVEIRA et al., 2009).

Para que a criança se sinta acolhida e encare o sofrimento da doença de uma forma

menos agressiva, é de fundamental importância a maneira como a equipe irá recebê-la (FIGUEIREDO, 2009).

Quando a criança se encontra hospitalizada, pode manifestar atitudes de maneiras

diferentes dependendo da sua idade, personalidade e hábitos familiares. Uma dessas atitudes

pode ser a regressão, ou seja, a criança volta a agir como se regredisse às fases anteriores, já

superadas, como voltar a chupar o dedo, mas apresenta também outros comportamentos como

a depressão, a ansiedade, o choro, sossego e medos (OLIVEIRA; DANTAS; FONSECA,

2004).

Assim sendo, quando a criança é hospitalizada com câncer, necessita de cuidados que

envolvem o processo de subjetividade, ou seja, toda a relação de dor, hostilidade e sentimentos que até então a criança desconhecia. O nível de desenvolvimento psicológico, o

tipo de doença, as atitudes do médico e o grau de apoio familiar são fundamentais para medir

as reações da criança à doença e à hospitalização (BALDINI; KREBS, 1999).

Além disso, é essencial a equipe de psicólogos e terapeutas na orientação da



criança e

no trabalho da problemática da doença, contribuírem com o vínculo terapêutico entre paciente, família e equipe. É importante que o psicólogo esteja atento as falhas de

15

comunicação entre eles, a fim de evitar dificuldades de relacionamento diante do enfrentamento da situação e nas possíveis intervenções a serem realizadas (CARDOSO, 2007).

### **2.1.2 O Processo de Tratamento da Criança com Câncer**

Segundo o INCA (2008), a criança acometida pelo câncer responde melhor aos tratamentos atuais do que os adultos, pois o câncer infanto-juvenil por ser de natureza embrionária, constitui-se de células indiferenciadas, proporcionando melhores respostas ao tratamento, diferente dos adultos nos quais as células afetadas são do epitélio.

Ainda de acordo com o INCA (2008), o diagnóstico correto é fundamental para que se faça um tratamento adequado, por isso sempre deve procurar um laboratório confiável que possa fornecer o correto estudo de imagens. Além disso, diante da complexidade da doença, o tratamento deve ser realizado em centro hospitalizado que compreenda as três modalidades principais de tratamento: quimioterapia, cirurgia e radioterapia, que devem ser aplicadas de maneira racional e individual, de acordo com a gravidade do tumor. As várias especialidades

de profissionais da saúde como oncologistas, pediatras, cirurgiões, radioterapeutas, patologistas, radiologistas, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas e farmacêuticos, exercem suas atividades em conjunto sendo fator determinante para o sucesso do tratamento.

Os altos índices de cura do câncer infantil, que correspondem aproximadamente a 70%, são alcançados em razão dos métodos utilizados no tratamento e também do diagnóstico precoce. E, para que isso aconteça é importante observar os sinais e sintomas que a criança manifesta devido à doença. Dentre eles incluem-se dores de cabeça pela manhã e vômito, caroços no pescoço, nas axilas, na virilha, dores nas pernas que não passam e atrapalham as atividades das crianças, manchas arroxeadas na pele, como hematomas ou pintinhas vermelhas, ínguas, aumento do tamanho da barriga e brilho branco em um ou nos dois olhos quando a criança sai em fotografias com flash (GRAAC, 2010).

De acordo com Pedreira e Palanca (2007, apud CARDOSO, 2007), o tratamento da criança possui particularidades e pode propiciar alterações psicossociais. Essas alterações podem ser provocadas por:

- a) Hospitalizações: Quando a criança se encontra hospitalizada, gera um distanciamento da família, do ambiente escolar e do ambiente social.
- b) Procedimentos médicos: os procedimentos são geralmente invasivos e

dolorosos,

podendo provocar fobias, estresse, medo e sentimentos de impotência na criança.

Os pais poderão influenciar negativamente no tratamento, pois, geralmente

16

demonstram ansiedade e medo diante da doença, deixando a criança confusa em

relação ao seu tratamento.

c) Efeitos Colaterais: são muitos os efeitos, mas dentre eles se destacam as náuseas,

vômitos, queda de cabelo, úlceras bucais, ganho de peso, amputação, esterilidade,

danos cerebrais e atraso no crescimento.

d) Acompanhamento a longo prazo: é devido as consultas médicas, que mesmo

depois de ter cessado a doença, é necessário seu acompanhamento. Não há certeza

que a doença foi curada, causando insegurança com relação à sobrevivência, pois

existe a iminência de surgir outros tumores. Essa insegurança causa um grande

estresse, pois mesmo sem a presença da doença, existe o medo que ela reapareça.

Durante o tratamento é necessário o apoio psicossocial, e que o psicólogo forneça

informações certas no momento apropriado ao longo do processo de elaboração das experiências vividas pela criança, contribuindo para resultados positivos no enfrentamento e

adaptação da doença (FRANÇOSO, 2001).

### **2.1.3 Psicologia em Oncologia**

Segundo o Instituto de Oncologia (2015), entende-se por oncologia a especialidade

médica que estuda os tumores. Sua origem tem dois significados, na palavra grega “oykos”

que significa volume, ou tumor, e na expressão “logia” que tem o significado de estudo. A

oncologia volta-se para a forma como o câncer se desenvolve no organismo e qual o tratamento mais adequado para cada caso. É essencial o tratamento multiprofissional, devido

à complexidade da doença.

O processo de adesão e recuperação é dificultado ao paciente oncológico devido este

alimentar concepções negativas sobre a doença. A psicologia da saúde utiliza forma diferenciada para levar à criança assistência psicológica, que tem o objetivo de prevenir e

promover saúde, tanto em nível individual como coletivo (MIRANDA, 2012).

A publicação da Portaria n° 3.535 do Ministério da Saúde publicada no Diário Oficial

da União, em 14/10/1998, determina a presença obrigatória do psicólogo junto a equipe multidisciplinar, com a intenção de oferecer suporte psicológico no atendimento oncológico

na rede do SUS, além de definir a competência do psicólogo nesse trabalho (MIRANDA,

2012).

A Psico-Oncologia representa a união entre a psicologia e a oncologia que é essencial

para cuidar dos pacientes com câncer. A união dessas duas áreas resulta no maior conhecimento que possibilita a integração dessas especialidades dentro de uma perspectiva de

trabalho que vise à valorização dos aspectos emocionais do paciente oncológico. A

17

participação do psicólogo na equipe de oncologia é imprescindível, pois o câncer não é apenas

uma doença que afeta o corpo, mas sim o psicológico, as particularidades, subjetividades,

história de vida e todo o contexto em que a pessoa está inserida (CARDOSO, 2007).

Ainda segundo Cardoso (2007), o psicólogo tem três focos de intervenção na oncologia pediátrica, que são a criança, a família e a equipe de saúde. Com relação à criança,

as intervenções são realizadas de diversas maneiras. Individualmente (quando a criança não

for capaz ou recusar a realização de atividades em grupo como musicoterapia, arteterapia,

etc.). A prática de atividades em conjunto com outras crianças proporciona a interação social

e o compartilhamento de experiências e sentimentos que ajudam na melhora do enfrentamento

da elaboração da doença no hospital. Mesmo após a alta hospitalar, caso haja necessidade

deve oferecer suporte emocional à criança.

De um modo geral, cerca de 60% das formas de câncer são preveníveis, isso significa

que deve haver uma política social de saúde com ação comunitária, com intuito de realizar um

trabalho de prevenção, segundo a sua importância. O trabalho psicológico em qualquer de

suas formas facilita na detecção do diagnóstico, mediante aceitação dos tratamentos, alívio

dos efeitos secundários proporcionando uma melhor qualidade de vida, e no paciente terminal, uma melhor qualidade de morte, ou seja, com menos sofrimento (CARVALHO, 2002).

A Psico-Oncologia tem o objetivo de auxiliar o paciente durante o enfrentamento de

sua doença. Além disso, é papel do psicólogo promover meios em que o paciente possa ter

uma melhor compreensão sobre o câncer. Para fornecer essa compreensão, é necessário que o

psicólogo tenha um conhecimento amplo sobre a patologia, a fim de dar novos significados à

doença (MIRANDA, 2012).

Sendo assim, o trabalho da Psico-oncologia diz respeito à elaboração dos efeitos traumáticos que a experiência da doença pode proporcionar e fazer dela uma vivência positiva, possibilitando recursos saudáveis para lidar com situações difíceis. A psicologia

poderá impedir que a criança tenha uma imagem negativa do hospital, pois embora ela seja

curada clinicamente do câncer, é inevitável o contato com o ambiente hospitalar (CARDOSO,

2007). **2.1.4 Os Impactos Psicológicos do Câncer**

**para Crianças**

Quando a criança está hospitalizada rompe-se o vínculo que ela tinha com seu ambiente habitual, modificando seus costumes e seus hábitos. Tudo ao seu redor é novo e ela

não sabe como agir em cada momento, pois isso dependerá dos familiares que permanecem ao

seu lado e aos profissionais da saúde. Quando a doença é complexa, os pacientes

18

transformam-se em “doentes difíceis” de tratar, já que sua esperança de cura e sensação de

incapacidade permeiam seus pensamentos de forma a modificar suas reações gerando atitudes

de rebeldia ou de abandono, ou ambas. Estes sentimentos poderão interferir no quadro clínico

da doença, pois a partir do momento em que se simula uma “conduta de doença”, que não faz

parte do estado real da doença, criam-se transformações no quadro clínico (LÓPEZ, 1998).

Segundo Whaley e Wong (1999), a doença e a hospitalização formam as primeiras

crises que as crianças se deparam. Durante os primeiros anos de vida as crianças são particularmente vulneráveis às crises de doença e hospitalização. Isso acontece porque o

estresse modifica o estado de saúde e a rotina ambiental, e as crianças, como possuem um

número reduzido de mecanismos de enfrentamento para resolver os estressores, acabam tendo

reações a estas crises que são influenciadas por sua idade, experiências com a doença,

separação ou hospitalização, habilidades de enfrentamento inatas e adquiridas, gravidade do

diagnóstico e sistema de suporte disponível.

Ainda de acordo com os autores, a mente da criança é cercada de incertezas e dúvidas

que facilitam o agravamento da doença. O medo do que está por vir, a ansiedade em ver os familiares em um estado nunca visto antes, e mesmo que a aparência dos pais ou familiares

seja disfarçada com gestos e carinhos, a criança em seu interior sente que algo não vai bem.

Além das mudanças corporais, da vontade de comer, de brincar ou fazer algo que antes fazia

sem nenhum esforço, a criança sente-se perdida. Descobre-se em um mundo diferente da sua

realidade. O processo de adaptação às circunstâncias novas repercute no modo de ser e viver

da criança. Além da dor física, a dor emocional é bastante intensa, pois o sentimento da morte

iminente assusta a criança, repercutindo em sensações desagradáveis que não são necessariamente produzidas pela doença física.

### **3 METODOLOGIA**

Realizou-se uma pesquisa bibliográfica de finalidade pura ou básica com abordagem



Quali-quantitativa, de caráter exploratório. O levantamento bibliográfico aconteceu através da

biblioteca da instituição CEULP/ULBRA e artigos científicos no portal de periódicos da CAPES, Scielo, Bireme, Pubmed e Google Acadêmico.

A busca foi realizada de março a outubro de 2015, atendendo os critérios de inclusão:

ser artigo científico de periódicos indexados nas bases de dados Portal de Periódicos da

CAPES, Scielo PubMed, Bireme e Google Acadêmico; abordar intervenção da psicologia

aplicada à crianças em tratamento de câncer e ser obtido através de buscas diretas e por

combinações das palavras-chaves: câncer infantil, câncer pediátrico, câncer da pediatria,

crianças com câncer, hospitalização, intervenção, psicologia oncológica, psico-oncologia.

Foram excluídos os artigos científicos que não tratavam de intervenção no ambiente

hospitalar e que não foram aplicados por profissionais da psicologia.

Como instrumento de análise de dados, utilizou-se um formulário que foi construído

com base nas variáveis do estudo, de modo que cada variável correspondeu a um campo para

coleta de dados, ou seja, recolha das seguintes informações: nome dos autores das pesquisas,

título do artigo, nome da revista, ano de publicação do trabalho, país onde a pesquisa foi

realizada ou nacionalidade dos participantes do estudo, Classificação Qualis, principais

ideias

do autor, característica do estudo ou design metodológico, perfil populacional e amostragem,

intervenção realizada, prognóstico, diagnóstico, diagnóstico diferencial e/ou prevalência de

sintomas, resultados obtidos, grau de recomendação, nível de evidência e referências

normas da ABNT.

Para dinamizar a análise de dados, o formulário foi adaptado em uma planilha do Microsoft Excel de modo que cada campo de coleta do formulário (que corresponde a uma

variável do estudo) foi convertido em uma coluna, sendo cada estudo incluído na amostra

inserido nas linhas da planilha. Tal estratégia tornou mais rápida a conversão dos dados em

uma tabela de resultados. Para essa pesquisa, encontram-se algumas variáveis como tipo de

estudo e metodologia utilizada que incluem população e amostra, idade, sexo e localidade.

Também foram apontados os resultados encontrados, incluindo a avaliação e conclusão dos

autores na prática da utilização das intervenções, classificando-as como apropriada ou inapropriada, útil ou desnecessária, compreensível ou complexa, e se existem recomendações

peculiares relacionadas a essa técnica.

Para verificação do grau de recomendação e do nível de evidência científica, utilizou-

se o instrumento desenvolvido pelo *Oxford Centre for Evidence-based Medicine* (1998) (Anexo A).

O instrumento foi desenvolvido pelo Centro de Oxford para a medicina baseada em evidências, com a finalidade de oferecer aconselhamento clínico, orientando para as falhas que possam existir em determinado estudo, ou seja, direciona a pesquisa para o tipo de prova que tem probabilidade de oferecer resultados confiáveis, sendo examinados os diferentes tipos de estudos e, conforme os delineamentos foram hierarquizadas as evidências, colocadas na ordem de importância:

1. Revisões sistematizadas e meta-análises
2. Ensaios clínicos aleatorizados e controlados
3. Ensaios clínicos aleatorizados e controlados sem resultados significativos/definitivos
4. Estudos prospectivos (estudos de coortes – *cohort studies*)
5. Estudos retrospectivos (*case-control studies*)
6. Estudos transversais (*cross sectional studies*)
7. Casos clínicos

As revisões sistematizadas e meta-análises, seguidos dos ensaios clínicos aleatorizados, são os estudos que devem ser pesquisados em primeiro lugar. Caso não exista

este tipo de estudo, é que se deve procurar a evidência nos demais estudos, sendo importante

ressaltar que os casos clínicos são os menos confiáveis, por se tratar de estudo de amostra

pequena, podendo limitar somente a uma pessoa.

Na elaboração da análise crítica dos artigos, questões estratégicas foram respondidas

conforme o tipo de abordagem da publicação (diagnóstica, terapêutica, de dano, prognóstica)

servindo como guia para orientar uma metodologia sistemática de apreciação minuciosa das

publicações científicas. Sendo assim, durante a leitura crítica de uma publicação científica,

foram avaliados os pressupostos definidos do erro aleatório e verificadas as conclusões do

estudo. As separações em níveis de evidências é que orientam a elaboração de graus de

recomendações e refletem o nível de certeza e clareza das publicações e seu poder de modificar e orientar a tomada de decisão final.

21

#### **4 RESULTADOS**

Foi realizada uma busca total com 2.591 artigos nas bases de dados Periódicos da

CAPES, SCIELO e PUBMED, com a finalidade de identificar intervenções psicológicas voltadas para crianças com câncer.

O fluxograma abaixo apresenta a seleção de amostra após a aplicação da estratégia de busca e dos critérios de inclusão, bem como a distribuição dos componentes da amostra segundo o tipo de estudo, nível de evidência científica e grau de recomendação. Do total de 56 publicações de livre acesso pré-selecionadas, nos idiomas inglês, espanhol e português, foram incluídos 5 estudos.

Figura 1 - Resultados da busca e seleção dos artigos.

Durante a realização da busca percebeu-se um número maior de artigos que não tinham relação com o objetivo da pesquisa. Dentro dos 2.591 artigos foram encontrados resultados de sobreviventes do câncer, diagnósticos, aids, cura do câncer, adultos com

leucemia e acompanhantes de crianças, que foram descartados, restando 56 artigos pertinentes

à pesquisa. Dos 56 artigos, apenas 5 foram selecionados, atendendo aos requisitos de formulário de coletas de dados e aos critérios da inclusão da pesquisa.

O diagnóstico mais comum era de malignidades hematológicas, leucemia, seguido de

neoplasia maligna, linfoma de leucemia e tumor sólido. Durante a realização da busca notou-

22

se uma ênfase em artigos voltados para a avaliação de ansiedade e níveis de dores relacionadas às crianças com câncer. Percebeu-se poucos artigos relacionados à psicologia no

desenvolvimento de intervenções, dando abrangência para a área da enfermagem.

A semelhança encontrada nos artigos excluídos diz respeito às intervenções realizadas

pela enfermagem, artigos voltados para a descrição de saúde relacionada à qualidade de vida

entre crianças com câncer, artigos descritivos voltados para a revisão de literatura e as necessidades de explicar os tratamentos em pacientes de câncer com base na resposta

fisiológica do paciente. Ou seja, os artigos excluídos mencionam a ênfase em tratamentos e

estudos de avaliações que visam à prevenção e a informação do que deve ser feito para

intervir no atendimento da criança com câncer, mas não realizam a intervenção a fim de obter

resultados que poderão ou não estar de acordo com as teorias existentes.

As características do estudo, classificação Qualis, intervenção realizada, resultados

obtidos, grau de recomendação e nível de evidência científica, são visualizados na Tabela 1.

Entre os cinco artigos selecionados, segundo a variável característica de estudo, verificou-se

que relato de casos incluindo coorte ou caso-controle de menor qualidade com grau de recomendação e nível de evidência C4, teve maior destaque, apresentando dois artigos.

Com relação aos Estudos de Coorte incluindo ensaio clínico randomizado de menor

qualidade, obteve-se apenas um artigo, com grau de recomendação e nível de evidência B2b.

Quanto aos estudos de caso controle, também foi identificado um artigo, com grau e nível de

evidência B 3b. Quanto ao ensaio clínico controlado randomizado com intervalo de confiança

estreito, verificou-se apenas um artigo, com grau de evidência e nível de confiança A1b. A

distribuição dos artigos, segundo a variável ano de publicação, mostrou um resultado ascendente: 2007, 2010, 2011, 2014 e 2015.

No que diz respeito às intervenções realizadas, houve uma concentração maior no

brincar terapêutico, indicando dois artigos. Obteve resultado de apenas um artigo para cada

modalidade de: técnica hipnótica junto ao tratamento medicamentoso, intervenção psicossocial e intervenção psicoeducacional multidimensional com referência às

recomendações da literatura existente. Os artigos selecionados foram analisados de acordo

com os critérios previamente definidos e são apresentados na tabela abaixo:

23

Tabela 1 - Resultados da análise dos dados

**Autor(es) e ano** **Principais ideias do autor**

**Característica do estudo, perfil populacional e amostragem**  
**Grau de recomendação e nível de evidência**

Melo et.al (2007)

**Intervenção realizada Resultados obtidos Qualis**

Tornar o ambiente hospitalar mais agradável, desmistificando o pavor da rotina hospitalar, transformando-a em brincadeiras lúdicas.

Relato de Caso. Participaram desse Projeto crianças de ambos os sexos, na faixa etária de 0 a 21 anos  
O projeto possibilitou a aproximação entre todas Brincar psicoterapêutico  
as pessoas envolvidas no  
B2 C4 processo de hospitalização.

Motta e Enumo (2010)

Analisar os efeitos da intervenção psicológica em crianças com câncer, com foco no treino de estratégias para o enfrentamento da hospitalização.

Estudo de Coorte (Incluindo Ensaio Clínico Randomizado de menor qualidade). Participaram 12 crianças (sete meninos e cinco meninas) com idade entre 7 e 12 anos.

Obteve uma redução

Brincar psicoterapêutico.

significativa dos comportamentos não

A1 B 2b

facilitadores.

Zamora e Trejo (2011)

A ideia do autor é utilizar a técnica hipnótica durante o procedimento médico a fim de amenizar a dor, ansiedade e angústia sentida pela criança durante o tratamento.

Relato de Caso. Participou da pesquisa uma criança do sexo masculino com idade de 11 anos.  
Fornece orientação sobre a Técnica hipnótica junto  
capacidade que o paciente com tratamento  
teve de responder a medicamentoso

sugestões e envolver-se com imagens.

B4 C4

24

Chan et.al (2014)

A ideia do autor era fazer uma estimativa do efeito de relaxamento e educação do paciente, como utilizado na gestão CANV entre os pacientes pediátricos de câncer.

Caso Controle. Foram recrutados os pais e o total de 20 pacientes com 5,4 anos de idade.

Intervenção Psicoeducacional Multidimensional.

Redução de vômitos, em pacientes do grupo de relaxamento.



s/A B 3b

Lokkart *et. al* (2015)

Reforçar o funcionamento sócio- emocional da criança, melhorando o funcionamento psicossocial e aumentando a participação em atividades físicas.

Estudo Controlado Randomizado Multicêntrico. Participaram do estudo crianças com idades de 8 a 18 anos.

Resultados indicam que a intervenção psicossocial é aplicável para pacientes com câncer durante a

s/A A 1b infância ou durante o primeiro ano após o tratamento

2

5

Dos artigos selecionados, dois tiveram em comum a intervenção voltada para o brincar

terapêutico, os recursos lúdicos (livros, brinquedos, papéis e lápis de cor), com o intuito de

reduzir comportamentos não facilitadores como chorar, ficar triste, fugir e sentir culpa.

Dentre eles pode-se citar o artigo das autoras Motta e Enumo (2010), que fizeram uma

pesquisa experimental com amostra de conveniência e descreve o Programa de Intervenção

Psicológica, que visa promover estratégias de enfrentamento durante a hospitalização de crianças

com câncer. Foram realizadas 24 atividades relacionadas a uma atividade lúdica, a fim de incluir

o componente terapêutico às brincadeiras da criança.

As atividades envolviam a identificação de sentimentos, por meio de caça palavras de

sentimentos, pintura de carinhas de sentimentos, boliche de sentimentos a partir de instrumentos

musicais; técnicas de reestruturação cognitiva, técnicas de modelagem de comportamentos, por

meio da manipulação de objetos e personagens que retratam o cotidiano médico; técnicas de

busca de informação sobre a doença e o tratamento, por meio da leitura de histórias centradas no

problema; e técnicas com foco na distração cognitiva e comportamental.

Além disso, foram avaliados os efeitos comportamentais da intervenção psicológica

lúdica. Participaram 12 crianças com câncer com idades de 7 a 12 anos, internadas em hospital

público infantil.

Para identificar as estratégias de enfrentamento que a criança verbalizou, foi utilizado o

Instrumento Informatizado de Avaliação do Enfrentamento da Hospitalização (AEH).

Segundo Motta e Enumo (2010):

essas estratégias estão incluídas nas categorias de enfrentamento de “nível superior”, considerando-se as 13 estratégias propostas por Skinner, Edge, Altman e Sherwood (2003), com base em revisão das escalas de enfrentamento, especialmente em crianças: solução de problema, busca por suporte, esquiva, distração, reestruturação cognitiva, ruminação, desamparo, afastamento social, regulação da emoção, busca por informação, negociação, oposição e delegação”. Os instrumentos utilizados para intervenção foram 20 telas ilustradas com desenhos

coloridos, sendo uma versão para menina e outra para menino. Segundo as autoras, os desenhos

de cada tela apresentavam cenas de comportamentos facilitadores e não facilitadores. Os

comportamentos facilitadores referem-se ao brincar, assistir TV, dançar, conversar, ler gibi dentre

outros. Já os comportamentos não facilitadores referem-se aqueles comportamentos

desfavoráveis como ficar triste, chorar, desanimar, fazer chantagem, sentir culpa sentir medo,

pensar em fugir e pensar em milagre.

2  
6

A ideia das autoras é dividir as crianças em 2 grupos, a fim de compará-las e avaliar os

efeitos comportamentais e a eficácia da intervenção psicológica lúdica. O primeiro grupo é

composto por 6 crianças, sendo 3 meninos e 3 meninas. As crianças do primeiro grupo foram

submetidas à intervenção lúdica centrada no enfrentamento. O segundo grupo também é

composto por 6 crianças sendo 4 meninos e 2 meninas, porém não foram submetidos à intervenção lúdica, participando apenas do brincar livre. É importante ressaltar que todas as

crianças tinham acompanhamento psicológico pela equipe de Saúde Mental da Enfermaria de

Oncologia do Hospital.

Os resultados da pesquisa mostram que na comparação de intergrupos não houve

diferenças significativas nos comportamentos facilitadores e não facilitadores avaliados no pré e

pós-teste, porém na comparação intragrupo, o primeiro grupo, que foi submetido à intervenção

psicológica lúdica, diminuiu significadamente os comportamentos não facilitadores avaliados no

pré e  
pós-teste.

Com o grau de recomendação B e nível de evidência 2b, as autoras conseguiram

identificar que intervenções psicológicas são necessárias no contexto hospitalar, pois, como

mostra a pesquisa, o Programa de Intervenção Psicológica Hospitalar contribuiu para a redução

significativa de comportamentos não facilitadores. As técnicas de intervenção focavam nos

comportamentos, tentando alterar e/ ou remover o estressor que desencadeava cada um dos

comportamentos. Concluiu-se que a intervenção foi eficaz, proporcionando novas maneiras na

atuação da psicologia hospitalar.

O segundo artigo que tem como base, especificamente, o brincar psicoterapêutico, é o

Diversão em Movimento de Pedrosa et al. (2007). O presente artigo descreve as atividades

lúdicas desenvolvidas por diversos profissionais como psicóloga, médico, terapeuta ocupacional

e bibliotecário. A intervenção consiste em disponibilizar os recursos lúdicos, como livros,

brinquedos, papéis e lápis de cor em um carrinho de curativos, adaptado para percorrer as

enfermarias, proporcionando diversão às crianças hospitalizadas. Além da descrição da atividade

trabalhada no hospital, o artigo correlaciona as etapas do desenvolvimento da aprendizagem com

os instrumentos lúdicos utilizados, considerando as ideias de Jean Piaget e Bruno Bettelheim.

O estudo, por ser caracterizado como relato de caso, recebeu o grau de recomendação C e

nível de evidência 04, deixando claro que o grau de evidência científica é baixo, porém os

resultados obtidos no projeto são considerados satisfatórios. O projeto possibilitou a aproximação

2  
7

entre todas as pessoas envolvidas no processo de hospitalização, contribuindo para a humanização e o enriquecimento do ambiente escolar, além de proporcionar alegria com a

implantação de algo novo na rotina das crianças hospitalizadas.

Apenas um artigo preocupou-se com a eficácia da hipnose aliada ao medicamento com a

finalidade de diminuir a percepção da dor e ansiedade decorrente do tratamento. O artigo é parte

da tese de doutorado em psicologia da psicóloga clínica Laura Miriam Ramirez Zamora, que

trabalha com o psicoterapia cognitivo-comportamental em adultos e hipnose Ericksoniana em

crianças e adolescentes.

A literatura menciona variedades de intervenções psicológicas relacionadas ao manuseio

da dor em crianças com câncer. Entre elas encontram-se: distração, ludoterapia, psicoterapia,

hipnose, imaginação guiada, dentre outras.

Para Lioffi (2006) a terapia cognitiva e hipnose são consideradas eficazes de acordo com

os critérios da Associação Americana de Psicologia. Sendo assim, o objetivo desse estudo foi

fazer uma intervenção em um paciente de onze anos, diagnosticado com linfoma de leucemia de

alto risco na idade blástica aguda.

A intervenção foi realizada com uma combinação de anestésico local e técnica hipnótica

em um paciente pediátrico diagnosticado com câncer. Tendo em vista a dor sentida durante a

inserção de uma agulha no quadril, para detectar a presença de células cancerosas, e tendo em

vista os efeitos colaterais desse procedimento, foi utilizada uma escala visual analógica para

medir a ansiedade.

A pontuação 0 significa nenhuma ansiedade e 10 significa ansiedade geral. A escala

*Distress Behavioral Observacional* desenvolvida por Jay et al. (1983), foi utilizada para avaliar o

comportamento de angústia durante a realização dos procedimentos médicos.

Foram trabalhadas com o paciente e sua mãe, com a finalidade de atender seus estilos de

enfrentamento, as histórias de dor e estratégias utilizadas pelo paciente. Mãe e filho mostraram

estilo de enfrentamento adaptativo com pensamentos positivos e aceitação da doença.

A escala clínica hipnótica Stanford foi aplicada para avaliar o grau de resposta da criança

à hipnose (MORGAN; HILGARD, 1979). Para aplicá-la, o terapeuta começa com uma indução

de relaxamento, na qual a pessoa permanece de olhos fechados, seguido por reagentes como

levantar a mão, alucinação visual e auditiva, sonho e regressão. A técnica foi explicada ao

paciente, dando a possibilidade de renunciar se assim desejasse, sem que afetasse o tratamento

2  
8

médico. Feito isto, o paciente foi colocado em uma posição fetal, e seu dedo foi picado, induzindo o relaxamento muscular envolvendo-se em cenas, acompanhado pela técnica hipnótica.

Foram feitas mais treze sessões em que o tratamento médico de aplicar anestesia local (4 a 5ml de

lidocaína e 1ml de bupivacaína) foi acompanhado da técnica hipnótica. O paciente mostrou boa

resposta à indução fechando os olhos e imaginando estar em uma fazenda com animais, em um

rio, na casa de sua tia ou em um parque com árvores e flores. Ao final da sessão, o paciente deu

nota dez ao relaxamento obtido.

Os resultados desse estudo mostraram o desempenho do paciente com a utilização de

midazolam em comparação à técnica psicológica. Em uma escala de 0 a 10, conclui-se que o

escore de ansiedade aumentou de forma considerável nas primeiras sessões da técnica psicológica

(4), em seguida cai para 3. O comportamento de angústia manteve entre 1 e 2. Ao perguntar ao

paciente a sua percepção final da aplicação da técnica, avaliou como 4 o controle da dor com

midazolam e 7 em relação a técnica psicológica. Relatou que durante o tratamento médico com o

uso de midazolam, sentiu muita ansiedade chegando a alcançar a média 9, porém com a técnica

hipnótica a ansiedade diminuiu obtendo média 6.

O estudo conclui que a aplicação da Escala Clínica Hipnótica Stanford forneceu orientação sobre a capacidade que o paciente teve de responder a sugestões e envolver-se com

imagens, mostrando bons resultados quando usado à técnica hipnótica. Além disso, o uso da

técnica proporcionou uma redução considerável de custos, apresentando um lucro para a

instituição, além de oferecer vantagens ao paciente, como descartando a necessidade de jejum

antes do procedimento médico e proporcionando o tempo de recuperação imediata e sem efeitos

colaterais como náuseas e sonolência.

Assim como a intervenção de diversão em movimento, a técnica hipnótica mostrou grau

de evidência científica baixo, por ser também um estudo de relato de caso que inclui



coorte e

caso controle de menor  
qualidade.

Com relação aos outros dois últimos artigos, o primeiro falou de uma intervenção psicossocial em pacientes com cancro da infância, na qual foram aplicadas técnicas cognitivo-

comportamentais a fim de modificar o comportamento da criança e o funcionamento sócio

emocional, reforçando as estratégias de enfrentamento. O objetivo secundário desta intervenção

foi aumentar a participação em atividades físicas, melhorando a qualidade de vida do paciente.

As crianças deste estudo participam do estudo *Qualidade of Life in Motion* (Qlim), que é um

2  
9

estudo randomizado para analisar o efeito de aplicar exercícios físicos aliados à intervenção

psicossocial em crianças com  
câncer.

A intervenção psicossocial programada pelo psicólogo treinado do centro de tratamento

de oncologia pediátrica teve duração de 12 semanas e incluiu seis sessões para a criança de 60

minutos cada. No início e no final do programa, é incluída uma sessão aos pais, na qual as

crianças não estão  
presentes.

A implementação da intervenção foi personalizada através da adaptação do

número de

exercícios dentro dos tópicos de acordo com as necessidades do paciente individual, além disso, o

psicólogo poderia promover e adaptar o programa dentro dos temas para os pacientes individuais

de acordo com sua avaliação clínica. Os pacientes receberam seu próprio manual com

informações gerais sobre os temas abordados e exercícios para as sessões de treinamento em

cas

a.

A pesquisa caracterizada como um estudo controlado e randomizado multicêntrico (RCT)

combinou um programa de terapia de exercícios pediátricos liderado por um fisioterapeuta e a

intervenção psicossocial liderado pelo psicólogo.

O conteúdo dos módulos de intervenção psicossocial envolveu: aumento da autoconsciência e autoconfiança, expressando características positivas sobre si mesmo;

sentimentos básicos, medo, raiva, felicidade e tristeza; saber lidar com situações difíceis não

relacionados à doença através de exercícios de relaxamento e perguntas sobre sua doença;

possíveis mudanças nos contatos sociais com os pares, lidando com a sexualidade e

relacionamentos na adolescência, tendo como exercícios a equipe de apoio; possíveis mudanças

nas relações com pais e irmãos, exercitando as mudanças dentro da família através de compartilhamento de sentimentos; olhando para o futuro em geral, com planejamentos de manter

os exercícios físicos na vida

diária.

Após o período do estudo, os psicólogos avaliaram as intervenções e completaram um

questionário sobre a sua experiência profissional (psico-oncologia na infância) e sobre o número

de intervenções realizadas. Nos resultados, dos 174 pacientes elegíveis para o estudo Qlim, 68

participaram (39,1%). De todos os participantes, 30 pacientes foram randomizados.

De modo geral, de 30 pacientes do grupo de intervenção, 27 completaram a intervenção

(90,0%). Nos quatro participantes centros, sete psicólogos realizaram as intervenções. Para oito

pacientes, duas sessões foram oferecidas no mesmo dia devido a razões logísticas. Os seis temas

3  
0

e todos os exercícios foram discutidos e realizados nas sessões, incluindo os exercícios domiciliares.

Os pacientes, pais e psicólogo classificaram a importância de cada um dos temas da

intervenção psicossocial em uma escala de 1-8. Para os participantes o tema "aumentar a auto-

percepção" foi classificado como o tema mais importante (média = 5,4; SD 2.0) e

"relacionamentos e sexualidade", como o menos importante (média = 2,8; SD 2,4). Para os pais, o

tema "expressão de sentimentos", como o tópico mais importante (média = 6,2; SD 1.9) e

"relações e sexualidade", como o menos importante (média = 2,9; SD) Os psicólogos classificaram o tema "expressão de sentimentos" como a mais importante (média = 7,7; SD 0,8) e

"relacionamentos e sexualidade" como o tema menos importante (média = 2,4; SD 2.3).

No geral, os psicólogos mostraram-se satisfeitos com a intervenção, na qual 71,4%

recomendam a intervenção para futuros pacientes; 28,6% consideraria recomendar a intervenção

e 0% não recomendaria a intervenção.

Do total de pacientes, 60% deram sugestões para melhorias no programa Qlim, enquanto

27% deram comentários e /ou sugestões especificamente para a intervenção psicossocial. Por

exemplo, duas meninas (com idade entre 12,4 e 14,0 anos) consideraram os exercícios de

relaxamento muito infantil. Já uma menina (com idade de 17,3 anos) ressaltou que a intervenção

psicossocial era mais adequada para crianças mais velhas, um menino (com idade 16,2 anos)

solicitou sessões pessoais adicionais com o psicólogo, e outro menino (com idade de 12,6 anos)

pediu consulta com o psicólogo a cada semana, em vez de a cada duas semanas. Entretanto, outro

menino (com idade de 11,7 anos) sugeriu que deveria ser menos sessões com o psicólogo.

Dos psicólogos, 83% deram sugestões para melhorias do programa, ou seja, mais

exercícios práticos, menos quantidade de psico-educação, menos tópicos, mais

liberdade na

escolha dos temas, mais foco em sentimentos-pensamentos-comportamento e adição de sessão

extra com os pais no meio do programa.

Ao final do período da intervenção, quatro pacientes receberam atendimento psicológico

adicional: continuação de tratamento individual (3), terapia de família (1), e avaliação para

possível diagnóstico de transtorno do espectro do autismo (1).

Os resultados do presente estudo indicaram que a intervenção psicossocial é aplicável

para pacientes com câncer durante a infância ou durante o primeiro ano após o tratamento. Os

pacientes, pais e psicólogos, avaliaram que a "expressão de sentimentos" foi um tema muito

3

1

importante para a intervenção. Outro tema importante foi "aumentar a auto-percepção". Os pais

deram mais valor ao lidar com doenças relacionadas a situações difíceis do que os próprios

pacientes e psicólogos. Por outro lado, os pacientes atribuíram mais valor a "alterações na

família" do que os pais e os psicólogos. Apesar dos temas relacionamentos e sexualidade serem

um tema que na oncologia infantil tenha se dado mais atenção, este foi o tema considerado menos

importante pelos pacientes, pais e psicólogos.

Os resultados também mostraram que o estudo foi o primeiro a explorar a aplicabilidade

de uma intervenção psicossocial como parte de uma intervenção física e psicossocial combinada.

Mais pesquisas devem demonstrar se a combinação de intervenção física e psicológica pode

melhorar o condicionamento físico e funcionamento psicossocial dos pacientes com câncer de

infância durante (ou pouco depois) o tratamento, quando comparado com um grupo controle

recebendo cuidados como de costume.

Concluiu-se que, quando comprovadamente eficaz, esta intervenção combinada (com

algumas pequenas adaptações) pode ser oferecida a pacientes com câncer na infância e pode

servir para melhorar a sua saúde física e qualidade de vida.

Já o segundo artigo mostrou a preocupação com pacientes com cancro da infância, que

muitas vezes sofrem de *Chemotherapy-Associated Nausea and Vomiting (CANV)*. Para aliviar

esses sintomas, técnicas de relaxamento e educação relacionadas ao paciente foram combinadas

para desenvolver um pacote de intervenção psicoeducacional multidimensional. O programa

psicoeducacional tem referência às recomendações da literatura existente: Fessele (1996), Keller

(1995) e Li *et al.*  
(2008).

Caracterizado como estudo piloto e exploratório, com design de grupo controle, o assistente da pesquisa recrutou um total de 20 pacientes e seus pais, da unidade de oncologia

pediátrica de um hospital público em Hong Kong. A idade mais comum dos pacientes que

recebia tratamento no hospital participante foi de 5,4 anos de idade. Os critérios de inclusão de

pacientes participantes foram: idade entre 4 a 11 anos, diagnóstico de câncer, sem quimioterapia

anterior; capaz de entender chinês e assinar consentimento informado (tanto pacientes e pais).

Os critérios de exclusão foram: ter metástases cerebrais; e / ou ter câncer em estágio

avançado. Vinte pacientes foram equitativamente distribuídos para o grupo de relaxamento (dez

participantes) – Grupo 1 - e ao grupo de educação (dez participantes) – Grupo 2. Os dados

históricos, incluindo o peso corporal, a ocorrência de vômitos, e ingestão de antieméticos, foi

3  
2

coletada de outros 20 participantes de controle identificados a partir de prontuários médicos. Os

agentes foram pareados com os participantes da intervenção. O grupo 3 foi formado por dez

casos históricos de controle que correspondiam às características dos participantes do Grupo 1,

enquanto que os outros dez casos históricos de controle correspondiam às características do

Grupo 2. Os pacientes do Grupo 1 receberam seis sessões diárias de relaxamento muscular

progressivo e treinamento guiado pela imaginação (dia 0 ao dia 5) (30 min./sessão), como

recomendado por Chan et al. (2011) e Molassiotis et al. (2002), além de continuarem eles

mesmos a realizar as atividades por um período de dois meses. Os pais foram convidados a

participar como co-alunos e simpatizantes em ambos os grupos de intervenção, ajudando as

crianças a responder ao questionário. As precauções habituais com os pacientes participantes

(incluindo os indivíduos controle) envolveram a aplicação de um antiemético por via intravenosa

e a recomendação de uma dieta habitual: evitar alimentos condimentados e gordurosos, comer

alimentos de fácil digestão. Todos os participantes, tanto da intervenção quanto nos grupos

controle (dados históricos) receberam estas recomendações.

Dentre os instrumentos de avaliação, a crina segundo Morrow (1992), foi utilizada para

medir a ocorrência, intensidade e duração da CANV. A pontuação mais alta indica a CANV mais

grave. A versão chinesa de *A-State Scale of the State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) (TSOI et al.,

1986) foi usada para avaliar o estado da ansiedade dos pais. Esta escala, composta



por 20 itens,

mede os sentimentos imediatos de apreensão, nervosismo e preocupação. Uma maior pontuação

indica ansiedade mais grave. A versão chinesa da Children STAI A-State Scale foi selecionada

para avaliar a ansiedade de pacientes pediátricos (LI; LOPEZ, 2004; Li et al., 2008). Os

coeficientes de confiabilidade para testar o Chinese children A-State Scale foram de 0,80 e 0,78,

e as consistências variaram de 0,84 para 0,94, em estudos de pacientes com diferentes faixas

etárias. O histórico da doença foi obtido a partir de entrevistas com os pais e os

pacientes, sendo

verificado por referência a registros médicos. Os índices fisiológicos, taxa de pulso e pressão

arterial (apenas para o grupo 1) foram registrados 15 minutos antes e depois de cada sessão de

relaxamento muscular progressivo e imaginação guiada para avaliar os efeitos de relaxamento

fisiológicos imediatos. O peso corporal foi medido diariamente antes do café às 7h ou 8h e para

3

3

os pacientes que tiveram alta, seus pais seguiram as instruções para coletar o peso corporal

diariamente antes do café da manhã.

Com relação à intervenção, os autores estabeleceram um registro de atividade de

intervenção para avaliar o processo de entrega da intervenção. Em cada sessão, foi utilizado o

registro de atividade para registrar os problemas encontrados durante a implementação das

intervensões. Os comentários e preocupações levantadas pelos participantes sobre as intervenções

foram

registrados.

Os resultados obtidos mostraram uma diferença significativa em relação aos episódios de

vômitos. Não foi encontrada diferença significativa no uso de antieméticos e o peso corporal

entre os grupos. Todos os sujeitos nos grupos aderiram à intervenção e completaram o

questionário sem dificuldade. Os pacientes e os pais avaliaram a intervenção como sendo

moderadamente

útil.

Conclui-se que embora o efeito benéfico de relaxamento e educação em aliviar CANV

não foi bem suportado estatisticamente, os resultados de dados descritos sugerem que estas

intervensões promoveram a ingestão de antieméticos como um método preventivo.

Ambas as

intervensões e os instrumentos foram bem recebidos pelos pacientes e também por seus pais.

3

4

## 5

## DISCUSSÃO

Partindo do objetivo geral da pesquisa, que foi identificar possibilidades de intervenção da

psicologia no atendimento de crianças com câncer, foi encontrado um número limitado de

intervenções voltado para a área da Psicologia, porém todos se mostraram eficazes nos

resultados, proporcionando mudanças significativas durante a hospitalização das crianças. A

maioria dos artigos de intervenções no ambiente hospitalar estava relacionado à enfermagem e

pediatria. De acordo com os artigos selecionados, a tendência das produções revelou grau de

recomendação e nível de evidência absolutamente baixo, restringindo-se a relato de casos,

estudos de coorte, e caso controle. Apenas o estudo dos autores Lokkart; et.al 2015 (*Applicability*

*and evaluation of a psychosocial intervention program for childhood cancer patients*) de ensaio

clínico controlado randomizado com intervalo de confiança estreito, obteve grau de evidência

científica considerada confiável.

As informações obtidas a partir dos artigos identificados por este estudo podem ter

apresentado resultados positivos em relação às intervenções, mas dificilmente contribuirá para

decidir que intervenção adotar. Fica evidente que é preciso reforçar estudos, congressos, palestras

para que possam ser realizadas intervenções com evidências científicas que forneçam

subsídios

para a correta realização destas intervenções e maior previsibilidade do resultado final.

A baixa quantidade de publicações encontradas que atendiam aos requisitos definidos na

metodologia reflete uma fragilidade da área sendo assim sugere-se que os profissionais que

trabalhem com esse público publiquem mais trabalhos seguindo o devido rigor metodológico para

que possam fundamentar as práticas executadas.

Apesar de insuficiente o número de publicações científicas relacionadas às intervenções

psicológicas em crianças com câncer, é perceptível um número de livros e dissertações referente

ao assunto. O livro Psico-oncologia Pediátrica de (Valle, 2001) apresenta uma revisão de

literatura; onde é possível obter uma visão geral das tendências das últimas três décadas em

relação ao estudo dos temas relacionados à grupos na área do câncer infantil. A revisão de

literatura citada define a palavra grupo como uma modalidade da psicoterapia de grupo, ou seja,

refere-se um tipo de intervenção possível na área da Psico-Oncologia Pediátrica. E segundo a

autora, os estudos mencionam a psicoterapia de grupo como uma intervenção possível à criança

com câncer, descrevendo técnicas como a arte terapia, programas de intervenção grupal e

programas educativos. Valle (2001) descreve sua experiência como coordenadora de grupos de

apoio, mencionando as intervenções realizadas no decorrer da realização do seu estudo sobre

intervenção

o.

Com relação a artigos, foram encontrados estudos dos autores Costa Junior, Coutinho e

Ferreira (2006), que falam sobre intervenção de recreação planejada em sala de espera de uma

unidade pediátrica, analisando seus efeitos comportamentais. O estudo é uma intervenção voltada

para a psicologia, porém os critérios de inclusão da pesquisa não são atendidos: a intervenção não

foi realizada por psicólogo, e a criança estava em fase de manutenção da doença.

Encontraram-se ainda os artigos de Motta e Enumo (2004), Costa Junior (2001), Cagnin,

Liston e Dupas (2004), Cardoso (2007) que discutem os aspectos emocionais e atuação do

psicólogo ao lidar com crianças com câncer, avaliação de estratégias de enfrentamento,

significado que a criança atribui à doença e as implicações para possíveis intervenções. Estes

trabalhos sugerem aconselhamentos, psicoterapias e técnicas comportamentais, utilizando

materiais ilustrativos, porém os artigos não trazem intervenções aplicadas, sendo excluído dos

critérios de

inclusão.

Diante desses estudos, fica claro que existem intervenções realizadas na área da psicologia no atendimento de crianças com câncer, porém não estão sendo publicadas seguindo o

rigor metodológico. É importante publicar intervenções em revistas científicas a fim de divulgar

o que se tem feito na área da Oncologia  
Pediátrica.

De acordo com o trabalho de Costa Junior (2001), existe a necessidade de realizar

pesquisas científicas, com rigor metodológico, úteis a promover condições favoráveis no

atendimento a pacientes com câncer infantil. Ele cita alguns fatores que podem contribuir para a

defasagem de trabalhos científicos, como o desconhecimento da área de psicologia para a maioria

das pessoas leigas, onde até mesmo os profissionais de saúde como médicos, enfermeiros e

fisioterapeutas desconhecem o verdadeiro papel da psicologia dentro do hospital. Ainda segundo

o autor, outro ponto importante que dificulta a publicação de artigos científicos é a má formação

acadêmica dos alunos do curso de psicologia. Atualmente são poucas as Universidades que

oferecem aulas teóricas e práticas relacionadas ao ambiente hospitalar. Sendo assim, poucos

artigos poderão ser publicados por esses alunos, e conseqüentemente outras pessoas não poderão

conhecer esse trabalho.

Sabe-se que existem trabalhos na área da psico-oncologia, como foi dito anteriormente,

através de livros e dissertações, porém a comunidade acadêmica precisa conhecer o que está

sendo feito, o que precisa melhorar, e principalmente observar quais intervenções realizadas são

realmente confiáveis e quais não são. A publicação científica, além de divulgar o trabalho

realizado, poderá classificá-lo como bom ou ruim, exatamente como foi feito neste trabalho.

Diante dos resultados encontrados no trabalho, e sabendo da existência de intervenções

não publicadas, questiona-se por que determinadas intervenções não são publicadas, e por que as

que são publicadas demonstram um grau de recomendação e nível de evidência não confiável.

Questões que merecem destaque, pois é essencial a publicação do trabalho da psicologia no

hospital, para o reconhecimento da área e principalmente para nortear acadêmicos e pessoas

leigas sobre o papel do psicólogo no hospital.

Conclui-se que, os resultados obtidos neste trabalho demonstram, com rigor científico,

que as observações de 2001, apresentadas por Costa Junior, mantêm-se e que uma maior atenção

à publicação com rigor metodológico faz-se necessário para que as experiências dos psicólogos

que atuam na área ultrapassem o mero relato de experiência profissional e apresentem-se como

material científico a serem apresentados em publicações especializadas.

3  
7

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Para o alcance das metas, pretendia-se a partir do objetivo geral, identificar na literatura

científica o grau de recomendação e nível de evidência científica de intervenções da Psicologia

no atendimento de crianças com câncer. O objetivo foi alcançado, na qual foram encontradas

intervenções existentes na área da psicologia, sendo possível avaliar cada uma, apesar de se

esperar um número maior de publicações científicas na área da Psico-Oncologia.

O estudo foi significativo, pois contribuiu para levantar questões sobre a falta de publicações de intervenções da psicologia na área hospitalar e mostrá-los como confiáveis ou

não. Embora os resultados das intervenções tenham sido eficazes, o nível de confiança foi baixo,

não garantindo um grau de recomendação confiável para outras intervenções.

Ao se pensar em intervenção em crianças com câncer, o profissional de saúde deverá

pensar nos benefícios e desvantagens das estratégias existentes, e para que isso ocorra é



necessário que seja influenciado pelas melhores alternativas. Oferecer apenas resultados

positivos, não garante a confiabilidade, ou seja, não é porque o resultado foi positivo, que a

intervenção é recomendada. E esse trabalho trouxe contribuições significativas para a área da

Psico-Oncologia, na medida em que indica as melhores intervenções a serem utilizadas e,

principalmente, fornece recomendações para pesquisas futuras, além de propor novas linhas de

investigação da área.

Ao decorrer do desenvolvimento desta pesquisa, foi possível levantar a seguinte

questão: Por que a psicologia tem publicado poucos artigos científicos relacionados a intervenções psicológicas em crianças com câncer?

Sabe-se que psicologia é uma área relativamente nova no ambiente hospitalar, e a

divulgação de estudos realizados por psicólogos, faz com que se tenha uma maior divulgação da

área, porém isso não está acontecendo. A partir das análises desse estudo, os profissionais da área

da saúde, poderão utilizá-lo como um recurso na tomada de decisões relacionados aos cuidados

de saúde e meios de intervenção no tratamento de crianças com câncer.

Diante da importância da Psico-oncologia no atendimento de crianças com câncer, é

necessário estimular maior divulgação do conhecimento na área, proporcionando meios

que

facilitem o acesso da psicologia no ambiente hospitalar. O câncer abrange uma grande proporção

de crianças no mundo, e a psicologia por se tratar de uma área voltada para o ser humano, e que

3

8

lida com as fases de desenvolvimento da pessoa, proporcionaria uma grande contribuição na área

oncológica, ao intervir sobre a nova fase de vida da criança.

Durante a realização da pesquisa, notou-se a dificuldade de encontrar artigos que

contemplassem os critérios de inclusão, porém as dificuldades foram superadas ao identificar

intervenções disponíveis relacionadas ao tema.

O presente trabalho traz recomendações importantes para orientar os profissionais de

saúde no desenvolvimento de bons projetos e mostrar quais metodologias estão sendo utilizadas

na área de psicologia. Observa-se que ao definir critérios de exclusão e inclusão dos artigos,

mostrar a característica de cada estudo e avaliar cada um deles, faz-se uma análise rigorosa dos

artigos existentes na literatura.

Quando não se faz estudos como este, é possível que falhas aconteçam na seleção de

intervenções, levando a recomendações equivocadas. É importante estudos relacionados à

literatura científica a fim de identificar as determinadas intervenções existentes, comparando-as e

apontando a necessidade de novos estudos.

Sendo assim, essa pesquisa traz aos profissionais da psicologia, auxílio na execução de

intervenções, e principalmente informação sobre o que se tem publicado na área e o nível dessas

publicações.

s.

Este estudo propiciou um grande crescimento tanto profissional como pessoal, tendo em

vista que se tratou de um tema relevante e ainda carente de pesquisas científicas, que aguçou

interesses exigindo da pesquisadora a busca incessante pelo conhecimento e até mesmo o

interesse de atuar na execução de intervenções na área hospitalar.

3  
9

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO CÂNCER (ABC). (2007). **Sobre o Câncer**. Disponível em: <<http://www.abcancer.org.br/sobre.php?c=8&s=18&lang=16>>. Acesso em: 19 de abril de 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO CÂNCER (ABC). **Abordagens Básicas para o Controle do Câncer**. Rio de Janeiro: Inca, 2011.

Baldini, S. M. & Krebs, V. L. J. (1999). A criança hospitalizada. *Pediatria, São Paulo*. 21(3): 182-190.

BARROS, Danielle Marotti de Souza; LUSTOSA, Maria Alice. **A ludoterapia na doença crônica infantil**: Play therapy in chronic childhood. Revista SBPH. Rio de Janeiro, v. 12, n., 2, dez. 2009. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582009000200010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582009000200010&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 30 de março de 2013.

BECK, Ana Raquel Medeiros and LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. Cuidadores de crianças com câncer: aspectos da vida afetados pela atividade de cuidador. *Rev. bras. enferm.*[online]. 2007, vol.60, n.6, pp. 670-675. ISSN 1984-0446. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000600010>>. Acesso em: 22/10/2015

BRASIL. Estatuto da criança e do adolescente: Lei federal no 8069, de 13 de julho de 1990. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 2002.

CAGNIN ERG, LISTON NM, DUPAS G. Representação social da criança sobre o câncer. *Rev.*

*Esc. Enferm. USP* [periódico online]. 2004 [acesso em 23 nov. 2015]; 38(1): 51-60.

CALVETT, Prisca Ücker; SILVA, Leonardo Machado da; GAUER, Gabriel José Chittó. **Psicologia da saúde e criança hospitalizada**. *Psicologia, São Paulo*, v. 9, n. 2, dez 2008 Disponível em:<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1676-73142008000200011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142008000200011&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 20 de abril de 2015.

CAMPOS, E. M P. *et al* . **Intervenção em grupo**: experiência com mães de crianças com câncer. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 12, n. 3, Dec. 2007 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722007000300021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722007000300021&lng=en&nrm=iso)>

CARDOSO, Flávia Tanes. **Câncer infantil**: aspectos emocionais e atuação do psicólogo. *Rev. SBPH*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, jun. 2007. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582007000100004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582007000100004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 21 de abril de 2015.

CARVALHO, Maria Margarida. **Psico-oncologia**: história, características e desafios. *Psicol. USP*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 151-166, 2002. Available from

4  
0

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65642002000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000100008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 de abril de 2015.

CAVICCHIOLI, A.C. (2005). **Câncer infantil**: As vivências dos irmãos saudáveis. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br>>. Acesso em 02 de novembro de 2015.

COSTA JUNIOR, Áderson L.. **O desenvolvimento da psico-oncologia**: implicações para a pesquisa e intervenção profissional em saúde. *Psicologia, ciência e profissão*, Brasília, v. 21, n. 2, p. 36-43, Jun. 2001. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932001000200005>>.

FIGUEIREDO, Maria Alice. **Contribuições da Ludoterapia para o processo de Hospitalização Infantil**. Disponível em: <[http://www.institutohumanista.com.br/artigo\\_maraalice.pdf](http://www.institutohumanista.com.br/artigo_maraalice.pdf)>.

FRANÇOSO, LPC. **Vivências de crianças com câncer no grupo de apoio psicológico**: estudo fenomenológico [tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2001.

GUYATT, G. H et al. **GRADE**: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *Bmj*, v. 336, n. 7650, p.924-926, 26 abr. 2008. BMJ. DOI: 10.1136/bmj.39489.470347.ad. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2335261/pdf/bmj-336-7650-analysis-00924.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2015.

GRUPO DE APOIO AO ADOLESCENTE E À CRIANÇA COM CÂNCER (GRAACC). **O Câncer Infantil**: sinais e sintomas. Disponível em: <<https://www.graacc.org.br/o-cancer-infantil/sinais-e-sintomas.aspx>>. Acesso em: 15 de abril 2015.

HOWICK, Jeremy; CHALMERS, Iain; GLASZIOU, Paul; GREENHALGH, Trish;

HENEGHAN, Carl; LIBERATI, Alessandro; MOSCHETTI, Ivan; PHILLIPS, Bob; THORNTON, Hazel. The 2011 Oxford CEBM Levels of Evidence (Introductory Document). **Oxford Centre for Evidence-Based Medicine** [online]. Disponível em: <<http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653>>. Acesso em: 11 novembro de 2015.

HOWICK, Jeremy; CHALMERS, Iain; GLASZIOU, Paul; GREENHALGH, Trish; HENEGHAN, Carl; LIBERATI, Alessandro; MOSCHETTI, Ivan; PHILLIPS, Bob; THORNTON, Hazel. Explanation of the 2011 Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (OCEBM) Levels of Evidence (Background Document). **Oxford Centre for Evidence-Based Medicine** [online]. Disponível em: <<http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653>>. Acesso em: 11 de novembro de 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA), 2008. Acesso em 19 de abril de 2015. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=343](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=343)>.

INSTITUTO ONCOGUIA. **Oncologia**. Disponível em <[http://www.oncoguia.org.br/conteudo/o-](http://www.oncoguia.org.br/conteudo/o-que-e-oncologia/82/1/)

[que-e-oncologia/82/1/](http://www.oncoguia.org.br/conteudo/o-que-e-oncologia/82/1/)> Acesso em: 20 de abril 2015.

4  
1

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA), 2012. **Câncer na Criança e no Adolescente no Brasil**: dados dos Registros de Base Populacional e de Mortalidade. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/tumores\\_infantis](http://www.inca.gov.br/tumores_infantis)>. Acesso em: 20 de abril 2015.

Lioffi, C., Branco, P. e Hatira, P. (2006). Ensaio randomizado de anestésico local versus uma

combinação do anestésico local

Com a auto-hipnose no tratamento da dor relacionada ao procedimento pediátrica. Psicologia da

Saúde, 25 (3), 307-315

LOKKART – Dijk, Elisabeth M. van, et al. **Applicability and evaluation of a psychosocial intervention program for childhood cancer patients**. 2015. Disponível em:

<[http://www.researchgate.net/publication/270819867\\_Applicability\\_and\\_evaluation\\_of\\_a\\_psychosocial\\_intervention\\_program\\_for\\_childhood\\_cancer\\_patients](http://www.researchgate.net/publication/270819867_Applicability_and_evaluation_of_a_psychosocial_intervention_program_for_childhood_cancer_patients)>.

LÓPEZ, Mercedes Arias. **Hospitalização**. Trad. Maria Teresa Ramalhal Teixeira. São Paulo: McGraw-Hill, 1998. REDONDO DE LA CRUZ, Maria Jesus.

MILANESI, Karina et.al. Sofrimento psíquico da família de crianças hospitalizadas. **Revista**

**Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 59, n. 6, nov./dez. 2006.

Disponível em:

<<http://www.scielo.br/scielo>> Acesso em: 15 de abril 2015.

MIRANDA, Alex Barbosa. **A importância da Assistência Psicológica em pacientes**

**Oncológicos**. Psicologado.com. Disponível em:

<[https://psicologado.com/atuacao/psicologia-](https://psicologado.com/atuacao/psicologia-hospitalar/a-importancia-da-assistencia-psicologica-em-pacientes-oncologicos)

[hospitalar/a-importancia-da-assistencia-psicologica-em-pacientes-oncologicos](https://psicologado.com/atuacao/psicologia-hospitalar/a-importancia-da-assistencia-psicologica-em-pacientes-oncologicos)>.

Acesso em:

21/08/201

5.

MOTTA, Alessandra Brunoro; ENUMO, Sônia Regina Fiorim. **Intervenção psicológica lúdica para o enfrentamento da hospitalização em crianças com câncer**. *Psic.: Teor. e Pesq.* [online]. 2010, vol.26, n.3, pp. 445-454. ISSN 0102-3772. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722010000300007>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n3/a07v26n3.pdf>>.

MOTTA, Alessandra Brunoro e ENUMO, Sônia Regina Fiorim. **Brincar no hospital: estratégia**

**de enfrentamento da hospitalização infantil.** Psicologia em Estudo. 2004; 9(1): 19-28.

NASCIMENTO, Lucila Castanheira; ROCHA, Semiramis Melani Melo; HAYES, Virginia Hellen and LIMA, Regina Aparecida Garcia de. Crianças com câncer e suas famílias. *Rev. esc.*

4  
2

*enferm. USP*[online]. 2005, vol.39, n.4, pp. 469-474. ISSN 1980-220X.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342005000400014>.

NÚCLEO DE APOIO À CRIANÇA COM CÂNCER (NACC). **Câncer Infantil.** Disponível em:

<<http://www.nacc.org.br/infantil>>. Acesso em: 20 de outubro 2015.

OCEBM Levels of Evidence Working Group. The Oxford Levels of Evidence 2. **Oxford Centre for Evidence-Based Medicine** [online]. Disponível em: <<http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653>>. Acesso em: 11 de novembro de 2015.

OLIVEIRA, Gislene Farias de; DANTAS, Francisco Danilson Cruz; FONSECA, Patrícia Nunes da. **O impacto da hospitalização em crianças de 1 a 5 anos de idade.** Rev. SBPH, Rio de Janeiro , v. 7, n. 2, dez. 2004 . Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582004000200005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582004000200005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 26 de abril de 2015.

OLIVEIRA, Lecila Duarte Barbosa et al . **A brinquedoteca hospitalar como fator de promoção no desenvolvimento infantil:** relato de experiência. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum., São Paulo , v. 19, n. 2, ago. 2009 . Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822009000200011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822009000200011&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 19 de abril de 2015.



PEDROSA, Arli Melo et al. **Diversão em movimento**: um projeto lúdico para crianças hospitalizadas no Serviço de Oncologia Pediátrica do Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [online]. 2007, vol.7, n.1, pp. 99-106. ISSN 1806-9304. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292007000100012>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v7n1/a12v07n1.pdf>>.

SILVA, PB; ALMEIDA, EPM. **O estresse vivenciado pela criança/família com câncer e as relações com a equipe de enfermagem**. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. 2003;1(1):53- 61.

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

SOARES, M. R. Z. (2003). Estratégias lúdicas na intervenção com crianças hospitalizadas

STRAUB, Richard. O. **Psicologia da Saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

VALLE, Elizabeth Ranier Martins. *Psico-oncologia pediátrica*. Casa do Psicólogo, 2001.

WONG, Donna L. Whaley e Wong. **Enfermagem pediátrica**: elementos essenciais a intervenção efetiva. Trad: Claudia Lucia Caetano de Araujo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

4

3

ZAMORA, Laura Miriam Ramírez; TREJO, Benjamín Domínguez. **Tratamiento psicológico del dolor por procedimientos en un paciente pediátrico oncológico**. Psicología y Salud, Vol. 21, Núm. 1: 65-71, enero-junio de 2011. Disponível em: <<http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-21-1/21-1/Laura-Miriam-Ramirez-Zamora.pdf>>

4

4

## ANEXO S

45

### **ANEXO A - Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence (March 2009)** (for definitions of terms used see glossary at <http://www.cebm.net/?o=1116>)

Level Therapy/Prevention,

Aetiology/Harm

Prognosis Diagnosis Differential

diagnosis/symptom prevalence study

Economic and decision analyses

1a SR (with homogeneity\*)

of RCTs

SR (with homogeneity\*) of inception cohort studies; CDR† validated in different populations

SR (with homogeneity\*) of Level 1 diagnostic studies; CDR† with 1b studies from different clinical centres

SR (with homogeneity\*) of Level 1 economic studies

1b Individual RCT (with narrow Confidence Interval‡)

SR (with homogeneity\*) of prospective cohort studies

Individual inception

Validating\*\* cohort study

Analysis based on clinically cohort study with >

with good††† reference

sensible costs or 80% follow-up;

standards; or CDR† tested

alternatives; systematic CDR† validated in a

within one clinical centre

review(s) of the evidence; single population

and including multi-way sensitivity analyses

1c All or none§ All or none case-

series

Prospective cohort study with good follow-up\*\*\*\*

Absolute SpPins and SnNouts††

All or none case-series Absolute better-value or

worse-value analyses ††††

#### 2a SR (with homogeneity\*) of cohort studies

SR (with homogeneity\*) of either retrospective cohort studies or untreated control groups in RCTs

SR (with homogeneity\*) of Level >2 diagnostic studies

SR (with homogeneity\*) of 2b and better studies

SR (with homogeneity\*) of Level >2 economic studies

2b Individual cohort study (including low quality RCT; e.g., <80% follow-up)

Retrospective cohort study or follow-up of untreated control patients in an RCT; Derivation of CDR† or validated on split-sample§§§ only

Exploratory\*\* cohort study with good††† reference standards; CDR† after derivation, or validated only on split-sample§§§ or databases

Analysis based on clinically sensible costs or alternatives; limited review(s) of the evidence, or single studies; and including multi-way sensitivity analyses

#### 2c "Outcomes" Research; Ecological studies

Retrospective cohort study, or poor follow-up

"Outcomes" Research

Ecological studies Audit or outcomes

research 3a SR (with homogeneity\*)

of case-control studies

SR (with homogeneity\*) of 3b and better studies

SR (with homogeneity\*) of 3b and better studies

SR (with homogeneity\*) of 3b and better studies

3b Individual Case-Control

Study

Non-consecutive study; or without consistently applied reference standards

Non-consecutive cohort study, or very limited population

Analysis based on limited alternatives or costs, poor quality estimates of data, but including sensitivity analyses incorporating clinically sensible variations.

4 Case-series (and poor quality cohort and case-control studies§§)

Case-series (and poor quality prognostic cohort studies\*\*\*\*)

Case-control study, poor or non-independent reference standard

Case-series or superseded reference standards

Analysis with no sensitivity analysis

5 Expert opinion without explicit critical appraisal, or based on physiology, bench research or "first principles"

Expert opinion without explicit critical appraisal, or based on physiology, bench research or "first principles"

Expert opinion without explicit critical appraisal, or based on physiology, bench research or "first principles"

Expert opinion without explicit critical appraisal, or based on physiology, bench research or "first principles"

Expert opinion without explicit critical appraisal, or based on economic theory or "first principles"

Produced by Bob Phillips, Chris Ball, Dave Sackett, Doug Badenoch, Sharon Straus, Brian Haynes, Martin Dawes since November 1998. Updated by Jeremy Howick March 2009.

## 25

**Notes** Users can add a minus-sign "-" to denote the level of that fails to provide a conclusive answer because:

**EITHER** a single result with a wide Confidence Interval **OR** a Systematic Review with troublesome heterogeneity. Such evidence is inconclusive, and therefore can only generate Grade D recommendations.

\* By homogeneity we mean a systematic review that is free of worrisome variations (heterogeneity) in the directions and degrees of results between individual studies. Not all systematic reviews with statistically significant heterogeneity need be worrisome, and not all worrisome heterogeneity need be statistically significant. As noted above, studies displaying worrisome heterogeneity should be tagged with a "-" at the end of their designated level.

† Clinical Decision Rule. (These are algorithms or scoring systems that lead to a prognostic estimation or a diagnostic category.) ‡ See note above for advice on how to understand, rate and use trials or other studies with wide confidence intervals.

§ Met when all patients died before the Rx became available, but some now survive on it; or when some patients

died before the Rx became available, but none now die on it. §§ By poor quality cohort study we mean one that failed to clearly

define comparison groups and/or failed to measure

exposures and outcomes in the same (preferably blinded), objective way in both exposed and non- exposed individuals and/or failed to identify or appropriately control known confounders and/or failed to carry out a sufficiently long and complete follow-up of patients. By poor quality case-control study we mean one that failed to clearly define comparison groups and/or failed to measure exposures and outcomes in the same (preferably blinded), objective way in both cases and controls and/or failed to identify or appropriately control known confounders.

§§§ Split-sample validation is achieved by collecting all the information in a single tranche, then artificially dividing this into "derivation" and "validation" samples. †† An "Absolute SpPin" is a diagnostic finding whose Specificity is so high that a Positive result rules-in the diagnosis. An "Absolute SnNout" is a diagnostic finding whose Sensitivity is so high that a Negative result rules- out the diagnosis.

‡‡ Good, better, bad and worse refer to the comparisons between treatments in terms of their clinical risks and benefits. ††† Good reference standards are independent of the test, and applied blindly or objectively to applied to all patients. Poor reference standards are haphazardly applied, but still independent of the test. Use of a non-independent reference standard (where the 'test' is included in the 'reference', or where the 'testing' affects the 'reference') implies a level 4 study.

†††† Better-value treatments are clearly as good but cheaper, or better at the same or reduced cost. Worse-value treatments are as

good and more expensive, or worse and the equally or more expensive. \*\* Validating studies test the quality of a specific diagnostic test, based on prior evidence. An exploratory study

collects information and trawls the data (e.g. using a regression analysis) to find which factors are 'significant'. \*\*\* By poor quality prognostic cohort study we mean one in which sampling was biased in favour of patients who already had the target outcome, or the measurement of outcomes was accomplished in <80% of study patients, or outcomes were determined in an unblinded, non-objective way, or there was no correction for confounding factors.

\*\*\*\* Good follow-up in a differential diagnosis study is >80%, with adequate time for alternative diagnoses to emerge (for example 1-6 months acute, 1 - 5 years chronic)

#### **Grades of Recommendation**

**A** consistent level 1 studies **B** consistent level 2 or 3 studies *or* extrapolations from level 1 studies **C** level 4 studies *or* extrapolations from level 2 or 3 studies **D** level 5 evidence *or* troublingly inconsistent or inconclusive studies of any level  
*"Extrapolations" are where data is used in a situation that has potentially clinically important differences than the original study situation.*