

# COMPREENDENDO A VIVÊNCIA DE CRIANÇAS COM CÂNCER ATRAVÉS DA FENOMENOLOGIA

*Kassia Karina Amorim Gomes<sup>1</sup>  
Ewerton Helder Bentes de Castro<sup>2</sup>*

## RESUMO

*O câncer é uma doença crônica que ocasiona transformações na vida de quem é acometido por essa patologia. A presente pesquisa, de natureza qualitativa, objetivou compreender à luz da fenomenologia como crianças com câncer vivenciam a doença. Colaboraram com o estudo dez crianças acompanhadas pelo Grupo de Apoio à Criança com Câncer (GACC), na cidade de Manaus. Mediante entrevistas gravadas em áudio e partindo da descrição das vivências relativas ao diagnóstico pôde-se apreender Unidades de Significado e Categorias de Análise que possibilitaram compreender a existencialidade dessas crianças. A pesquisa revelou que esta experiência desencadeia mudanças no contexto pessoal, social e familiar da criança. Entretanto, apesar de todo o sofrimento físico e emocional causado pelo adoecimento, as crianças crêem em sua recuperação e conseguem ver um horizonte repleto de possibilidades para seu futuro. Portanto, ser-criança-com-câncer é uma experiência dolorosa, plena de transformações radicais, mas com possibilidades de aprendizado e superação.*

**Palavras-chave:** *criança; câncer; Fenomenologia-Existencial; vivência.*

---

<sup>1</sup> Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Amazonas.

<sup>2</sup> Professor da Faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Amazonas. Doutor em Psicologia pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo.

## UNDERSTANDING THE EXPERIENCE OF CHILDREN WITH CANCER FROM A PHENOMENOLOGICAL PERSPECTIVE

### ABSTRACT

*Cancer is a chronic disease that has huge impacts in the lives of patients and those close to them. The aim of this study is to understand from a phenomenological perspective the lived experience of children diagnosed with cancer. The study was conducted with ten children accompanied by Grupo de Apoio à Criança com Câncer (GACC) in the city of Manaus. Through audio recorded interviews we explored their descriptions of the experiences related to the diagnosis and we developed Meaning Units and Categories of analysis that allowed us to understand these children's lived experience. Despite all the physical and emotional suffering caused by illness, the subjects believe in their recovery and can see a horizon full of possibilities for their future. Being a child with cancer is a painful experience, full of radical transformations, but with the opportunity of overcoming and knowledge.*

**Keywords:** *child; cancer; Existential Phenomenology; lived experience.*

## INTRODUÇÃO<sup>3</sup>

O câncer não é uma doença única, existem mais de duzentos diferentes tipos de patologias com manifestações, tratamentos e prognósticos distintos (LANDSKRON, 2008). COSTA et al., (2009) afirmam que alguns fatores de risco podem contribuir para o surgimento da doença, tais como: tabagismo, álcool, exposição a raios ultravioletas, presença do vírus HPV na região genital, entre outros. Quanto ao câncer infantil, existem poucas evidências científicas de que há relação entre o desenvolvimento da neoplasia e as causas ambientais. De modo geral, os fatores etiológicos estão associados à exposições na vida intrauterina (BRASIL, 2014a).

Atualmente as neoplasias malignas ocupam um lugar de destaque entre as doenças crônicas infantis (MELO e MELLO, 2010). No Brasil, foram registrados em 2011 2.812 óbitos por câncer em crianças e adolescentes na faixa etária de 0 a 19 anos. As neoplasias malignas corresponderam a 7% dos óbitos na idade de 1 a 19 anos. Com isso o câncer configurou-se como a doença que mais leva à morte nessa população e está em segundo lugar como uma das principais causas de óbito perdendo apenas para fatores externos (BRASIL, 2014a).

Ainda de acordo com o INCA, o diagnóstico e a prevenção da doença são bastante difíceis na população infantil. No entanto, através dos avanços da medicina pôde-se melhorar os recursos terapêuticos e, por conseguinte, as taxas de sobrevivência aumentaram sensivelmente nos últimos trinta anos (BRASIL, 2008). Estima-se que as taxas de cura dos tumores na infância e adolescência chegam a 70% se o paciente for diagnosticado precocemente e receber um tratamento adequado (BRASIL, 2014b).

No que se refere aos principais tipos de cânceres infantis, as leucemias correspondem a 25% a 35% dos casos diagnosticados. O tipo mais comum em crianças é a leucemia linfoblástica aguda (LLA). Os tumores do sistema nervoso acometem de 8% a 15% da população infantil sendo considerado o mais frequente tumor sólido entre as neoplasias pediátricas, pertencendo à segunda posição entre as neoplasias mais comuns nas crianças brasileiras. Nos países em desenvolvimento, os linfomas ocupam o segundo lugar, porém no Brasil assim como na maior parte dos países desenvolvidos, estão na terceira posição (BRASIL, 2014a).

---

<sup>3</sup> Este artigo é resultado de uma dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Amazonas, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Além dos cânceres supracitados, também podem afetar a população infantil: neuroblastoma (tumor no sistema nervoso periférico), tumor de Wilms (tumor renal), retinoblastoma (tumor na retina do olho), tumor germinativo (tumor das células que dão origem às gônadas), osteossarcoma (tumor ósseo) e sarcomas (BRASIL, 2014b).

Diante dos dados apresentados, observa-se que o câncer é uma doença complexa e pode afetar qualquer pessoa, sem distinção de classe social, sexo ou idade. Em se tratando do câncer pediátrico, a doença parece ter um impacto ainda mais intenso, pois a criança está se desenvolvendo e construindo sua história de vida. A forma como esse pequeno ser irá experienciar a doença ocorre de modo distinto dos adultos, posto que a criança tem uma forma única de se colocar no mundo. Dessa forma, as crianças diagnosticadas com câncer irão enfrentar situações novas e ameaçadoras durante todo o percurso de enfrentamento da doença (PEREZ, 2004).

Partindo de tais proposições, esse estudo objetivou compreender a vivência de crianças acometidas por uma neoplasia maligna e teve como colaboradores as crianças acompanhadas pelo Grupo de Apoio à criança com câncer (GACC), na cidade de Manaus. Para apreender tal fenômeno foi utilizada a Psicologia Fenomenológico-Existencial. O objetivo da fenomenologia é a investigação descritiva dos fenômenos experienciados pela consciência, sem a utilização de teorias contendo uma explicação causal sobre o fenômeno. Os significados que o pesquisador pode alcançar nas descrições têm como parâmetro a totalidade das vivências do sujeito, no entanto, essa totalidade vai além de sua consciência explícita. Dessa maneira, apesar do pesquisador tentar captar os significados mais profundos, sempre haverá algum conteúdo que permanecerá oculto, por isso a pesquisa necessita estar prosseguindo em um processo contínuo (MARTINS; BICUDO, 2005).

## **DESENVOLVIMENTO**

### **2.1 MATERIAL E MÉTODO**

A pesquisa foi desenvolvida sob o viés qualitativo. Os métodos qualitativos pertencem às ciências humanas que pesquisam, explicitam e analisam fenômenos visíveis ou ocultos. Tais fenômenos possuem características específicas dos fatos humanos e, portanto, não são passíveis de serem medidos. O método fenomenológico consiste em uma abordagem descritiva. Parte-se da concepção de que se pode deixar o

fenômeno falar por si, com o intuito de alcançar o sentido da experiência, isto é, o que a experiência significa para as pessoas que a vivenciaram e que, dessa forma, estão aptas a dar uma descrição compreensiva sobre a experiência em questão. A partir das descrições individuais será possível compreender a essência ou a estrutura das experiências (HOLANDA, 2006).

## 2.2 PROCEDIMENTO

Para a realização deste estudo, primeiramente, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), o qual foi aprovado. Após os trâmites necessários, foi feito o contato com o Grupo de Apoio à criança com câncer (GACC). Os participantes desse estudo foram dez crianças, com idades entre 7 a 12 anos. Essa faixa etária, a escolar, foi escolhida por considerarmos que as crianças nela incluídas se encontram em condições intelectuais que permitem compreender melhor seu corpo e sua doença, além da comunicação verbal estar mais desenvolvida, facilitando assim, a expressão de seus pensamentos e sentimentos (GOMES, et al., 2013).

A coleta dos dados teve início no mês de julho e foi finalizada em setembro de 2014. Inicialmente, era realizado um encontro com os pais, a fim de explicitar os objetivos da pesquisa, os procedimentos, potenciais riscos e benefícios. Em seguida, os pais liam e assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O passo seguinte consistiu em explicar para a criança sobre o propósito do estudo, bem como quais seriam os procedimentos empregados, adequando-se a faixa etária da criança e respeitando sua capacidade cognitiva para apreender as informações fornecidas pela pesquisadora. Destaca-se que todas as crianças foram solícitas e concordaram em colaborar com o estudo. Os passos adotados com as crianças foram:

- buscou-se estabelecer o rapport com a criança através de atividades lúdicas.
- após perceber a criança mais à vontade no ambiente, foi realizada a leitura do livro “O leão sem Juba” (NUCCI, 1997). O livro foi utilizado como um recurso lúdico para introduzir o tema do adoecimento com as crianças e estimulá-las a expressarem as suas vivências.
- a partir disso foi feita uma entrevista com questões norteadoras elaboradas pela pesquisadora com base em estudos sobre o tema.

Com o intuito de seguir as normas éticas de pesquisa e preservar a identidade dos participantes, foi escolhido um nome fictício para as crianças, conforme tabela abaixo:

<b>NOME</b>	<b>IDADE</b>	<b>SEXO</b>	<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>FASE DO TRATAMENTO</b>
Bela Adormecida	11 anos	F	Osteossarcoma	Um ano em controle
Branca de Neve	10 anos	F	Leucemia Linfoide Aguda (LLA)	Um ano em tratamento
Peter Pan	8 anos	M	Leucemia Linfoide Aguda (LLA)	Oito meses em tratamento
Cinderela	10 anos	F	Leucemia Linfoide Aguda (LLA)	Dois anos em tratamento
Pocahontas	7 anos	F	Leucemia Linfoide Aguda (LLA)	Dez meses em tratamento
Rapunzel	7 anos	F	Leucemia Linfoide Aguda (LLA)	Nove meses em tratamento
Aladin	11 anos	M	Leucemia Linfoide Aguda (LLA)	Dois anos em tratamento
Hércules	11 anos	M	Hepatoblastoma	Dois anos em controle
Woody	9 anos	M	Leucemia Linfoide Aguda (LLA)	Um ano e oito meses em tratamento
Mulan	12 anos	F	Leucemia Linfoide Aguda (LLA)	Um ano em tratamento

Tabela 1- Participantes da pesquisa

### **2.3. COMPREENSÃO E CONSTRUÇÃO DOS RESULTADOS.**

Para a construção e compreensão dos resultados foram utilizadas as orientações de Martins e Bicudo (2005), propostas em vários momentos:

- transcrição das entrevistas de forma íntegra e literal;
- leitura de cada entrevista do princípio ao fim com o objetivo de compreender a linguagem do participante e obter, conseqüentemente, uma visão do todo;
- releitura atenta de cada entrevista, quantas vezes foram necessárias, com a finalidade de discriminação de unidades de significados<sup>4</sup> dentro da perspectiva do pesquisador;

<sup>4</sup> Conforme Bruns e Trindade (2011, p. 90) as unidades de significados consistem em: “trechos da fala do entrevistado em que é possível perceber um significado atribuído por ele à vivência”.

- diante das afirmações significativas houve uma postura reflexiva e imaginativa, para expressar o que se intuiu dentro delas mesmas, buscando-se expressar mais diretamente o insight psicológico nelas contido;
- por fim, foram sintetizadas todas as unidades de significados transformadas em uma proposição consistente referente à experiência do sujeito.

## **2.4 RESULTADOS**

Após a análise individual, as transcrições das entrevistas propiciaram um mergulho nessas vivências, resultando na identificação das Unidades de Significado, cuja convergência possibilitou a elaboração das Categorias de Análise e subcategorias, expostas a seguir:

### **CATEGORIA I – A DOENÇA: ADENTRANDO EM UM MUNDO DESCONHECIDO**

- Os primeiros sinais e sintomas
- A comunicação do diagnóstico
- Nomeando a doença

### **CATEGORIA II – O TRATAMENTO: LEMBRANÇAS E DORES**

- O hospital
- Os procedimentos
- O discurso médico

### **CATEGORIA III – A VIDA E SUAS E SUAS TRANSFORMAÇÕES: AS CONSEQUÊNCIAS**

- A mudança na imagem corporal
- A vergonha do si mesmo: o preconceito e a discriminação
- Rompendo com a rotina da vida cotidiana
- Convivendo com o medo

### **CATEGORIA IV – O MUNDO DAS RELAÇÕES: SER-COM O OUTRO**

- A família
- A equipe de saúde
- As amigadas
- A fé

### **CATEGORIA V – A PRESENÇA DA MORTE: VIVENCIANDO A FINITUDE**

- A morte do outro
- A própria morte

## **CATEGORIA VI – SEGUIR ADIANTE: É POSSÍVEL SOBREVIVER**

- Superação

### **2.4.1 CATEGORIA I - A DOENÇA: ADENTRANDO EM UM MUNDO DESCONHECIDO**

O primeiro contato da criança com a doença ocorre através dos sintomas experienciados em seu corpo. Após a confirmação do diagnóstico, gradativamente, a criança vai sendo inserida no mundo-da-doença, iniciando a árdua jornada de ser-criança-com-câncer.

#### **OS PRIMEIROS SINAIS E SINTOMAS:**

Através dos relatos das crianças, foi possível perceber que elas descrevem as primeiras manifestações da doença, dando ênfase aos sinais e sintomas que precederam o diagnóstico:

“Eu adoeci porque eu caí, aí doía aqui no meu peito, aí às vezes doía na minha coxa” RAPUNZEL

“Eu tive febre que não passava nunca mais, eu fui pro Hospital da Criança, mandaram eu ficar tomando dipirona e os exames não dava nada o resultado, aí essa febre foi aumentando, aumentando, aí deu essa doença.” WOODY

#### **A COMUNICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO:**

Quando a doença é finalmente confirmada, os pais ou os médicos se prontificam a contar para a criança acerca de seu quadro nosológico:

“O papai foi lá pra baixo com a Doutora T., aí disseram pra ele que eu tava com leucemia.” Quem contou direto pra você? (pesquisadora): “Foi a doutora.” MULAN

“Eu senti muita tristeza, eu fiquei chateada, porque eu tava com aquela doença horrível. Aí a médica me colocou internada, eu tive que ir pro hospital.” POCAHONTAS

#### **NOMEANDO A DOENÇA:**

De modo geral, as crianças retratam ter conhecimento sobre seu diagnóstico,

sendo capazes de verbalizar o nome da doença e em alguns casos especificando o tipo de câncer:

“O doutor falava osteossarcoma.” BELA ADORMECIDA

“Aí no último exame, quando a doutora foi ver, tava tudo embaralhado, aí ela falou que já sabia o que eu tinha, só queria saber o tipo. Aí era LLA aguda (leucemia linfóide aguda).” BRANCA DE NEVE

#### **2.4.2 CATEGORIA II - O TRATAMENTO LEMBRANÇAS E DORES**

A partir do diagnóstico, a criança passa a ter necessidades especiais de saúde, por isso, precisa ser internada em um centro especializado a fim de tratar a doença. Esse momento é compreendido pelas crianças como uma das vivências mais difíceis e delicadas, devido às dores e desconforto ocasionados pelos procedimentos invasivos.

##### **O HOSPITAL:**

A hospitalização fez-se necessária para todas as crianças do presente estudo. Ao retratar sua experiência, os infantes se recordaram das situações experienciadas no hospital e de como se sentiram diante dessa nova realidade instaurada em suas vidas:

“É...sei lá...é muito chato, fica sem fazer nada, eles ficam chamando a gente aí tem que dá um bocado de injeção, não é bacana não.” HÉRCULES

“Porque eu não gostava da comida de lá e ficava com punção no braço.” CINDERELA

##### **OS PROCEDIMENTOS:**

Em decorrência da gravidade e da complexidade do tratamento oncológico, as crianças precisam ser submetidas a uma série de procedimentos invasivos que causam dor e sofrimento físico e psicológico.

“Eu ficava desmiolada, ficava muito chateada, aí eu ficava triste com as médicas. Um dia eu fiquei internada, elas furaram meu braço, fiquei com muita raiva, falei até palavrão, mas foi sem querer.” POCAHONTAS

“Sentia só enjoo, quando eu fazia a QT (quimioterapia), tinha que tomar remédio de vômito, eu ficava enjoado, vomitei muitas vezes. Eu achava que nunca ia acabar essa QT (quimioterapia).” PETER PAN

##### **O DISCURSO MÉDICO:**

À medida que as crianças vivenciam um mundo de procedimentos, elas passam a se apropriar do discurso médico. Isso pode ser percebido quando elas relatam suas experiências ao longo do tratamento, pois o seu vocabulário é permeado pela terminologia da área médica:

“Eu acho que é porque minha imunidade tava baixa, muito baixa.”  
RAPUNZEL

Como é feito o exame (mielograma)? (pesquisadora): “Eles furam o osso da costa, eles tiram o líquido e depois colocam outro que é a quimioterapia.”  
CINDERELA

### **2.4.3 CATEGORIA III - A VIDA E SUAS TRANSFORMAÇÕES: AS CONSEQUÊNCIAS**

Através do discurso das crianças, foi possível compreender que ocorreu uma gama de transformações em suas vidas após a descoberta do diagnóstico de câncer, afetando seu contexto psicossocial e familiar, obrigando-as a se adaptar a uma nova condição: ser-criança-com-câncer.

#### **A MUDANÇA NA IMAGEM CORPORAL:**

A dificuldade de ver sua imagem corporal modificada é relatada pelas crianças como um dos momentos mais difíceis, a queda do cabelo decorrente dos efeitos colaterais da quimioterapia, emagrecimento, palidez, são evidências de que a doença está instalada e o sujeito começa a tornar-se um outro eu, uma imagem diferente da qual ele e os outros conheciam.

“A parte mais difícil foi quando o cabelo caiu, aí eu fiquei deprimida.”  
CINDERELA

“Meus primos, quando eu cheguei em casa, eles ficaram assustados e perguntavam, o papai falou que quem chorou foi minha irmã, minhas primas ficaram assustadas, foi quando eu cheguei lá, quando eles me viram no carro eles sabiam que era eu, só que eles ainda perguntaram.” BELA  
ADORMECIDA

#### **A VERGONHA DO SI MESMO: O PRECONCEITO E A DISCRIMINAÇÃO:**

As mudanças na imagem corporal, principalmente a queda de cabelo, produzem nas crianças um sentimento de vergonha fazendo com que elas tenham receio de

retomar as suas atividades cotidianas, sendo esta mais uma dificuldade a ser enfrentada:

“Saía, né, só que eu ficava usando chapéu. Do que você tinha vergonha? (pesquisadora): “Do meu cabelo que tinha caído.” HÉRCULES

“Só que no ônibus, teve uma menina que...eu ‘tava’ com o chapéu né, aí ela soube que eu tinha careca, ela disse “essa menina não tem cabelo”. RAPUNZEL

#### **ROMPENDO COM A ROTINA DA VIDA COTIDIANA:**

A doença e o tratamento impõem várias limitações à vida da criança. Dessa forma, os infantes reagem com emoção ao verbalizar sobre as repercussões do câncer em suas atividades habituais, que vão desde as mudanças alimentares, até a privação do brincar. Tudo isso é associado pelas crianças como aspectos negativos de estar doente:

“Porque quando a gente tá assim não pode fazer nada o que fazia, não pode ficar no sol, brincar, correr.”ALADIN

“Eu sentia saudade do meu cachorro, da minha família, de tudo o que vivia lá em casa, dos meus primos.” PETER PAN

“Conserva, sardinha, milhitos e calabresa e salsicha. Sinto falta, por causa que eu gosto muito.” WOODY

#### **CONVIVENDO COM O MEDO:**

Ao conviver com a doença, as crianças passam a vivenciar experiências novas e muitas vezes ameaçadoras, as quais despertam angústia e lhes fazem temer as consequências do câncer em suas vidas:

“De nunca ser curado (se emocionou).” ALADIN

“Tenho medo de voltar essa doença de novo.” MULAN

#### **2.4.4 CATEGORIA IV - O MUNDO DAS RELAÇÕES SER-COM O OUTRO**

Para lidar com a árdua batalha contra o câncer, as crianças contaram com a presença e o apoio de outras pessoas, tais como: familiares, amigos, médicos, enfermeiros e psicólogos. A presença da fé também se fez notar. Todo esse conjunto de relações foi importante para lhes servir como base e suporte para enfrentar esse momento tão delicado.

### **A FAMÍLIA:**

Nos discursos dos infantes, é possível notar a importância dos pais e outros membros da família durante o tratamento. As crianças se sentem apoiadas em sua dor, o que torna o enfrentamento da doença uma vivência menos estressante:

“Era só minha mãe, eu não deixava mais ninguém ficar comigo, porque eu sentia muita dor na minha costa, era insuportável, depois quando minha costa foi melhorando já nem assim eu deixava.” BRANCA DE NEVE

“Eles (os pais) disseram que meu cabelo ia cair, mas que ia crescer de novo.” CINDERELA

### **A EQUIPE DE SAÚDE:**

Os profissionais de saúde passam a fazer parte da rotina da criança, tornando-se figuras importantes e de apoio. As crianças relembram de algumas situações vivenciadas no contexto hospitalar e as impressões positivas que formaram sobre a equipe:

“Só lembro do M. (enfermeiro)”. Ele é legal? Porque você acha isso? (pesquisadora): “Por que tem alguns enfermeiros que quando fazem fico mexendo a agulha dentro da veia, aí dói, aí ele não mexe.” WOODY

“Só uma psicóloga que tinha”. O que ela fazia de legal? (pesquisadora): “Brincava comigo, conversava comigo, porque eu ficava muito triste” ALADIN

### **AS AMIZADES:**

A rede de apoio das crianças, também é formada pelos colegas do hospital, da escola, do GACC. Os amigos servem como suporte para motivá-los a enfrentar a enfermidade:

“Eles (os amigos) falaram que eu vou me curar dessa doença.” WOODY

“Elas (as amigas) me empurraram na cadeira de roda, na hora da merenda, elas pegam água para mim e me levam no banheiro.” BELA ADORMECIDA

### **A FÉ:**

A crença em Deus torna-se a base para enfrentar a doença, pois acreditam que através da fé é possível obter a cura. Observou-se no discurso das crianças que crer em

um ser superior, que pode lhes devolver a saúde, configura-se como uma estratégia de enfrentamento:

“Eu peço pra Deus me curar, o pastor falou para minha irmã Karina: ‘Jesus tá fazendo a obra na vida dela, porque ela já está curada’. POCAHONTAS

“Foi na segunda vez, fiquei muito triste porque meu cabelo tava começando a cair, mas só que aí eu tinha fé que meu cabelo não ia cair. Quando eu peguei alta era o dia do Natal.” PETER PAN

#### **2.4.5 CATEGORIA V - A PRESENÇA DA MORTE: VIVENCIANDO A FINITUDE**

Um tema que sobressai na fala das crianças refere-se à questão da possibilidade de finitude. A doença remete o pequeno ser a experienciar situações de vida e morte a todo o momento, tendo em vista o desfecho imprevisível do câncer, podendo culminar em sobrevivência ou morte, assim a criança teme que a doença possa pôr um fim a sua vida.

##### **A MORTE DO OUTRO:**

Durante sua vivência no hospital, as crianças se deparam com a perda de seus companheiros de tratamento, manifestando sentimentos de dor e tristeza pela morte do outro:

“Teve sim um nenezinho, ele tinha dois anos, o nome dele era Victor, ele morreu, só com alguns meses de tratamento.” BRANCA DE NEVE

“Fiz um bocado (de amigos), mas só que tudo morreu.” WOODY

“Ela pegou recaída, ela ficou internada de novo, tomou remédio de novo e aí ela morreu.” CINDERELA

##### **A PRÓPRIA MORTE:**

Ao falar sobre a morte do outro, a criança evidencia que tal situação também pode ocorrer consigo, pois percebe a gravidade da doença e compreende que ela pode levar à morte:

“Eu tinha medo de falecer, mas eu não faleci.” PETER PAN

“Eu tinha muito medo, eu ficava com muito medo de morrer, às vezes eu até chorava.” POCAHONTAS

“(Eu) tinha medo de morrer.” RAPUNZEL

“Que ela (a leucemia) mata a pessoa.” WOODY

#### **2.4.6 CATEGORIA VI - SEGUIR ADIANTE: É POSSÍVEL SOBREVIVER**

Apesar do câncer ter causado transformações bruscas na vida dessas crianças, elas se mostram dispostas a re(começar), acreditando em sua recuperação plena, projetando-se para o futuro como seres de possibilidades.

#### **A SUPERACÃO:**

O olhar para frente está associado à ideia de estar livre da doença, as crianças se lançam no futuro, traçando planos e afirmando acreditar que já estão curadas, mesmo quando o tratamento não foi finalizado, ou quando elas ainda estão em controle, demonstrando ser possível seguir adiante:

“Tem que esperar 10 anos pra falar que é sobrevivente, mas eu sou, isso é só protocolo médico.” BRANCA DE NEVE

“Eu ia dizer que elas (as crianças com câncer) iam conseguir sair do hospital, que elas iam ficar bem.” PETER PAN

“Percebi que eu já tava curada, aí os médicos dizem que eu não ‘tô’ curada ainda, mas eu sinto que eu já ‘tô’ curada.” MULAN

#### **2.5 DISCUSSÃO A PARTIR DA PSICOLOGIA FENOMENOLÓGICO-EXISTENCIAL**

A partir das entrevistas realizadas foi feita a articulação das falas das crianças com a abordagem da Psicologia Fenomenológico-Existencial. Foi utilizado, principalmente, o enfoque fenomenológico da personalidade, elaborado por Forghieri (2011). O enfoque fenomenológico da personalidade apresenta as características básicas do existir humano: ser-no-mundo, temporalizar, espacializar e escolher, que não são dimensões separadas, mas constituem uma totalidade (FORGHIERI, 2011).

A experiência cotidiana imediata é o cenário onde a vida acontece, ser-no-mundo é a sua estrutura fundamental (FORGHIERI, 2011). Nessa perspectiva, do homem enquanto ser-no-mundo, o significado não está nas coisas, mas no sentido que surge na relação do sujeito com estas. Portanto, ser e mundo são partes constitutivas do ser. O sentido do ser está relacionado à abertura para compreensão que cada pessoa tem de si, do outro e do mundo (PEREZ, 2004).

Sendo assim, as crianças com câncer não podem ser dissociadas desse mundo

existencial em que foram lançadas enquanto existentes. Ser-criança-com-câncer é um modo peculiar de significar o mundo a sua volta. A doença e o tratamento trazem uma série de repercussões para a sua vida, suas relações passam a ser mediadas pela situação de adoecimento e seus modos de enfrentamento (FRANÇOSO, 2001).

Dentre os aspectos apresentados por Forghieri (2011) como básicos do existir, tem-se: o mundo circundante, humano e próprio. O mundo circundante consiste na relação da pessoa com o ambiente e requer adaptação e ajustamento. O mundo humano refere-se à convivência entre os sujeitos, posto que o homem é ser-com o outro, existe sempre em relação a algo ou a alguém. Por fim, o mundo próprio é caracterizado pela relação que a pessoa estabelece consigo mesma, envolve o pensamento e a transcendência da situação imediata.

Enquanto ser-no-mundo, as crianças-com-câncer adentram no universo da doença, seu mundo circundante é constituído pelo seu corpo, sinalizador dos sintomas e sequelas da doença e tratamento. A criança consegue identificar que há algo diferente no seu funcionamento corporal. Com a descoberta da doença, a vida da criança e de sua família passa por uma intensa transformação. De repente, o pequeno ser se percebe internado em um hospital onde é rodeado por pessoas estranhas em um ambiente desconhecido, no qual terá que se submeter a vários procedimentos invasivos. Independente de sua idade e capacidade cognitiva, a criança se dá conta de que algo grave e temível está acontecendo consigo, pois sente que há um perigo iminente, a linha de continuidade de seu desenvolvimento é subitamente interrompida (MENEZES et al., 2007).

Durante o tratamento oncológico, o mundo circundante imposto às crianças também é configurado pelo ambiente assistencial de tratamento. O hospital, antes desconhecido, torna-se um ambiente familiar, onde a criança passa a conviver diariamente com outra configuração de pessoas. A situação de hospitalização é revestida de temores e angústia diante das várias restrições que a doença impõe na vida da criança: desconforto, dores, transformação na imagem corporal e no relacionamento familiar (VALLE, 1997; BIGHETI e VALLE, 2008; FREITAS, 2010).

O tratamento e a hospitalização são sentidos como os momentos mais difíceis para as crianças em decorrência dos procedimentos invasivos, principalmente a quimioterapia, que suscita sentimentos de dor, sofrimento e reações desagradáveis, uma vez que essa modalidade terapêutica é bastante invasiva, ocasionando reações físicas e emocionais. Logo, a quimioterapia possui sentidos ambivalentes: ao mesmo tempo que

contribui para a cura da doença, também tem um efeito devastador (FRANÇOSO e VALLE, 1999).

Ao vivenciar uma neoplasia, várias são as mudanças ocasionadas na vida da criança. O mundo é um conjunto de relações dentro do qual existimos, assim, faz parte do mundo da criança que experiencia um câncer conviver com a doença e suas repercussões (FRANÇOSO, 2001). Tais mudanças refletem em seu corpo, uma vez que a doença e o tratamento possuem um impacto físico, provocando modificações em sua imagem corporal. As crianças se sentem tristes com a perda do cabelo, se preocupam com a sua autoimagem, pois se veem diferentes e têm receio de que os outros também a vejam desse modo, embora compreendam que essa é uma consequência do tratamento e que ao longo do tempo seus cabelos irão crescer novamente. Além das alterações no aspecto físico, ocorreram mudanças em sua rotina, tais como: o afastamento de casa, da escola, das pessoas que faziam parte de seu contexto social e relacional, restrições alimentares e em suas atividades lúdicas. Tudo isso é vivenciado com pesar e tristeza, os infantes expressaram sentimentos de saudade e desejo de retornar a realizar suas atividades habituais.

De tal maneira, a doença e a hospitalização provocam uma ruptura no cotidiano da criança, tendo um caráter desorganizador. A família e as crianças sentem-se ameaçadas frente aos riscos que esta desestruturação ocasiona, diante disso buscam enfrentar a situação com os recursos que dispõem (FRANÇOSO e VALLE, 1999; VALLE e RAMALHO, 2008).

Para lidar com todas essas perdas e dificuldades engendradas pela doença, as crianças recebem o apoio de seus familiares, amigos, equipe de saúde e depositam sua fé e esperança em um ser superior: Deus. Conforme Françoso (2001), a criança é capaz de apropriar-se da situação, visto que se trata de seu mundo circundante, no qual ela habita e se adapta. Em tal contexto, as pessoas ao seu redor, que compõem seu mundo humano, se tornam fundamentais, pois lhe dão referência e suporte para sua existência. Desse modo, ao longo do enfrentamento da doença e de suas demandas, os significados vão sendo atribuídos, imprimindo um sentido para o que é vivido. Para Heidegger (2009, p.117):

Ser-com é sempre uma determinação da própria presença; ser co-presente caracteriza a presença de outros na medida em que, pelo mundo da presença, libera-se a possibilidade para um ser-com. A própria presença só é possuindo a estrutura essencial do ser-com, enquanto co-presença que vem ao encontro de outros.

Nesse contexto, somos existencialmente ser-com o outro. No que tange às crianças com câncer, sua rede de apoio foi formada principalmente por seus pais, sendo estes seus maiores cuidadores e incentivadores. Esse relacionamento positivo se estendeu para a equipe de saúde, as crianças demonstraram haver estabelecido uma imagem positiva dos profissionais que lhes deram assistência durante o tratamento. Assim, ser-com o outro é compartilhar, sendo esta a condição ontológica do ser. Em uma situação de adoecimento, a co-existência desvela-se de forma própria, pois no ser-com o outro, o ser se atualiza ao se relacionar com outras pessoas e esse movimento acontece a todo instante, a todo porvir (ROCHA, 2009). Ao serem internadas no hospital, as crianças passam a conviver com colegas de tratamento, criando uma relação de amizade, se percebendo através deles e sofrendo quando os amigos não conseguem resistir à doença.

A morte, tema presente nas falas das crianças, torna-se uma possibilidade real devido à gravidade e ao desfecho imprevisível do câncer. Através da morte do outro, a criança percebe que isso também pode acontecer consigo. Heidegger (2009) assinala que a morte é a possibilidade mais própria, irremissível e insuperável, uma vez que o morrer é um fenômeno que pertence à vida, sendo condição ontológica do ser-aí.

Dessa maneira, ao falar sobre a morte, a criança reflete suas vivências, muitas vezes influenciadas pelas situações de perdas vividas no hospital. O conceito de morte, constituído no psiquismo humano, integra-se no próprio desenvolvimento da criança e é formado pelo saber, pelo imaginário da sociedade em que está inserida e pela experiência com a temática em questão. Ao ser dada a oportunidade, a criança irá falar sobre seus medos e preocupações, porém nem sempre ela consegue manifestar o que pensa sobre a morte. Por vezes só o faz de maneira indireta ou implicitamente (VALLE, 1997; VALLE e RAMALHO, 2008).

Voltando ao enfoque fenomenológico da personalidade proposto por Forghieri (2011), abordamos agora o mundo próprio, que consiste na relação que o sujeito estabelece consigo mesmo. Tendo em vista que o homem é um ser-no-mundo, é a partir das relações com as pessoas, em seu mundo humano, e com o mundo circundante que o indivíduo vai atualizando suas potencialidades e adquirindo autoconhecimento (FORGHIERI, 2011).

Ao ser acometida por um câncer, a identidade da criança é constituída por elementos associados ao adoecimento, imbricados nos acontecimentos que envolvem a doença e o tratamento (FRANÇOSO, 2001). O seu mundo próprio é revestido pelos

sentidos que atribui a essa facticidade. À medida que experiencia a doença, a criança se adapta ao discurso médico, mostrando-se capaz de explicar, à sua maneira, procedimentos terapêuticos, exames e até mesmo relatar seu diagnóstico.

Destarte, quando a criança adentra o mundo do tratamento, ela vai, gradativamente, se apropriando de tudo o que nele está inserido, conforme seus recursos cognitivos, emocionais e vivenciais, buscando sentidos que permitam entender o que está acontecendo ao seu redor (VALLE, 1997; AMARAL, 2004; CAPARELLI, 2004). No entanto, as crianças não se perceberam apenas na condição de ser-doente, posto que também descreveram seu mundo particular composto por suas atividades preferidas, suas relações familiares, com os amigos e sobre as suas vivências na escola. Isso propicia a autotranscedência, isto é, a criança não fica estagnada no presente, pois consegue transcender a situação imediata, ultrapassando o momento concretamente presente, o aqui e o agora, o espaço e o tempo objetivos (FORGHIERI, 2011).

Considerando o enfoque fenomenológico da personalidade descrito por Forghieri (2011), as maneiras de existir são parte do ser-no-mundo e podem ser caracterizadas como: preocupada, sintonizada e racional. A vivência cotidiana imediata é a maneira primordial de existirmos. Compreendemos a nossa existência com um sentimento pré-reflexivo que pode ser de mal-estar, inquietude e preocupação, ou bem-estar, tranquilidade e sintonia, em relação a nós e ao mundo que está a nossa volta (FORGHIERI, 2011).

A maneira preocupada de existir diz respeito a um sentimento global de preocupação que varia desde uma sensação de inquietude até um sentimento intenso de angústia (FORGHIERI, 2011). A vivência cotidiana imediata da criança com câncer é repleta de situações determinadas pela enfermidade e tratamento, portanto seus sentimentos e sua compreensão global pré-reflexivos e intuitivos estão atrelados à situação de adoecimento (FRANÇOSO, 2001; VALLE e RAMALHO, 2008). A criança-com-câncer irá vivenciar situações novas e muitas vezes ameaçadoras, como a hospitalização, os procedimentos invasivos, uma possível recidiva e as consequências da doença despertam sentimentos de medo e angústia.

A doença e o tratamento são fontes de angústia para a criança enferma. Esse sentimento é vivenciado de forma particular, uma vez que é revestido de significados pessoais de cada criança que, conforme sua singularidade, atribui à sua vivência um sentido único. A angústia advinda da situação pode ser observada quando a criança demonstra dificuldade ou até mesmo impossibilidade de falar a respeito do tema

(FRANÇOSO e VALLE, 1999; CAPARELLI, 2004b). Em alguns momentos as crianças se esquivavam de conversar sobre a doença que as acometeu e ao mencioná-la não falavam diretamente a palavra câncer.

O sentimento de angústia também se faz presente devido à possibilidade de finitude, acionada pela gravidade da doença e pelo confronto com a morte dos companheiros de tratamento. Diante disso a criança reflete, então, sobre sua própria finitude. Heidegger (2009, p.257) afirma que “só na angústia subsiste a possibilidade de uma abertura privilegiada uma vez que ela singulariza. Essa singularização retira a presença de sua decadência, revelando-lhe a propriedade e a impropriedade como possibilidades de seu ser”. Para o filósofo a angústia é inerente à existência humana, já que somos lançados no mundo e nossa única certeza é a de nossa morte. A angústia designa a sensação de incerteza que leva o homem a um sentimento de vazio, mas também o remete ao seu poder ser mais próprio (PEREZ, 2004; BARRETO, 2013; SZYMANSKI, 2013).

O homem consegue analisar suas angústias de modo racional, a fim de transformá-las em medos concretos para poder enfrentá-los através de seus próprios recursos. Na maneira racional de existir desenvolvemos a capacidade de reflexão e análise de nossas próprias vivências, elaborando um conjunto de conceitos que possam explicá-las (FORGHIERI, 2011). As crianças mostraram-se capazes de analisar e refletir sobre os acontecimentos advindos da condição de ser-doente, avaliando seus recursos de enfrentamento e dando conselhos para outras crianças acometidas pelo câncer.

Em nosso existir cotidiano, também vivenciamos situações de completa harmonia, que caracterizam a maneira sintonizada de existir. Entretanto, esses momentos ocorrem com menos frequência, consistindo apenas em um breve sentimento de bem-estar e tranquilidade (FORGHIERI, 2011). Na vivência das crianças com câncer, não existe apenas experiências de tristeza e sofrimento, pois elas conseguem evocar lembranças de descontração, sentem-se felizes por estarem concluindo o tratamento e poder retomar a sua rotina. Dessa forma, as três maneiras do homem existir no mundo podem surgir entrelaçadas e se alternam conforme as suas experiências. Ao contar sua história de vida e o mundo-da-doença, as crianças oscilavam entre a maneira preocupada, sintonizada e racional de existir, se deparando com momentos de angústia, harmonia e reflexão de suas vivências.

Tratemos agora do ato de temporalizar, que consiste em experienciar o tempo, o

fundamento básico do existir humano. Existir e transcender tem o mesmo significado, ambos se referem a lançar-se para fora, ou seja, ultrapassar a situação imediata, o que está imbricado no temporalizar. Como aponta Castro (2009), em Heidegger o tempo para o ser-aí não pode ser reduzido a uma soma de momentos lineares, mas deve ser pensado, sobretudo, como uma pre-sentificação do passado, do presente e do futuro, o que no pensamento heideggeriano denominou-se de temporalidade.

O nosso existir é experienciado em um fluxo contínuo, a velocidade e intensidade temporais se alternam conforme a nossa maneira de vivenciar as situações, que são acompanhadas de sentimentos de agrado ou desagradado. Sendo assim, os instantes vivenciados de maneira sintonizada transcorrem rapidamente, por outro lado, os momentos de preocupação e contrariedade são experienciados como ocorrendo lentamente. O temporalizar também possui uma “extensibilidade”, ampliando ou restringindo o passado e o futuro. As vivências de sintonia expandem o temporalizar, já a preocupação e contrariedade o restringem (FORGHIERI, 2011).

As crianças, enquanto existentes, são seres lançados no mundo e se percebem assim, pois se compreendem vivenciando o tempo. Ao se debruçar sobre o passado, relembram o momento da confirmação do diagnóstico, o transcorrer do tratamento, os procedimentos dolorosos, as intercorrências no hospital e todas as repercussões que o câncer trouxe para sua vida. Tais lembranças são carregadas de sentimentos de angústia e em alguns momentos, durante a entrevista, os infantes chegaram a se emocionar. O presente é permeado pelo desejo de finalizar o tratamento e obter a cura, ao mesmo tempo que retomam, gradativamente, sua rotina.

No que tange ao futuro, é possível apreender que as crianças imaginam suas vidas a longo prazo e se veem enquanto seres de possibilidades. Nesse sentido, Forghieri (2011) postula que racionalizar é voltar ao passado, refletir sobre os acontecimentos e fazer previsões sobre o que irá acontecer, posto que existir impulsiona o ser humano a seguir em direção ao futuro, não se limitando ao passado. Portanto, é na vivência imediata, pré-reflexiva, que o ser deve se soltar na fluidez e imprevisibilidade do futuro.

Outro conceito importante a ser considerado remete ao modo como vivenciamos o espaço em nossa existência, o espacializar. Para Forghieri (2011), a vivência do tempo e espaço estão intimamente relacionados e são experienciados com amplitude ou restrição. Buscamos racionalmente denominar os lugares e as coisas que nele se encontram, no entanto, o espacializar possui um sentido mais profundo e originário,

pois é carregado de expansividade e ultrapassa os limites de nosso próprio corpo e do ambiente concreto ao nosso redor.

Diante do exposto, o espacializar das crianças foi além do local no qual se encontravam durante a entrevista. Englobava os vários ambientes já experienciados por elas: seus lares, a escola, a casa de apoio do GACC, o hospital. Ao rememorar as situações vivenciadas, houve uma imbricação entre o temporalizar e o espacializar, e esse instante alternou entre sentimentos de angústia e tristeza, mas também de felicidade e esperança.

O discurso das crianças evidencia que o espaço pode ser experienciado com familiaridade ou estranheza, de forma que podemos nos sentir acolhidos ou desconfortáveis em um determinado ambiente. Isso irá depender de uma determinada maneira de existir no mundo naquele momento. Quando nos sentimos sintonizados, temos facilidade para visualizar nossa existência com clareza e amplitude, reconhecendo-nos como seres de possibilidades. Por outro lado, ao nos sentirmos preocupados, angustiados e contrariados, restringimos o significado de nosso existir, nos fechamos diante das possibilidades e perdemos até mesmo a vontade de prosseguir (AMARAL, 2004; FREITAS, 2010).

Conforme descrito anteriormente, o temporalizar e o espacializar fazem parte do existir humano. Contudo, outra característica descrita por Forghieri (2011) e que complementa seu pensamento, é o escolher. O escolher significa que quanto mais ampla for a abertura do ser humano à percepção e compreensão de suas vivências, maior será sua liberdade de escolha (FORGHIERI, 2011). Para as crianças com câncer fazer escolhas não é algo tão simples, elas são submetidas a uma série de exames e procedimentos invasivos que lhes causam dor e sofrimento, e muitas vezes não encontram espaço para falar o que estão sentindo ou esclarecer seus questionamentos sobre a doença.

Embora estar doente seja uma facticidade, ocasionando limitações na vida da criança em função da doença e tratamento, ainda assim é possível deixá-la tomar algumas decisões, tais como: escolher o local onde quer tomar a medicação, o profissional que irá administrar os medicamentos, quem gostaria que lhe fizesse companhia para sentir-se seguro, escolher algo que deseja comer. Essas e outras escolhas podem ser feitas pelas crianças, de modo que elas se sintam participantes de seu próprio tratamento (FRANÇOSO e VALLE, 1999; VALLE e RAMALHO, 2008).

O homem é um ser-no-mundo, existe sempre em relação com os seus

semelhantes, compreendendo as suas experiências e dando-lhes significados. Vivencia o tempo e o espaço, mas consegue transcender a situação imediata. Seu existir abarca não apenas o que está vivendo no momento presente, mas também as diversas possibilidades às quais se encontra aberta a sua existência (FRANÇOSO, 2001; BIGHETI e VALLE, 2008; CASTRO, 2009; BARRETO, 2013).

No entanto, no decorrer de nossa existência nos deparamos com obstáculos que dificultam nossa abertura originária às possibilidades, que fazem parte de nossa facticidade. O ambiente, o clima, acidentes e doenças aos quais estamos propensos, se configuram como limites mundanos e pessoais à nossa vida (FORGHIERI, 2011; MORATO, 2013). Estar doente com câncer é uma facticidade que impõe restrições à vida da criança, mas há caminhos possíveis e elas demonstraram ser capazes de fazer escolhas, indo além da condição de ser-doente.

Ao buscar trilhar novos caminhos, a criança não se restringe à situação imediata, mostrando-se saudável existencialmente. Forghieri (2011) define que o ser humano saudável, mesmo quando vivencia momentos de restrição, conflitos e contrariedade, que podem levar à confusão e aflição, consegue ainda recuperar o envolvimento e a sintonia com o seu sofrimento, atribuindo sentido para as suas experiências. Dessa forma, resgata também a abertura às suas possibilidades, passando a ter condições de fazer escolhas e definir quais ações deve tomar para resolver, superar ou aceitar uma determinada situação.

As crianças que participaram deste estudo vivenciaram momentos de dor, angústia e medo, mas apesar do adoecimento físico não se deixaram adoecer existencialmente, revelando que é possível enfrentar a árdua batalha de ser acometido pela facticidade de ter uma neoplasia maligna. Nesse sentido, ser-criança-com-câncer é olhar para o passado e projetar-se no futuro, rumo a um horizonte repleto de possibilidades.

## **CONCLUSÃO**

Através de seus relatos, as crianças resgataram a trajetória por elas percorrida desde o momento em que a doença começou a se manifestar em seu corpo. Os pequenos perceberam que havia algo diferente em seu funcionamento corporal, devido aos sinais e sintomas que foram acionados pela enfermidade. A confirmação do diagnóstico é um momento vivenciado com tristeza. Embora pouco entendam os aspectos biológicos do

câncer, as crianças sabem que a doença é grave e se preocupam com as consequências do adoecimento, principalmente com a hospitalização e os procedimentos médicos invasivos.

Todas essas lembranças são evocadas pelos infantes. Em um contínuo movimento de ir e vir, a criança transcende o presente e no ato de temporalizar se reporta ao passado e ao futuro. À medida que vão se adaptando à condição de ser-doente, as crianças começam a espacializar o ambiente hospitalar com familiaridade e se apropriam dos termos médicos, sendo capazes de descrever com clareza os procedimentos, exames e até mesmo o nome científico de seu diagnóstico.

Ao rememorarem o tratamento, os pequenos são unânimes em afirmar que as intervenções médicas são dolorosas e desagradáveis, o que lhes causa sofrimento físico e emocional. A doença e o tratamento os obrigam a se afastar da sua rotina habitual, e várias são as transformações ocasionadas em sua vida. Além disso, a criança precisa lidar com os medos que surgem ao conviver com a neoplasia, sobretudo o medo de morrer, tendo em vista a imprevisibilidade do câncer e seu desfecho incerto. Ao se deparar com a morte dos colegas de tratamento, os infantes associam que isso também pode acontecer consigo, e essa possibilidade gera angústia e preocupação.

Tudo isso provoca alterações importantes em sua dinâmica pessoal e social, e para lidar com as repercussões engendradas pela doença, as crianças contam com o apoio de seus familiares, da equipe de saúde, dos amigos e a fé em Deus. Essa rede de apoio torna-se fundamental para motivar os pequenos a enfrentarem as adversidades e os momentos de sofrimento. O fato é que sua existência e seu desenvolvimento passam a ser determinados pela situação de adoecimento. As limitações vividas são significativas, mas cada criança é única e irá vivenciar esse momento de forma íntima, atribuindo um sentido particular para essa experiência.

Apesar dessa vivência ser fonte de angústia, as crianças também são capazes de se perceber enquanto seres de possibilidades, transcendendo a situação imediata, demonstrando que é possível seguir adiante. Em seus discursos, os infantes manifestaram o desejo de dar seguimento ao seu plano existencial, retomando a escola, voltando para casa ou dando continuidade ao tratamento e prosseguindo com suas vidas, enfrentando assim as consequências deixadas pela doença. Isso mostra, conforme assinala Forghieri (2011), que as crianças estão saudáveis existencialmente, pois mesmo vivenciando momentos de contrariedade e conflitos conseguiram recuperar a sintonia, sendo capazes de fazer escolhas e ressignificar suas vidas.

Dessa forma, a partir de pesquisas nas quais a criança é convidada a falar sobre as suas vivências, pode-se ampliar a compreensão sobre o que elas pensam, sentem e o que almejam. Ocorre que, em algumas situações, os infantes têm a sua capacidade subestimada, e suas escolhas e questionamentos não são levadas em consideração. Entretanto, torna-se fundamental dar voz para a criança, permitindo que ela seja um sujeito ativo e participante de seu próprio tratamento. Havendo esse entendimento ampliado sobre as crianças, pode-se implementar intervenções em saúde voltadas para as demandas do paciente pediátrico, abarcando suas reais necessidades.

Dentre as ações que podem ser desenvolvidas destacam-se aquelas voltadas para o âmbito hospitalar. Este ambiente deve ser acolhedor e possuir espaços lúdicos, para que as crianças possam brincar e se sintam menos entediadas enquanto estiverem hospitalizadas. No tocante aos procedimentos terapêuticos eles são necessários para a recuperação da saúde da criança, contudo a aplicação dos medicamentos e a realização de exames devem ser feitos de modo menos invasivo objetivando atenuar o sofrimento físico e emocional da criança ao longo do tratamento.

Daí a importância de que os profissionais que compõem a equipe de saúde adotem uma postura humanizada, buscando compreender a criança acometida por uma neoplasia maligna e o impacto que o adoecimento ocasionará em sua vida. Nesse contexto, é importante dar atenção não apenas a esfera biológica da doença, mas também considerar a criança em sua dimensão existencial e psicológica, enquanto ser em desenvolvimento. Como tal, deve ser respeitada em sua singularidade. Assim, o psicólogo também deve fazer parte da equipe de saúde afim de prestar assistência psicológica às crianças, acompanhando-as desde o momento do diagnóstico até a sua alta hospitalar, tendo em vista que o câncer é uma doença que trará uma série de repercussões para a vida da criança, ocasionando uma desorganização psíquica que pode perdurar mesmo após a finalização do tratamento.

Enfim, a presente pesquisa não pretende esgotar o fenômeno investigado, mas sim estimular novos estudos sobre a temática em questão. Durante a construção deste trabalho algumas ideias e reflexões que demandariam maior desenvolvimento foram surgindo: descrever como a criança vivencia a morte de seus companheiros de tratamento; averiguar se a doença ocasiona desajustes psicológicos na criança após a finalização do tratamento; compreender como adolescentes que sobreviveram a um câncer infantil lidam com a facticidade de terem sido diagnosticados por um câncer na infância e as repercussões dessa vivência em suas vidas. Essas são questões fecundas

que abrem importantes caminhos de investigação e poderiam nortear futuras pesquisas.

#### **REFERÊNCIAS**

AMARAL, M.T.C. O câncer infantil: uma vivencia impactante. In: VALLE, E.R.M. (Org.) **O cuidar de crianças com câncer: visão fenomenológica**. Campinas, SP: Editora Livro Pleno, 2004, p. 60-63

Ayvu, Rev. Psicol., v. 02, n. 02, p.94-121, 2016

BARRETO, C.L.B.T. Reflexões para pensar a ação clínica a partir do pensamento de Heidegger: da Ontologia Fundamental à questão da técnica. In: BARRETO, C.L.B.T.; MORATO, H.T.P.; CALDAS, M.T. (Orgs.) **Prática psicológica na perspectiva fenomenológica**. Curitiba: Juruá, 2013, p.27-50.

BIGHETI, A.; VALLE, E.R.M. Compreendendo as vivências de adolescentes com câncer: análise fenomenológica do TAT. In: CARVALHO, V.A.; FRANCO, M.H.P.; KOVÁCS, M.J.; LIBERATO, R.; MACIEIRA, R.C.; VEIT, M.T.; GOMES, M.J.B.; HOLTZ, L. (Orgs.) **Temas em Psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008, p.218-232.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Câncer na criança e no adolescente no Brasil: dados dos registros de base populacional e de mortalidade. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativa 2014: Incidência do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2014a.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Câncer infantil. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/infantil>>. Acesso em: 11 fev.2014b.

BRUNS, M.A.T.; TRINDADE, E. A contribuição da ontologia-hermenêutica de Martin Heidegger. In: BRUNS, M.A.T.; HOLANDA, A.F. (Org.). **Psicologia e Fenomenologia: reflexões e perspectivas**. 2 ed. São Paulo: Editora Alínea, 2011, p.77-91.

CAPPARELLI, A.B.F. As vivências do médico diante do diagnóstico de câncer infantil. In: CAPARELLI, A.B.F.; VALLE, E.R.M.; AMARAL, M.T.C. (Org.). **O cuidar de crianças com câncer: visão fenomenológica**. São Paulo: Livro Pleno, 2004.p.83-146.

CASTRO, E.H. B. **A experiência do diagnóstico: o significado no discurso de mães de crianças com câncer à luz da filosofia de Martin Heidegger**. 182 f. Tese (Doutorado em Psicologia) Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

COSTA, C.L.da. et al.Introdução. In: COSTA, C.L.;NAKAMOTO, L.H.; ZENI, L.L (Org.). **Psico-oncologia em discussão**. São Paulo: Lemar, 2009.p.19-30.

FORGHIERI. Y.C. **Psicologia Fenomenológica: fundamentos, métodos e pesquisa**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2011.

FRANÇOSO, L.P.C.; VALLE, E.R.M.A criança em quimioterapia. In: FRANÇOSO, L.P.C.; VALLE, E.R.M (Org.). **Psico-oncologia pediátrica: vivências de crianças com câncer**. Ribeirão Preto: Scala, 1999.p.67-100.

FRANÇOSO, L.P.C. **Vivência de crianças com câncer no grupo de apoio psicológico: Estudo fenomenológico.** 191 f. Tese (Doutorado em Psicologia), Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras (USP), Ribeirão Preto, 2001.

FREITAS, J.L. **Experiência de adoecimento e morte: diálogos entre a pesquisa e a Gestalt-terapia.** 1ª reimp. Juruá. Curitiba, 2010.

GOMES, I.P. et al. Do diagnóstico à sobrevivência do câncer infantil: perspectiva de crianças. **Revista texto contexto enfermagem**, Florianópolis, v.22, n. 3, p.671-679, jul./set.2013.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo.** Trad. Márcia Sá Cavalcante, 9ed. Petrópolis: Vozes, v.1, 2009.

HOLANDA, A. Questões sobre pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológica. **Análise Psicológica**, v.3, n.24, p.363-372, 2006.

LANDSKRON, L. M. F. Psico-oncologia: As descobertas sobre o câncer ao longo da história. In: HART, C. F. M(Org.). **Câncer: uma abordagem psicológica.** Porto Alegre: AGE, 2008. p.11-31.

MARTINS, J.; BICUDO, M.A.V. **A pesquisa qualitativa em psicologia.** 5ed. São Paulo: Centauro, 2005.

MELO, G.J.L.R.; MELLO, J.P. **A criança e o câncer uma pesquisa bibliográfica em uma perspectiva psicanalítica.** 61 f. Monografia (Graduação em Psicologia), Sociedade de Educação do Vale de Ipojuca (FAVIP), Caruaru, 2010.

MENEZES, C.N.B. et al. Câncer infantil: organização familiar e doença. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, v.7, n.1, p.191-210, 2007.

MORATO, H.T.P. Algumas considerações da Fenomenologia Existencial para a ação psicológica na prática e na pesquisa em instituições. In: BARRETO, C.L.B. T.; MORATO, H.T.P.; CALDAS, M.T. **Prática psicológica na perspectiva fenomenológica.** Curitiba: Juruá, 2013, p. 51-76.

NUCCI, N.A.G. **O leão sem juba.** São Paulo: Paulinas, 1997.

PEREZ, S.R.S.M. **Ser-no-mundo com a criança portadora de câncer: compreendendo a experiência de psicólogos no serviço de oncologia pediátrica de Natal-RN.** 191 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2004.

ROCHA, S.S.T. **Ser-adulto-sobrevivente-de-câncer-infantil: uma compreensão fenomenológica.** 133 f. Tese (Doutorado em Psicologia), Faculdade de Filosofia, ciências e letras, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2009.

SZYMANSKI, H.; SZYMANSKI, L. Repercussões do pensamento fenomenológico nas práticas psicoeducativas. In: BARRETO, C.L.B. T.; MORATO, H.T.P.; CALDAS,

M.T. **Prática psicológica na perspectiva fenomenológica.** Curitiba: Juruá, 2013, p. 77-94.

VALLE, E.R.V.M. **Câncer infantil: Compreender e agir.** São Paulo: PSY, 1997.

VALLE, E.R.M.; RAMALHO, M.A.N. O câncer infantil: a difícil trajetória. In: CARVALHO, V.A.; FRANCO, M.H.P.; KOVÁCS, M.J.; LIBERATO, R.; MACIEIRA, R.C.; VEIT, M.T.; GOMES, M.J.B.; HOLTZ, L. (Orgs.) **Temas em Psico-oncologia.** São Paulo: Summus, 2008, p.505-516.