



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE – FACES  
CURSO: PSICOLOGIA

# **REFLEXÕES SOBRE O LUGAR DO ADOLESCENTE COM CÂNCER NO PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO**

Jaqueline da Silva Alves

Brasília,  
Julho / 2009.

JAQUELINE DA SILVA ALVES

**REFLEXÕES SOBRE O LUGAR DO ADOLESCENTE  
COM CÂNCER NO PROCESSO DE  
HOSPITALIZAÇÃO**

Monografia apresentada ao UniCEUB – Centro Universitário de Brasília como requisito básico para obtenção do título de psicólogo da Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, sob orientação da professora MSc. Morgana de Almeida Queiroz.

Brasília,  
Julho / 2009.



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE – FACES  
CURSO: PSICOLOGIA

Esta monografia foi aprovada pela comissão examinadora composta por:

---

Prof<sup>a</sup>. MSc. Ciomara Schneider

---

Prof<sup>a</sup>. MSc. Miriam May Phillippi

---

Prof<sup>a</sup>. MSc. Morgana de Almeida Queiroz

A Menção Final obtida foi:

---

Brasília, Julho / 2009.

*Dedico este trabalho a todos os  
adolescentes que me mostraram uma nova  
forma de olhá-los e conquistaram um  
lugar muito especial na minha vida*

## AGRADECIMENTOS

Esta monografia é resultado de várias relações que foram tecidas ao longo da minha vida, por isso é necessário agradecer a todos aqueles que deixaram sua *sementinha* que gradualmente foi me transformando. Agora, é fundamental que eu reconheça a participação de algumas pessoas.

As palavras são poucas para expressar a minha gratidão a minha querida professora-orientadora, Morgana de Almeida Queiroz, que foi além do exercício da docência, pois nos momentos de perdas pelos quais passei ela foi simplesmente maravilhosa. Muito obrigada por ter me mostrado novas formas de olhar o mundo.

Agradeço a todos os professores com quem eu tive a honra de estudar no decorrer da formação. Especialmente, aos professores Alejandro Oliviere, Antonio Isidro Filho, Fernando Rey, Heila Veiga, Suzana Joffily e Tânia Inessa. Com esses, tive oportunidade de estudar por mais tempo e, agora, tenho a honra de chamá-los de *grandes mestres*.

Agradeço a comissão examinadora por ter dedicado o seu tempo e cuidado na leitura avaliativa deste trabalho que constitui uma produção muito importante na minha vida.

Aos meus queridos pais, João Evangelista e Eulina, que a cada dia fazem com que eu agradeça a educação que me proporcionaram, pois me ensinaram a viver de forma independente, simples, respeitosa e amorosa. Meus pais são os balizadores da minha conduta e o meu lugar seguro.

Agradeço a minha grande família, irmãos, sobrinhos, tios e primos, por tantos momentos enriquecedores. Especialmente, a minha *irmãzinha* Mônica que foi a outra mão que me ajudou na construção deste trabalho e por ser uma luz no meu caminho. E a minha tia Glória, por ser sempre tão presente e prestativa desde minha mais tenra idade.

Agradeço a minha tia-avó, Maria (In Memoriam), pelas orientações que me livraram de vários perigos no decorrer da minha adolescência, por ser minha *vovozinha* querida e pelos vários mimos que sinto tanta falta.

Ao meu querido Eli, que tem sido uma presença constante desde que nos conhecemos há quase dez anos. Você além de muito atencioso, honesto e sincero, é uma grande inspiração na minha vida. Muito obrigada por fazer parte da minha história

À equipe de neonatologia do Hospital Regional de Brazlândia, por ser local de trabalho e uma segunda família. Profissionalmente, cresci nessa equipe, aqui fui sendo moldada com a alegria do nascimento e com a dor da perda de muitos recém-nascidos. Os constantes momentos de estresse, por assuntos relacionados ao trabalho ou a questões pessoais, apenas intensificaram a minha admiração e respeito por todos. Muito obrigada por facilitarem demasiadamente o meu trabalho. Especialmente, a minha *amiguinha* Shirlei, companheira de todas as horas.

Aos meus colegas e amigos da faculdade que contribuíram muito para minha formação. Em especial, aqueles que foram presença constante nesses últimos semestres, como a Aretuza, Ana Paula Novas, Duda Cidade, Carla Boaventura, Camila Goudinho, Carol Gabriel, Cláudia Nardelli, Erika Chrystian, Larissa Bessa, Márcia Gameiro, Marcio Augusto, Rosane Camargos e Viviane Fernandes.

Agradeço as psicólogas Sílvia Coutinho e Estela Versiani, pessoas essenciais na minha prática de estágio em Psicologia Hospitalar.

Sinto-me honrada e abençoada por essas pessoas terem permitido a minha presença em suas vidas. A todas elas e ao grande Criador o meu muito obrigada.

## SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| INTRODUÇÃO.....  | 08 |
| CAPÍTULO 1 – FUNDAMENTOS TEÓRICOS DA ADOLESCÊNCIA .....  | 10 |
| 1.1 – PERSPECTIVAS HISTÓRICAS DO ADOLESCER .....   | 10 |
| 1.2 – ADOLESCÊNCIA E SEUS ASPECTOS BIOPSISSOCIAIS.....   | 12 |
| 1.2.1– ASPECTOS BIOLÓGICOS: PUBERDADE .....  | 14 |
| 1.2.2 – ASPECTOS PSICOLÓGICOS E SOCIOCULTURAIS.....  | 15 |
| 1.3 – PROCESSO SAÚDE-DOENÇA NA ADOLESCÊNCIA.....   | 17 |
| 1.3.1 – O BINÔMIO SAÚDE-DOENÇA.....  | 17 |
| 1.3.2 - TRANSIÇÃO SAÚDE-DOENÇA NA ADOLESCÊNCIA .....   | 19 |
| CAPÍTULO 2 – CÂNCER NA ADOLESCÊNCIA .....  | 22 |
| 2.1 – PROCESSO NEOPLÁSICO.....   | 22 |
| 2.2 – DIAGNÓSTICO.....   | 23 |
| 2.3 – TRATAMENTO .....   | 25 |
| 2.4 – CUIDADOS PALIATIVOS E O PROCESSO DE MORTE E MORRER PARA<br>ADOLESCENTES COM CÂNCER.....        | 29 |
| CAPÍTULO 3 – REFLEXÕES SOBRE O LUGAR DO ADOLESCENTE COM CÂNCER<br>NO PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO..... | 32 |
| CONCLUSÃO.....   | 41 |
| REFERÊNCIAS.....   | 44 |

## RESUMO

Este estudo tem como objetivo refletir sobre o lugar do adolescente com câncer no processo de hospitalização. Origina-se a partir das inúmeras inquietações suscitadas no decorrer de nossa experiência de estágio junto a jovens hospitalizados com algum tipo de neoplasia. Para alcançarmos nossa meta realizamos uma revisão da literatura, que apresenta uma grande lacuna quando os descritores são adolescentes hospitalizados ou com câncer, e complementamos com as vivências de estágio. Para um melhor desenvolvimento do trabalho é necessário que conheçamos alguns temas importantes relacionados ao período da adolescência, por isso desenvolvemos este estudo a partir de três eixos. Primeiramente, discorremos acerca dos fundamentos teóricos da adolescência e o processo saúde-doença nessa fase: aqui fazemos uma reflexão sobre o lugar destinado ao adolescente ao longo da história, suas principais características e as transições que o jovem enfrenta ao deparar-se com uma enfermidade crônica. Em seguida, apresentamos a problemática questão do câncer na adolescência e seus desdobramentos advindos com a representação social da doença, com o diagnóstico, com o tratamento e com a falta de possibilidades terapêuticas, ou seja, com a complexidade dos cuidados paliativos e o processo de morte e morrer. Por último, refletimos sobre o lugar que o jovem ocupa durante o tratamento quando necessita de hospitalização, observamos que nesse momento ocorrem várias rupturas, pois ele se depara com o afastamento do grupo de amigos e com o isolamento social que o seu quadro clínico muitas vezes requer. Durante nossas vivências junto a adolescentes hospitalizados com neoplasias, verificamos que o processo de internação constitui-se em algo tão difícil quanto a enfermidade. A hospitalização é uma *invasão bárbara* de vários procedimentos terapêuticos que afasta o indivíduo do convívio social e deixa o adolescente sem lugar. Visto que a este é destinado um espaço que não contempla suas necessidades mais prementes, *de um ser em busca de um lugar no mundo*. Ressaltamos que a falta de sensibilidade, capacitação e investimento afetivo por parte da equipe de saúde, mobilizam muito os jovens hospitalizados de forma negativa. Precisamos, enquanto profissionais de saúde, olhar o adolescente de uma nova forma e de políticas públicas mais direcionadas a essa fase de desenvolvimento.

**Palavras-chave:** adolescente, câncer, hospitalização



O surgimento de uma doença é sempre uma possibilidade, no entanto é sempre algo que traz muitos transtornos para o indivíduo, principalmente quando a pessoa acometida é um adolescente e a doença é um câncer. Então teremos um indivíduo que passa por dois processos de transições intensos e complexos, a adolescência e o adoecimento. No evoluir da doença e do tratamento, podem ocorrer diversas intercorrências que necessitam de hospitalização.

O processo de hospitalização, por sua vez, constitui-se em um momento de grande tensão para o indivíduo, significando afastamento, mudança de rotina e esquecimento das suas inúmeras *aspirações existenciais*. Ao adentrar no espaço hospitalar, o indivíduo começa a ser conhecido pela doença e pelo número de registro de internação, e não como um ser humano complexo e dinâmico que atravessa um processo de adoecimento.

O desdobramento que um processo de hospitalização pode trazer para a vida do indivíduo vai estar relacionado com vários fatores, entre eles podemos destacar o lugar que ele ocupou nessa vivência.

Neste trabalho, faremos uma revisão da literatura complementada com as experiências de estágio em Psicologia Hospitalar junto a adolescentes com câncer. Nosso principal objetivo é refletir sobre o lugar desse indivíduo no processo de hospitalização. Pretendemos, ainda, conhecer os principais aspectos da adolescência, assim como, eventos relacionados ao processo saúde-doença neste período, especificamente o câncer.

No primeiro capítulo serão abordados os fundamentos teóricos da adolescência e o processo saúde-doença nessa etapa do desenvolvimento. Para tanto, dividimos em três tópicos que foram subdivididos. O primeiro tópico aborda as perspectivas históricas do adolescer, aqui procuramos mostrar o lugar que foi destinado ao jovem ao longo da história. O segundo discorre sobre a adolescência e seus aspectos biopsicossociais, ou seja, os múltiplos fatores

que envolvem essa fase. No último, procuramos mostrar sucintamente o processo saúde-doença e suas complexas transições na fase adolescente.

O segundo capítulo discorre sobre a questão do câncer na adolescência. Para tal, discutimos, primeiramente, acerca do processo neoplásico, procuramos falar das representações do câncer na atualidade e das neoplasias juvenis. Depois, discorremos sobre a complexidade da questão diagnóstica e suas implicações na vida do indivíduo. Em seguida, apresentamos as principais modalidades de tratamento que são a quimioterapia, a radioterapia e a cirurgia, e, ainda, mostramos algumas consequências de tais intervenções terapêuticas. E, por último, abordamos a complexidade dos cuidados paliativos e o processo de morte e morrer para o adolescente com câncer.

No terceiro capítulo, apresentamos uma reflexão sobre o lugar do adolescente com câncer no processo de hospitalização, a partir da pouca literatura publicada e também com base nas nossas vivências, durante dois semestres, junto a jovens internados. Ressaltamos que muitas vezes não existe um lugar para o adolescente hospitalizado, em vários aspectos, pois é colocado em uma enfermaria pediátrica ou de adulto, são raros os profissionais capacitados para atendê-los e, frequentemente, são rotulados como *pacientes difíceis*.

Na última parte do nosso estudo apresentamos algumas considerações sobre a lacuna existente na produção literária e a importância do papel do psicólogo no contexto hospitalar como mediador da relação entre adolescente, família e equipe de saúde. Destacamos também como é relevante abrir um espaço simbólico para permitir que o adolescente ocupe o lugar que lhe é de direito, de *senhor* do seu processo de adoecimento, pois somente assim teremos uma terapêutica mais humanizada.

## **1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DA ADOLÊSCENCIA**

### **1.1 – PERSPECTIVAS HISTÓRICAS DO ADOLESCER**

Ao longo da história da humanidade, os indivíduos que se encontravam no período que hoje classificamos como adolescência foram vistos de forma marginalizada. Tais pessoas não possuíam relevância social e nem importância afetiva, pois eram vistas como crianças, e como a infância não tinha importância então quem fizesse parte dela também não teria (Assumpção Jr & Kuczynski, 1998).

Nos séculos que antecederam à cristandade encontramos várias citações de descrença acerca de assuntos envolvendo os jovens. Entre tais, podemos citar a do filósofo grego Sócrates que afirma:

Os nossos jovens parecem amar o luxo. Têm maus modos e desdenham a autoridade. Desrespeitam adultos, e gastam seu tempo vadiando por aí, tagarelando uns com os outros. Estão sempre prontos a contradizer seus pais, monopolizam a atenção em conversas, comem insaciavelmente, e tiranizam seus mestres... (Sócrates, 469-399, citado em Assumpção Jr & Kuczynski, 1998, p.18).

Pelo acima exposto, percebemos que menções sobre a adolescência datam de períodos longínquos. Em tal época e em períodos mais recentes não havia distinção entre crianças e adolescentes, por isso os registros que traziam alguma referência à juventude, na maioria das vezes, eram voltados para a criança, indivíduo sem nenhum privilégio por ser considerado frágil e sem muita utilidade (Maas, 2006).

De acordo com Ariès (1981), no período medieval nem a criança nem o adolescente tinham reconhecimento social. Eles começavam a trabalhar cedo e sua educação visava apenas à repressão dos impulsos pecaminosos, ou melhor, dos desejos sexuais, para que dessa forma a redenção da alma fosse alcançada.

Durante a Idade Moderna a adolescência começa a ser considerada como uma etapa do desenvolvimento na qual o indivíduo adquire a racionalidade e o pensamento abstrato, a identidade e a autodeterminação (Levisky, 1998). Essa forma de contemplar a adolescência assemelha-se com a visão que temos na atualidade.

Foi somente com o advento da revolução industrial burguesa que o processo adolescente começou a ser estudado como um estágio do desenvolvimento evolutivo do homem. Essa revolução provocou importantes mudanças na estrutura familiar e nas relações sociais. Os jovens começaram a fazer parte da massa do operariado industrial e o ensino obrigatório foi ampliado. Assim, os jovens passaram a ter maiores contatos com os adultos e gradualmente o processo adolescente foi sendo prolongado (Ariès, 1981; Levisky, 1998).

Existem vários estudos que colocam Stanley Hall como o primeiro estudioso da adolescência. Maas (2006) ressalta que no início do século XX, ele propôs uma visão multidisciplinar e global desta etapa da vida e estabeleceu de forma definitiva o conceito de adolescência como fase distinta do desenvolvimento humano. Essa autora destaca que Stanley Hall pode ser considerado como o pai da “Psicologia da Adolescência”, pelo seu pioneirismo em reconhecer tal fase como área de conhecimento específico.

Após Stanley Hall surgiram vários estudos sobre a adolescência, entre os quais se destacam os de Anna Freud e Erikson. Anna Freud psicanalista pioneira no atendimento de adolescentes, atribuía a crise da adolescência aos impulsos sexuais que acompanham o desenvolvimento puberal. Erikson, psicanalista que se destacou nos estudos sobre o desenvolvimento do adolescente, afirma que o estabelecimento da identidade é uma das questões centrais nesta etapa do desenvolvimento e a crise estaria relacionada com as problemáticas atuais (Calligaris, 2000; Erikson, 1968/1987; Kalina, 1999). Calligaris destaca

que Erikson foi “um dos raros a perceber que a crise da adolescência se torna muito difícil de administrar, já que o mesmo tipo de crise começa a assolar os adultos modernos” (p.78).

A adolescência ainda hoje é caracterizada por aspectos já descritos por pensadores da Antiguidade, porém passou a ocupar outro espaço na sociedade. Hoje os adolescentes são vistos como indivíduos fundamentais para a constituição do futuro. Várias áreas do conhecimento passaram a se interessar pelo seu estudo e também a conceituá-la conforme seu campo de atuação. Entretanto, o que vem a ser esse período do desenvolvimento humano que é comumente caracterizado como uma fase de crise? Para uma melhor compreensão do adolecer é necessário discutirmos mais detidamente seus principais aspectos, como por exemplo, as características biopsicossociais.

## **1.2 – ADOLESCÊNCIA E SEUS ASPECTOS BIOPSIKOSSOCIAIS**

A adolescência é uma palavra proveniente do latim, pois é uma derivação da palavra *adolescere* que significa apto a crescer, mas que também pode significar adoecer. É um processo que faz parte do desenvolvimento do ser humano e é caracterizado por modificações orgânicas, psicológicas e sociais que ocorrem entre a infância e a idade adulta. As transformações psíquicas e sociais dependem dos aspectos socioculturais do ambiente onde o indivíduo se desenvolve (Outeiral, 2003).

Segundo Outeiral (2003), a Organização Mundial de Saúde (OMS) divide a adolescência em duas fases: dos 10 aos 16 anos e dos 16 aos 20 anos. Já o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990) considera que ela ocorre entre os 12 e 18 anos. No entanto, essas divisões são sempre arbitrárias, pois a adolescência depende da interação de fatores biopsicossociais e não apenas cronológicos.

Silva (2008, p. 51), em um estudo sobre os sentidos subjetivos de adolescentes com câncer, considera como adolescentes “os sujeitos com idade acima de 12 anos e integram a

capacidade de argumentação e reflexão, as relações sociais do sujeito, dependência financeira e/ou emocional da figura parental, a qualidade das amizades, projetos de vida”. Essa forma de considerar a adolescência é muito pertinente porque aborda vários aspectos que perpassam e constituem o ser adolescente.

Definir o que vem a ser a adolescência não é algo simples, pois não existe um consenso entre os estudiosos das muitas áreas que a estudam. Em alguns estudos encontramos características fisiológicas como marco do seu início e características sociológicas como finalizando o processo (Vasquez, 1999, citada em Maas, 2006); já em outros é enfatizada a independência do processo de adolecer do desenvolvimento fisiológico, e salientado o componente psicológico como principal desencadeador do processo (Kalina, 1999).

No entanto, ao falarmos de adolescência é interessante refletirmos sobre todas as transformações a que estão expostos os adolescentes, pois essas alterações, independentes de divergências teóricas, interferem em determinado momento na forma como as pessoas se relacionam com o adolescente e na forma como ele se relaciona consigo mesmo (Muss 1992/1969, citado em Melo, 2006).

É interessante mencionar que os diversos pontos de vista sobre a adolescência parecem, em algum momento, concordar com o fato de que ela é uma fase do desenvolvimento muito turbulenta e que pode ser caracterizada por transformações corporais, psíquicas e socioculturais (Outeiral, 2003). Todos esses aspectos são sentidos de forma passiva e com muito sofrimento, pois o jovem vive um momento de transição desenvolvimental e muita instabilidade emocional.

### 1.2.1– ASPECTOS BIOLÓGICOS: PUBERDADE

A puberdade é um fator fundamentalmente ligado ao processo biológico e é fomentada pelas transformações fisiológicas e hormonais. De acordo com Santrock (2003), são as modificações hormonais que constituem a puberdade. Paikoff e Broks (1990, citado em Melo, 2006) destacam que a puberdade é que caracteriza o início da adolescência e influencia de forma direta ou indiretamente outros aspectos do desenvolvimento humano.

Normalmente, neste período maturacional ocorrem modificações significativas na parte fisiológica do indivíduo. É o único período após o nascimento em que a velocidade de crescimento ocorre de forma acelerada. É na puberdade que ocorre o amadurecimento do aparelho reprodutor, caracterizado pela menstruação na menina, que muitas vezes é sentida como um trauma, e pela ejaculação no menino, que frequentemente produz prazer (Kalina, 1999; Klosinski, 2006). Para Jeammet (2005), são as transformações pubertárias que colocam o corpo juvenil como lugar de destaque nessa fase desenvolvimental e este por sua vez, nesse momento, coloca o domínio da psique em segundo plano.

Os problemas mais frequentes da puberdade são a acne, a ginecomastia, as patologias osteo-muscular relacionadas ao estirão puberal, atraso constitucional da puberdade e alta estatura. As transformações puberais podem também desencadear alguns problemas mórbidos, como por exemplo, a escoliose, epilepsia, asma, *diabetes melito*, varicocele, dor escrotal, dismenorréia, hemorragia uterina disfuncional, afecções da mama, hirsutismo e neoplasias (Beznos, Coates, e Françaço, 2003; Osório, 1982)

Após o exposto, é possível perceber que as intensas transformações corporais a que são submetidos os adolescentes durante a puberdade, podem gerar certo desequilíbrio no físico e ter reflexos na dinâmica emocional. Tais alterações fisiológicas apresentam, muitas vezes, repercussões que ultrapassam as dimensões corporais, pois de acordo com Bereicha

(2000, citado em Melo, 2006, p.10) podem interferir “na imagem que o adolescente criou de si mesmo para ser apreciado pelo outro”. Tal desdobramento pode repercutir de forma danosa no desenvolvimento, pois pode atingir a saúde mental.

## **1.2 .2 – ASPECTOS PSICOLÓGICOS E SOCIOCULTURAIS**

O termo adolescência refere-se a um complexo processo psicológico que ocorre entre a infância e a idade adulta e que é constantemente perpassado e transformado pelo meio social, cultural e econômico no qual o indivíduo se desenvolve (Outeiral, 2003). Para Klosinski (2006, p.18) adolescência “significa a superação psicológica do amadurecimento corporal e sexual, isto é, acomodação à puberdade”.

O indivíduo adolescente atravessa uma fase de dificuldades psicológicas e comportamentais. Seu comportamento se encontra frequentemente sujeito a frustrações, conflitos e problemas de desajustamentos que afetam sua conduta diante das pressões a que está sujeito cotidianamente junto à família, à escola, aos companheiros, ao contexto social de uma forma geral e às suas próprias demandas. Esses fatores fazem com que o adolescente seja rotulado como rebelde, mal-humorado e irresponsável. Todos esses fatores podem trazer tensão, incompreensão, tristeza e a falta de um lugar para uma personalidade juvenil (Santrock, 2003).

Os psicanalistas Aberastury e Knobel (1981), baseados no conceito de luto, tratam de três perdas fundamentais enfrentadas pelo jovem púbere: perdas dos pais da infância, perda do corpo infantil e perda da identidade infantil. Tais perdas serão elaboradas no transcorrer do processo de adolecer. Essa elaboração permite ao adolescente encontrar aquilo que ele tanto busca nesta fase de transição, isto é, sua verdadeira identidade. Nessa busca o adolescente gradualmente se afasta das figuras paternas, procura um grupo de coetâneos e posteriormente estabelece novos vínculos com os pais (Outeiral, 2003).



Quando o adolescente filia-se a um grupo, ele procura suprir sua necessidade de pertencimento, pois suas referências sociais vão ficando cada dia mais distantes. O grupo lhe oferece, em determinada medida, segurança, sustentação, satisfações físicas, sociais e psicológicas. O grupo também exerce papel importante no desenvolvimento dos adolescentes, pois é uma fonte de informação sobre o mundo (Klosinski, 2006). Os adolescentes observam os interesses e perspectivas de pares para se integrarem e se ajustarem sem dificuldade em suas atividades, aprendem a ser parceiros, através das amizades com colegas seletos (Santrock, 2003).

A chamada “sociedade pós-moderna” é cada vez mais exigente com o púbere e cada vez mais distante do seu desenvolvimento. Ao esperar que ele se encaixe em uma determinada fase desenvolvimental, está deixando de considerar suas peculiaridades e, assim, perde o sujeito adolescente que é social e cultural (Klosinski, 2006).

É cada vez mais comum a cobrança social para que o adolescente em idade precoce escolha uma profissão, participe de decisões políticas e seja independente economicamente. Com isso, ele tem de enfrentar as intensas transformações fisiológicas e psicológicas aliadas a questões sociais, políticas e religiosas (Levisky, 1998).

A adolescência representa um ponto *nevrálgico* tanto para aqueles que atravessam essa fase, como para as pessoas que os acompanham nessa difícil caminhada rumo ao amadurecimento pessoal (Klosinski, 2006). Entretanto, todas as dificuldades que fazem parte dessa etapa desenvolvimental, particularmente na cultura ocidental que exige que o jovem encontre precocemente seu lugar no mercado de trabalho, podem ser infinitamente maiores quando associadas a um processo de adoecimento crônico que traz consigo dependência e isolamento social.

### 1.3 – PROCESSO SAÚDE-DOENÇA NA ADOLESCÊNCIA

#### 1.3.1 – O BINÔMIO SAÚDE-DOENÇA

Para uma melhor compreensão do processo saúde-doença é importante ressaltar que existem diferentes concepções acerca deste binômio. Algumas definições aplicadas ao tema saúde-doença levam profissionais de saúde a diagnosticar doenças de uma forma precipitada somente para justificar algum problema (Werner Jr, 2002). Essas definições também influenciam diretamente a forma do indivíduo se posicionar frente à mudança da condição de saudável para a condição de doente, pois interfere no espaço de produção de sentido, na mudança de modo de vida e na promoção e prevenção de saúde (Gonzalez Rey, 2004).

Normalmente, a concepção mais usada é a mecânica que define a saúde como a ausência de sintomas. Nesse modelo o corpo é visto como uma máquina e a doença como o defeito numa peça. Em virtude desse paradigma cartesiano temos o denominado modelo biomédico que eclipsa fatores fundamentais na relação saúde e doença. O problema central da percepção mecanicista é que ela é estática, reducionista e enfatiza abusivamente os aparatos técnicos e especializados. Em decorrência disso, não são considerados os múltiplos aspectos que perpassam o sujeito social que está enfermo, apenas é estabelecida uma relação linear entre causa e efeito (Capra 1982; Werner Jr, 2002).

Inúmeras instituições compartilham da visão *mecanicista* do binômio saúde-doença. Até mesmo a Organização Mundial de Saúde, apesar de não se limitar à ausência de sintomas, define saúde de uma forma estática, pois diz que tal processo é “como um estado de completo bem-estar físico, mental e social” (citado em Werner Jr, 2002, p. 24).

Outra concepção muito usada é a *organicista* que é mais abrangente que a *mecanicista*, pois considera a relação do organismo com o meio ambiente no que se refere ao binômio saúde-doença. No entanto, é importante mencionar que essa visão conceitua

“doença” como a desadaptação do indivíduo ao meio, isto é, o problema não está numa parte do corpo, mas no organismo como um todo (Werner Jr, 2002).

Essas duas concepções constituem formas limitadas de conceber um processo que é complexo, dinâmico e que atinge vários fatores que perpassam a vida do sujeito social que enfrenta cotidianamente uma luta consciente ou inconscientemente contra vários agentes que podem levar a um estado de adoecimento. Essas visões, ao explicar o binômio saúde-doença a partir do indivíduo, terminam por culpabilizá-lo por qualquer problema que ele enfrenta (Werner Jr, 2002).

Uma terceira concepção de saúde e doença é a *dialética e histórico-cultural* que é uma visão mais completa de tal binômio. Essa percepção considera a saúde e a doença como um processo interativo entre biológico, psicológico e social (Werner Jr, 2002). Aldereguía Henríquez (1988, citado em Gonzalez Rey, 2004, p.2) relata que: “a saúde humana é uma qualidade objetiva, que manifesta a vitalidade alcançada por uma população ou por um indivíduo para o desenvolvimento de suas capacidades biológicas, psicológicas e sociais”.

A visão dialética e histórico-cultural faz um contraponto às concepções dominantes que afirmam que saúde é a ausência de sintomas, completo estado de bem-estar ou adaptação do organismo ao meio (Werner Jr, 2002). A percepção dialética é pertinente, original, dinâmica e imprescindível para uma melhor abordagem da questão da mudança da condição de saudável para condição de doente, pois considera a saúde e a doença como um processo de transformação social e cultural do ser biológico que é influenciado pela produção de sentido do sujeito (Gonzalez Rey, 2004).

A forma simplificada de ver o processo saúde-doença oferecido pelo modelo biomédico, que focaliza apenas a doença e não considera os aspectos subjetivos do indivíduo,

pode levar o adolescente a mais sofrimento. Para uma melhor consideração das questões que perpassam o adolescente em processo de adoecimento, o modelo biopsicossocial é mais pertinente na abordagem da problemática mudança da condição de saudável para a condição de doente, pois considera a saúde e a doença como um processo de transformação social e cultural do ser biológico que é influenciado por aspectos psíquicos e somáticos. Esse modelo vai além das intervenções clínicas ao considerar não só o paciente, mas sim todo o tecido social em que ele se desenvolve e em que surge o processo de adoecimento (Baptista & Dias 2003; Gonzalez Rey, 2004).

### **1.3.2 - TRANSIÇÃO SAÚDE-DOENÇA NA ADOLESCÊNCIA**

De acordo com Maas (2006), o ser humano passa por situações de transição quando em algum momento enfrenta eventos que desencadeiam desequilíbrios. A referida autora enfatiza que as transições podem ser desenvolvimentais, situacionais e de saúde-doença. A primeira está relacionada às etapas do desenvolvimento humano, como por exemplo, a adolescência. A segunda compreende os acontecimentos imprevistos, como nascimento, morte, doenças, etc. A última ocorre quando o indivíduo passa abruptamente a enfrentar um processo de adoecimento que provoca intensas modificações em seu cotidiano. É importante salientar que o ser adolescente em processo de adoecimento depara-se com essas três formas de transições simultaneamente.

Os eventos transicionais, quando ocorrem isoladamente já representam condição de desconforto para o indivíduo. Então, quando ocorre a convergência do processo adolescente com a passagem de uma condição saudável para a de doente, as vivências juvenis são sentidas com maiores sofrimentos e complexidade (Maas 2006). A doença transcende os aspectos orgânicos, pois traz insegurança, ansiedade e coloca em cheque as questões existenciais, pois com ela o medo da morte se faz uma presença constante. Com isso, os papéis que já eram

incompreensíveis para o púbere, agora podem não ser alcançados, pois o pouco que havia de estabilidade, a doença destruiu.

Meleiro (2005) faz importantes reflexões acerca da importância do ritual de transição social do adoecer. Considera que o aparecimento súbito de uma doença traz consigo desorganização emocional, sensações de perda, sentimento de baixa auto-estima e às vezes menos valia. Os rituais possibilitam ao doente enfrentar e descarregar as tensões emocionais manifestas no medo, na raiva, etc.

De acordo com Meleiro (2005), o ritual de transição social do adoecer, pode ser observado da seguinte maneira: “o status inicial da pessoa sadia é perdido no momento em que ela assume ou lhe atribuem o papel de doente” (p.69). Para o adolescente em processo de adoecimento, essa transição social representa não somente ocupar o papel de doente, mas também abandonar o desejo de ser independente das figuras parentais e filiar-se a um grupo de coetâneos.

Os rituais de transição passam por fases como a procura de ajuda, o estabelecimento de tratamento ou a recusa do mesmo. Podem compreender um período prolongado ou não. O novo status social poderá ser desde o de uma pessoa curada e saudável até o de uma pessoa doente crônica (Maleiro, 2005).

De acordo com Coelho (2001, p. 69), a perda da condição de sadio para a condição de doente leva, muitas vezes, o indivíduo bem perto do que vem a ser o seu “cerne”: “os mecanismos de defesa mais elaborados caem por terra e o ser mostra-se na sua essência mais primitiva”. Essa autora ressalta que a maneira como a pessoa percebe a sua nova condição é muito importante, pois se ela diferencia “estar doente” de “ser doente” e assume a primeira postura então ela pode superar a dependência da família, o sentimento de incapacidade, a regressão e as emocionalidades que terminam por desorganizar o psíquico e o somático.

A perda da saúde traz consigo o risco eminente de adoecer, sofrer e morrer. Tal risco representa um ataque não só ao corpo, mas também ao psíquico, por isso Coelho (2001) enfatiza a necessidade de um processo elaborativo que é acompanhado pelo luto da perda da saúde. Essa elaboração é essencial à saúde mental.

O processo de socialização que molda as características singulares de um adolescente na sociedade ocidental, seus valores, crenças, percepções e personalidade é um fator que pode dificultar a aceitação da mudança de papéis sociais. Os rituais vão proporcionar uma forma para elaborar a nova condição e permitir que o adolescente com algum tipo de doença crônica, torne-se um paciente com melhor adesão ao tratamento e tenha qualidade de vida digna.

Para uma melhor compreensão da complexidade do binômio adolescência-doença, iremos nos próximos capítulos abordar a questão do câncer juvenil e o lugar que o jovem ocupa no processo de hospitalização.

## 2. CÂNCER NA ADOLESCÊNCIA

### 2.1 – PROCESSO NEOPLÁSICO

Atualmente, o câncer ainda se sobressai em grande parte da sociedade como uma das doenças que mais atemorizam as pessoas, pois está muito associado com os processos de dor e com o enigma da morte. Torres (2002, citado em Borges et al., 2006) destaca que o ser humano expressa nas simbologias aquilo que ameaça a vida. O referido autor afirma que “o câncer suscita a idéia de um caranguejo – animal que vive em profundidade, invisível e se desloca mal-coordenado e imprevisível; é agressivo, apodera-se de suas presas e as tortura até a morte” (p.363).

A palavra “câncer” é procedente do latim, *cancer*, significa caranguejo, e, provavelmente, é uma comparação entre o crustáceo e a maneira infiltrante que a doença tem de penetrar e se desenvolver no organismo humano. O termo “câncer” se refere ao conceito científico denominado “neoplasia”, que é uma designação para o crescimento celular descontrolado que darão origem aos tumores malignos (Almeida et al., 2005). A massa tumoral se desenvolve a partir do momento em que “mutações nos genes de uma única célula tornam esta capaz de proliferar rapidamente” (Borges et al. 2006, p.363). Na literatura encontramos descritos aproximadamente 200 tipos de câncer, porém aqui iremos abordar apenas os relacionados ao período da adolescência.

Melo (2006) observa que existem divergências entre os pesquisadores da área onco-hematológica acerca de quais neoplasias são mais comuns na adolescência, pois não existe uma classificação padronizada da faixa etária que corresponde a tal período. A autora supracitada ressalta que a incidência de câncer pode modificar de acordo com a região geográfica considerada em seus vários aspectos.

Conforme D’Angio, Evans, Meadows, Pritchard e Sinniah (1995, citados em Melo, 2006) e o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2006), os principais tipos de câncer juvenil

são os seguintes: leucemia, tumores cerebrais, linfomas de hodgking, linfoma não hodgking, retinoblastomas, tumores ósseos e neuroblastomas. As neoplasias gonodais também são muito presentes em tal período do desenvolvimento. Alguns desses tumores estão associados com o crescimento puberal acelerado, porém outros são de origem desconhecida.

Para Petrilli, Carneiro Jr, Cypriano, Angel e Toledo (1997, citados em Melo, 2006), o câncer é considerado a segunda doença que mais ocasiona óbitos entre crianças e adolescentes brasileiros. Os referidos autores destacam que nos últimos anos aumentou a incidência de neoplasia infanto-juvenil, principalmente, os tumores do sistema nervoso central e de leucemia linfoblástica aguda (LLA).

## **2.2 – DIAGNÓSTICO**

Para falarmos do efeito do recebimento do diagnóstico de um câncer durante a adolescência é necessário considerarmos o desenvolvimento cognitivo do púbere, pois nessa fase desenvolvimental a estrutura do pensamento sofre uma mudança substancial que proporciona ao indivíduo uma melhor compreensão de si e do mundo (Outeiral, 2003). Com isso, o diagnóstico de câncer se torna mais fácil para a equipe médica, pois o adolescente pode descrever com melhor precisão os seus sintomas e a localização, diferentemente da criança. No entanto, por entender melhor as representações sociais da doença, sentirá brutalmente o impacto que o diagnóstico de um processo neoplásico provoca em um indivíduo (Torres, 1999).

Um estudo realizado por Gasperin, Gomes, Oliveira e Oliveira (2004) sobre a comunicação do diagnóstico de doenças orgânicas crônicas a pacientes adolescentes, destacou a dificuldade enfrentada pelos médicos na transmissão de más notícias a tais pacientes. Muitos profissionais optam por evitar tal situação, e, com isso, passam a conversar com o paciente adolescente apenas quando os genitores ou responsável estão presentes e voltam todas as informações para os adultos. O referido estudo ainda revelou que a equipe médica



tem dúvidas sobre a importância de conversar diretamente com o jovem e decidir qual o momento de começar a falar sobre o seu quadro clínico. Revelou também que esses profissionais mostram grande consenso quanto a fornecer o diagnóstico na íntegra aos pais e quanto a ser solidários com o paciente e sua família.

Gasperin et al. (2004) destacam que os jovens pacientes relataram que a idade em que se encontram, na verdade, facilitou na compreensão do diagnóstico e aceitação do tratamento. No entanto, essa percepção da realidade, proporcionou também as descobertas dos preconceitos relacionados com sua condição clínica, suas limitações e diferença física dos seus coetâneos. Para tais adolescentes estar doente significava ser anormais.

Torres (1999) observa que o diagnóstico de câncer pode levar o adolescente a uma série de sofrimentos envolvendo a sua existência. O câncer tem uma representação social bastante estigmatizada e isso pode afetar a auto-imagem, a busca da identidade e levar ao sentimento de finitude, já que a doença carrega no seu bojo uma “ligação” com a morte.

Diante de tal quadro, o adolescente começa a vivenciar muitas vezes os cinco estágios estudados por Kübler-Ross (1985) que descreve como o paciente reage a partir do momento que recebe o diagnóstico de uma doença que tem um prognóstico difícil como o câncer. Kübler-Ross distribui as fases da seguinte forma: negação, geralmente o indivíduo principia tal vivência negando a doença, ele simplesmente não aceita tal situação; na fase de raiva, o indivíduo sente muito ódio e se mostra inconformado por estar doente; na barganha, a pessoa em processo de adoecimento, vai buscar resolver o sofrimento; ela tenta adiar o inevitável negociando; a depressão é a fase em que o indivíduo terá realmente contato com sua condição de doente, ficará triste e tentará elaborar os lutos; a aceitação é o estágio em que o indivíduo está mais compreensivo em relação à perda da saúde.

Os estágios acima mencionados ocorrem de forma dinâmica e podem sofrer influência de vários fatores, por exemplo, evolução da doença, tratamento e rede de apoio do indivíduo que está doente (Angeram–Camon, 1996).

É importante mencionar que o momento diagnóstico, principalmente de neoplasias, muitas vezes é o mais difícil que o indivíduo enfrenta, pois em tal ocasião a pessoa está sem estratégias de enfrentamento. No entanto, gradualmente, após a confusão provocada pelo choque inicial, muitos doentes e seus familiares conseguem desenvolver meios adequados que lhes permitem adaptar-se ao contexto de adoecimento, ao tratamento e a enfrentar a possibilidade de morte (Gasperin et al., 2004).

### **2.3 – TRATAMENTO DO CÂNCER JUVENIL**

Há alguns anos, a incidência de câncer em crianças e adolescentes tinha um significado de fatalidade, pois as possibilidades terapêuticas eram escassas, porém com o progresso da medicina e a humanização no cuidar, hoje o sucesso com o tratamento atingiu índices consideráveis. No entanto, para que o tratamento seja bem sucedido, os profissionais advertem que é preciso que o diagnóstico ocorra no início do desenvolvimento tumoral e que a terapêutica seja desenvolvida em um local apropriado (Lima, Mello, Menossi & Remedi, 2006).

Mesmo com os bons resultados alcançados nas últimas três décadas, o tratamento ocorre em sua grande maioria de forma insuportável, pois debilita enormemente o indivíduo, e provoca perdas irreparáveis para o sujeito adolescente quando o afasta do convívio social, especialmente com seus pares (Bessa, 2000).

As formas de tratamento mais empregadas continuam sendo a cirúrgica, a radioterápica e a quimioterápica. Geralmente, é combinado mais de um tipo de tratamento. A escolha por uma modalidade ou combinação de tratamento depende do tipo de tumor e do seu

estágio de desenvolvimento (Almeida et al. 2004). Segundo Melo (2006), em adolescentes a quimioterapia e a radioterapia são as terapêuticas mais praticadas.

A prática cirúrgica não é muito frequente no tratamento neoplásico de adolescentes. É uma medida terapêutica localizada que consiste na retirada do tumor maligno, ou até mesmo na retirada de um órgão, podendo ter muito êxito caso não tenha ocorrido o processo de metástase. Em casos de leucemia, dependendo do quadro, associa-se o tratamento medicamentoso com o transplante de medula (Almeida et al. 2004). O adolescente é a população mais afetada por tumor ósseo e, muitas vezes o tratamento indicado é a intervenção cirúrgica que pode resultar na amputação de um membro, e isso tem grandes repercussões na auto-imagem do jovem (Soares, 1996, citado em Bessa, 2000).

A radioterapia é um tratamento localizado, baseado na aplicação de radiação ionizante. Essa radiação age como agente destruidor das células neoplásicas, porém procura preservar as células saudáveis que estão em volta do local comprometido. Muitos estudiosos observam que quando o paciente submetido à radioterapia em altas dosagens é muito jovem, maiores serão as possibilidades dos tecidos vizinhos sofrerem danos (D'Angio et al. 1995; Fogaroli & Tripé, 1996; Rosenthal, Carignan & Smith, 2005; citados em Melo, 2006).

Bleyer (2002, citado em Melo, 2006), destaca que os adolescentes sofrem menos efeitos colaterais, quando submetidos à radiação ionizante, do que as crianças. Esse autor também pontua que “os adolescentes apresentam maior resistência para receber doses mais altas de radiação, em áreas corporais mais amplas e com menos efeitos mórbidos no longo prazo, do que as crianças” (p.26).

Essa resistência, provavelmente, está relacionada com as mudanças do corpo que surgem nessa fase do desenvolvimento, pois o jovem usa o corpo para se relacionar com o outro, e, a radiação provoca danos visíveis e irreversíveis. Os efeitos colaterais da radioterapia podem provocar necroses cerebrais e ocasionar perda da memória e dificuldade de

aprendizagem e isso afeta diretamente as relações sociais do jovem (Soares, 1996, citado em Bessa, 2000).

De acordo com Rosenthal et al (2005, citados em Melo, 2006), os radioterapeutas, principalmente os que trabalham com pacientes pediátricos, onde estão inclusos os adolescentes, ao considerar os efeitos colaterais, procuram restringir a terapêutica por radiação somente para tumores em que não existem outras opções de tratamento. A restrição do tratamento radioterápico tem sido muitas vezes evitada com a descoberta de novas drogas quimioterápicas.

A quimioterapia é a modalidade de tratamento mais empregada e, quando aliada a um diagnóstico precoce, pode obter grande sucesso. É um tipo de intervenção, por meio de drogas farmacológicas, para interferir no processo de crescimento e divisão das células neoplásicas de forma sistêmica ou localizada (Bonassa, 1992). A maior parte das drogas quimioterápicas não atua de forma específica, atingindo, assim, tanto células malignas como normais. Com isso, surgem os efeitos colaterais, como por exemplo, suscetibilidade a infecções durante o tratamento, queda do cabelo, cefaléia, anemia, náuseas, vômito, sangramento gengival, diarreia e perda de peso.

Apesar do caráter reversível de tais intercorrências, Valle (1997, citado em Enumo & Motta, 2002) destaca que os efeitos colaterais provocados pela quimioterapia são como outra doença para o paciente e seus familiares. E, um efeito colateral que causa muito incômodo ao jovem é a alopecia, ou seja, queda de cabelo. É interessante aqui enfatizar a importância do cabelo para um adolescente, Tiba (1986, citado em Bessa, 2000, p.29) faz a seguinte colocação:

Os cabelos têm uma característica peculiar no esquema corporal. Funcionam como acessórios biológicos porque tomam a forma que o adolescente quiser. Um braço será sempre um braço, mas os cabelos podem ser cortados, tingidos, alisados, penteados,

cuidadosamente despenteados etc. Frequentemente, os adolescentes ficam diante do espelho, penteando-se de diferentes maneiras e estudando o penteado que melhor “combina” com seu rosto ou com seu jeito de ser.

De acordo com Marten (1980, citado em Bessa, 2000), o adolescente em tratamento pode fazer uso de alguns mecanismos de defesa para preservar sua saúde emocional, como os seguintes: negação, que pode prejudicar o indivíduo quando ele recusa o tratamento por considerar que não está doente; racionalização, que leva o adolescente a querer saber todos os detalhes da doença e do tratamento; sublimação, o indivíduo busca meios de canalizar suas energias para alguma atividade esportiva ou intelectual; regressão, o adolescente quer voltar à infância para se sentir protegido pelos pais e distante da doença que o acometeu.

O câncer pode levar o indivíduo bem perto do que vem a ser o seu próprio modo de existência como ser humano, em outras palavras, com o fato inelutável da morte, então os mecanismos de defesa mais elaborados caem por terra e o ser se mostra na sua essência mais primitiva. A maneira como a pessoa vê a sua nova condição é muito importante, pois se ela diferencia “estar doente” de “ser doente” e assume a primeira postura então ela pode superar a dependência da família, o sentimento de incapacidade, a regressão e as emocionalidades que terminam por desorganizar o psíquico e o somático (Coelho 2001).

Bessa (2000) enfatiza que as informações acerca do diagnóstico e tratamento, devem ser transmitidas de forma concreta para o adolescente com neoplasia, pois tais pacientes, muitas vezes, só compreendem a gravidade da doença quando são submetidos às várias formas de intervenção terapêutica, acima descritas, e aos constantes exames invasivos. A autora supracitada enfatiza, ainda, que o adolescente apresenta grande dificuldade em relação ao diagnóstico e tratamento, pois além de lidar com as questões da sua sexualidade e a construção da sua identidade, tem que se preocupar com o tratamento e suas consequências, como, por exemplo, as corporais.

## **2.5 – CUIDADOS PALIATIVOS E O PROCESSO DE MORTE E MORRER PARA O ADOLESCENTE COM CÂNCER**

Como vimos anteriormente, o tratamento de crianças e adolescentes com câncer obteve nos últimos anos índices de cura considerável, apesar de ser agressivo e invasivo. Entretanto, 25% dessa população, aproximadamente, acometida pela doença não consegue negativar as células neoplásicas durante as fases terapêuticas, ou seja, não respondem ao tratamento curativo. Nesses casos, é avaliada a possibilidade de inclusão no programa de cuidados paliativos, para que a qualidade de vida e dignidade do indivíduo não sejam comprometidas. O objetivo dos cuidados paliativos não é a cura, mas sim proporcionar bem-estar à pessoa enferma. (Lima et al. 2009).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1990, citado em Lima et al. 2009), define cuidados paliativos da seguinte forma:

...aqueles que valorizam a vida dos pacientes e familiares ajudando-os a viver a doença na sua fase final, mediante a prevenção e alívio do sofrimento, identificado precocemente. Estabelece, ainda, assistência ampla, com foco no tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais (p.108).

É importante ressaltar que a transição entre tratamento curativo e cuidados paliativos deve acontecer gradualmente. No entanto, saber o momento de encaminhar um paciente para os cuidados paliativos é uma tarefa muito complexa e, por isso, necessita de uma equipe interdisciplinar envolvida na tomada de decisão. Um aspecto relevante que os profissionais acreditam que deve ser considerado nessa ocasião, é que “não se deve preservar a vida biológica a qualquer custo, se isso implica mais dor e sofrimento” (Lima et al. 2009).

Lima et al. (2009) observam que no referente aos adolescentes que estão na fase final da doença, isto é, enfrentando o processo de morte e morrer, nota-se que existem muitas interrogações no concernente aos cuidados com esses pacientes. Provavelmente, isso seja um

reflexo do local que ele ocupa na sociedade e conseqüentemente da lacuna existente na literatura quando o tema é a adolescência, doença e morte.

O adolescente com câncer vai lidar com perdas que vão além daquelas inerentes à fase desenvolvimental em que se encontra, como, por exemplo, “perda do corpo infantil e perda da identidade dos seus pais” (Bessa, 2000). Esse indivíduo vai ter que lidar tanto com a morte simbólica, como com a insuportável possibilidade de vir a morrer realmente.

A literatura nos mostra que as várias vivências dos adolescentes relacionadas a desafios, sonhos, prazeres, independência e outras, levam o jovem a não considerar a possibilidade da própria morte (Lima et al. 2009). Os jovens estão constantemente desafiando os limites da vida como uma forma de diversão e de auto-afirmar sua identidade. No entanto, para os adolescentes com câncer, não há equilíbrio nem escolha quando a doença os envolve no seu manto de sofrimento e dor. Bessa (2000, p.96, citada em Lima et al. 2009), assevera que os adolescentes com câncer:

...foram arrancados da sua vida e do seu desenvolvimento “normal”, para serem subitamente agredidos e ameaçados pelo tratamento. Não puderam optar pela situação em que se encontram e o enfrentamento da morte deixa de ser um desafio prazeroso para ser uma luta aterrorizada em busca da sobrevivência.

A angústia provocada pelas questões envolvendo a morte faz parte do desenvolvimento humano, pois o homem só tem a morte como certeza na sua experiência de vida. A morte é inquietante para quase todas as pessoas, porém tratada como algo distante. No entanto, para um adolescente que vivencia uma experiência de um câncer em seu corpo, ela é algo que realmente faz parte de sua vida, pois está o tempo todo sinalizando com sua presença enigmática e assustadora.

No próximo capítulo, faremos uma análise sobre uma das principais causas de sofrimento para o adolescente com câncer, o processo de hospitalização, a partir de uma reflexão sobre o lugar que o jovem ocupa em tal processo.



### **3. REFLEXÕES SOBRE O LUGAR DO ADOLESCENTE COM CÂNCER NO PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO**

Neste capítulo, faremos uma reflexão a partir da literatura publicada e, também, com base na experiência de estágio em Psicologia Hospitalar sobre o lugar do adolescente com câncer no processo de hospitalização. Que lugar ocupa o adolescente com câncer em uma instituição hospitalar? Como ele expressa os sentimentos advindos com a dor da perda da saúde e com o afastamento e isolamento que a hospitalização proporciona?

Ao longo do tratamento contra o câncer o adolescente vai deparar-se, na maioria dos casos, com vários processos de hospitalizações. Algumas dessas internações são planejadas, pois alguns procedimentos terapêuticos só podem ser realizados em um ambiente hospitalar. No entanto, outras internações são conseqüências de infecções, mudança de diagnóstico ou recidiva da neoplasia que demanda uma internação mais prolongada (Lima & Menossi, 2000). Ademais, observamos que a quimioterapia e a radioterapia provocam reações no organismo que precisam de cuidados hospitalares.

De acordo com Lima e Menossi (2000), uma das principais causas de sofrimento vivenciado por adolescentes com câncer é o processo de hospitalização. Essas autoras ressaltam que:

Nesses períodos de hospitalização, os jovens permanecem por um tempo prolongado longe de seu ambiente familiar, de seus objetos pessoais, de suas roupas e de seus amigos para habitarem num local que se lhes apresenta hostil, estranho, agressivo e onde vivenciam situações em que o desconforto e a dor física tornam-se muito intensos, seja pela própria doença ou pelos procedimentos a que são submetidos (p.48).

O processo de hospitalização é vivenciado de uma forma angustiante porque traz consigo também o esquecimento das aspirações existenciais do paciente, pois a atenção é

voltada totalmente para as suas necessidades biológicas (Angerami–Camon, 1996). Para Ribeiro (1993, citado em Angerami–Camon), o ser humano ao ser internado, é completamente fragmentado e visto como uma máquina, cumprindo o hospital o papel de oficina, e o médico, o papel de mecânico.

A instituição hospitalar é caracterizada pela luta constante entre a vida e a morte. Essa caracterização provoca *conceituações apriorísticas* que, muitas vezes, dificultam o processo de hospitalização. Assim, a internação passa a ser concebida como a prova incontestável de que o indivíduo está mesmo enfermo. Na maioria das vezes, as pessoas conseguem experienciar esse processo como algo seguro (Angerami–Camon, 1996). Porém, esse fato é vivenciado de outra forma pelo adolescente ao ser internado, pois ele concebe a hospitalização como uma grande invasão ao seu ser, na medida em que é colocado em ambiente impróprio para as suas necessidades.

Guzman e Cano (2000, p. ed. eletrônica), em um estudo que objetivou conhecer a percepção de adolescentes em relação a sua hospitalização, observam o seguinte:

Na maioria dos hospitais, em especial os de rede pública, há uma padronização nas vestimentas dos pacientes. A não possibilidade de escolher a própria vestimenta e a falta de privacidade acaba incomodando o adolescente, que nesse momento, preocupa-se excessivamente com sua aparência física. Há também a questão dos horários impostos pela rotina hospitalar. Horário para alimentação, para dormir, para levantar, horário para visita e outros, algumas vezes diferem dos seus horários antes da internação; gerando muitos conflitos, principalmente, com a equipe de enfermagem.

Silva (2007, p.84), também faz uma importante observação sobre o tempo do jovem que não é considerado durante o tratamento e hospitalização:

O tempo autêntico e real que ele sempre sentiu e administrou em sua vida se perde; ele começa a viver em outra dimensão subjetiva do tempo que é administrada pela instituição, um tempo institucional sobre o qual ele não tem mais controle, ele não desfruta e não pode administrar.

É importante ressaltar que o adolescente com câncer vivencia um momento de grande desorganização psíquica e necessita de tempo e de um lugar que seja seu para que possa se reorganizar. No entanto, o hospital vem em desencontro à suas necessidades mais “imediatas”, visto que não existe um espaço hospitalar destinado a tal faixa etária e o tempo é do hospital. O paciente adolescente é internado em enfermaria pediátrica ou, em alguns casos, colocado entre adultos, e, assim, fica totalmente sem privacidade e deslocado (Bessa, 2000).

Diante de tal realidade, o adolescente hospitalizado vai comportar-se, provavelmente, de forma impaciente, questionadora e entrará em desacordo com o padrão rígido e proibitivo da rotina hospitalar (Volpini, 2007). Sendo assim, a sua terapêutica se constituirá em um desafio ainda maior, tanto para ele que não consegue se adaptar à difícil rotina a que está sendo submetido, quanto para a equipe, que se sentirá frustrada por não ter conseguido, de certa forma, “domá-lo”. Então, gera-se um impasse e o jovem passa a ser classificado como um *paciente difícil*.

A literatura defende que por causa da similaridade dos sinais e sintomas do tumor maligno na criança e no adolescente e por existir melhor suporte nas unidades pediátricas, então, estabeleceu-se em alguns lugares, que os jovens fossem internados em tais unidades (Bleyer, 2002, citado em Melo, 2006). No entanto, no decorrer da hospitalização do paciente adolescente com câncer em enfermarias pediátricas, percebemos que o jovem se sente incomodado e ocioso por estar em um espaço que não atende as peculiaridades juvenis.

Maas assevera (2006, p.31) que o “ser adolescente hospitalizado com doença crônica não é passível com relação ao ambiente, mas ambos estão em constante interação”. Então, é

importante aos profissionais de saúde perceber que uma comunicação efetiva com o adolescente permite que ele continue a gerar um espaço de *subjetividade*, pelo exercício da reflexão, e o ajuda a elaborar a desorganização provocada pela emocionalidade ocasionada pela doença e pelo processo de hospitalização.

Bessa (1997, citada em Guzman e Cano, 2000) destaca que ao ser hospitalizado, o adolescente vai vivenciar o isolamento social e o afastamento dos seus coetâneos, pois as instituições hospitalares restringem o horário de visita e controlam quem visita o doente, não permitindo, na maioria das vezes, a visita de “estranhos”, ou seja, pessoas que não são da família, como por exemplo, o grupo de amigos. Assim, a vida do jovem vai se resumir a uma rotina organizada conforme os procedimentos técnicos, aos contatos invasivos com a equipe de profissionais e aos cuidados de um acompanhante que costuma ser um dos pais.

Como afirmamos no primeiro capítulo deste trabalho, o jovem, ao adentrar no período da adolescência, costuma afastar-se dos pais e sair em busca de um grupo de iguais, tendo como principal objetivo encontrar uma nova identidade (Klosinski, 2006). Sendo assim, ser hospitalizado vai significar para o adolescente estar cada vez mais afastado de seus pares e de seus ideais. A presença de familiares e do grupo de amigos no processo de hospitalização constitui-se em um forte suporte emocional para diminuir o sentimento de fragilidade provocado pela doença e aumentar a adesão ao tratamento.

Varni (1994, citado em Bessa, 2000, p.34) observa que os adolescentes que têm uma rede de apoio bem estruturada e atendimento adequado, “apresentam maior facilidade para se reorganizar, e, assim, amenizando os sintomas de depressão, ansiedade social, ansiedade em relação ao tratamento e baixa auto-estima”. No entanto, Bessa destaca que são raras as possibilidades do adolescente internado ter contato com pessoas de sua faixa etária ou de serem atendidos por profissionais capacitados para trabalhar com o púbere.

Quando o profissional que atende ao adolescente não está preparado para tal função, então, estabelece-se, muitas vezes, uma relação assimétrica entre médico e paciente que dificultará o processo de hospitalização. De um lado fica o adolescente doente em uma posição fragilizada em busca de solução para os seus impasses, e do outro, fica um profissional que, na maioria das vezes, se posiciona como um ser que detém um *poder divino* para salvar vidas, entretanto não sabe lidar com o jovem paciente. Esse jogo fragiliza a relação, pois com isso os aspectos psicológicos e sociais da doença e do jovem paciente deixam de ser explorados porque foi estabelecido um relacionamento paternalista (Epstein, 2006).

A desigualdade estabelecida entre médico e paciente dificulta um relacionamento de confiança, leva a desencontros e insatisfações para ambos. E, assim, o tratamento não flui, pois o doente não se coloca completamente aos cuidados do médico. Esse tipo de relação pode ser caracterizado como *desumana*, pois inexistente o diálogo.

O trabalho no hospital com o paciente adolescente deve ser respaldado no conhecimento que envolve as características peculiares dessa faixa etária. É necessário que o adolescente seja visto como um ser capaz de expressar seus sentimentos, de estabelecer uma relação efetiva com os profissionais e de elaborar soluções para diminuir o sofrimento causado pelo câncer (Menossi & Lima, 2000).

Em vários países já existem programas voltados para o atendimento de adolescentes, onde as equipes que tratam as neoplasias juvenis procuram criar programas que contemplem as necessidades do púbere (Bessa, 2000). No Brasil, apesar de existirem alguns programas voltados para o adolescente, são raros os que adentram no espaço hospitalar. Bessa chama a atenção para o sistema de saúde brasileiro que está totalmente sem infra-estrutura para atender o adolescente, e, por isso, os profissionais deixam a desejar nos seus atendimentos ao jovem.

Percebemos que a adolescência vem se constituindo, gradualmente, em algo que desperta o interesse dos mais variados campos do conhecimento. Na área da saúde encontramos muitos trabalhos referentes ao processo de adolecer, no entanto eles se limitam a temas que abordam a gravidez e o uso de drogas. No que diz respeito ao adolescente em processo de adoecimento, verificamos uma grande lacuna na produção literária.

Entretanto, tais estudos são fundamentais para uma melhor compreensão do jovem em tratamento neoplásico, pois nesse processo é um fato certo que o adolescente vai enfrentar diversas vezes a hospitalização (Volpini, 2007). Em tal contexto vai deparar-se com situações-limites, que podem variar desde entraves burocráticos e institucionais, a sentimentos de finitude existencial envolvendo a morte inesperada de alguns pacientes e muitas vezes a sua própria morte. Com isso, a produção de material abordando tal tema vai ser uma grande contribuição para os profissionais que lidam diretamente com esse tipo especial de paciente.

Por meio da experiência de estágio na pediatria de um hospital público, foi possível percebermos o desafio que se constitui em ser adolescente, ter um tumor maligno e ter que vivenciar frequentemente o processo de hospitalização. Percebemos que o jovem vê a internação como uma ruptura no seu ser, pois ela traz consigo a falta de oportunidade para a busca tão almejada dos seus ideais de vida.

Nos vários atendimentos realizados ouvimos as queixas de adolescentes sobre o desconforto que se constitui ser colocado em uma enfermaria só com *criancinhas e suas mães curiosas*. Assim como ser atendido por médicos que os tratavam como crianças, pois além de falar de uma forma infantilizada com o jovem paciente, os profissionais passavam as informações concernentes ao quadro clínico apenas para o acompanhante. E, dessa forma o jovem se sentia ofendido e excluído.

Muitas vezes éramos confrontadas pelos adolescentes com questionamentos angustiantes como os seguintes: “Por que comigo? Meu cabelo vai cair? Quando vou poder ir

pra escola? Meus amigos não sabem que estou aqui! É tão ruim esperar esse resultado! Quero ir pra casa! Aqui não tem nada pra fazer”. Eram momentos de impotência para todos.

Muitos adolescentes relataram que quando recebiam informações adequadas acerca do tratamento, a internação ficava mais suportável e as interrogações diminuía. E, com isso, os procedimentos invasivos e agressivos eram amenizados. No entanto, quando se mantinham na ignorância tudo parecia mais sofrido.

Verificamos que à medida que o período de internação avança e o jovem não vê possibilidade de alta, ele se retrai, fica apático e perde grande parte do seu interesse pelos acontecimentos a sua volta e por quase todas as atividades propostas. Receber alta parece ser a confirmação de que ele ainda existe e pode voltar a ter a sua vida anterior à hospitalização.

Os sentimentos de medo e insegurança do jovem são aumentados quando existem intercorrências envolvendo óbitos de companheiros de internação. Pelo fato do hospital ser um lugar onde todas as notícias se propagam rapidamente, então nenhum paciente é poupado de tal notícia. Geram-se nessas ocasiões sentimentos de impotência e constantes comparações com o quadro clínico do paciente que morreu. Com isso, há certa irritabilidade pelo medo do tratamento estar sendo conduzido de forma errada e isso aumentar sua permanência no hospital ou até mesmo morrer.

A presença constante da morte no espaço hospitalar é um fato inelutável. Durante dois semestres de estágio, tivemos que percorrer, diariamente, as enfermarias pediátricas com o “fantasma” da morte em nosso encalço, pois perdíamos pacientes que não tinham um bom prognóstico, assim, como aqueles cujo tratamento era bem sucedido, porém com uma “simples” complicação pós-cirúrgica eles nos deixavam.

Observamos que a perda de um paciente gera estresse em todo o ambiente. Os médicos se sentem impotentes por não conseguir ressuscitar o paciente. Alguns pacientes e acompanhantes reclamavam porque o médico chorou diante de tal situação. Com isso,

verificamos a dificuldade que as pessoas tem para aceitar as limitações do profissional médico e perceber que ele também se envolve emocionalmente.

Como foi difícil entrar nas enfermarias, encontrar leitos vazios porque *seus jovens donos* tinham se deparado com o enigma da morte e trabalhar a questão do luto com os adolescentes e seus familiares.

Nessas ocasiões, sempre nos perguntávamos o que poderíamos realizar para melhorarmos a qualidade de vida dos adolescentes que acompanharam bem de perto a situação de óbito, viram que não há reversibilidade desse processo e ficaram muito impactados. Percebemos que os jovens apresentavam grande dificuldade em falar da morte envolvendo um companheiro de internação. Muitos procuravam ressaltar as características positivas do falecido; já outros nos olhavam de forma assustada e se recolhiam como um caracol, dobrando o próprio corpo, como se quisessem proteção.

Procurávamos incentivar o jovem a fazer perguntas ao médico sobre seu quadro clínico para que ele se sentisse mais incluído no tratamento e percebesse suas reais possibilidades. E quando possível, ou seja, quando tinha mais de um adolescente na enfermaria realizávamos atividades grupais. Essas dinâmicas os levavam para lugares além do hospital ao proporcionar lazer e descontração. Assim, ficavam mais seguros para compartilhar suas vivências com outros jovens com experiências semelhantes. Dessa forma, encontravam alternativas para elaborar seu medo da morte, para melhorar a qualidade de vida no ambiente hospitalar e um espaço simbólico para as suas demandas juvenis.

É interessante mencionar que muitas das questões suscitadas pelos acompanhantes e pela equipe como sendo dificuldades do paciente adolescente, eram na verdade demandas dos primeiros e não do jovem. A partir dessas questões, passamos a observar que os adolescentes muitas vezes procuram de uma forma heróica proteger o acompanhante, principalmente as mães. Exemplo disso é quando eles procuravam se comportar de forma que não denunciasses



seu estado real e quando nos pediam para que cuidássemos de suas mães em momentos que se encontravam muito debilitados. Então, sempre que possível conversávamos com essas mães, distante dos pacientes, para que elas pudessem ter um espaço para falar das suas angustias, para que assim, pudéssemos auxiliá-las a encontrar meios de prestar cuidados mais efetivos e a não demandar muitos cuidados dos filhos.

Após intensa convivência com jovens *portadores* de tumores malignos fomos aos poucos compreendendo as suas diferentes formas de reagir ao processo de hospitalização. Alguns são tranquilos, acolhedores e procuram participar ativamente do tratamento; outros são mais retraídos, agressivos e procuram abster-se das informações sobre o tratamento. Então, com base nessa diversidade de comportamento é importante que os atendimentos não sejam generalizados e padronizados, que o tempo de cada jovem seja respeitado, pois ao longo da nossa vivência de estágio eles mostraram que são capazes, quando compreendidos e com um *lugar*, de superarem comportamentos que atrapalham o tratamento.

## CONCLUSÃO

Neste trabalho, procuramos conhecer um pouco das vivências do adolescente hospitalizado com câncer. Para isso, abordamos os seguintes temas: fundamentos teóricos da adolescência, câncer na adolescência e o lugar do adolescente com câncer no processo de hospitalização. Sendo que a principal proposta deste estudo foi refletir sobre as diversas dimensões e perspectivas com o intuito de analisar qual o lugar do adolescente no contexto de internação hospitalar.

Ao refletirmos sobre o lugar do adolescente com câncer no processo de hospitalização foi possível percebermos que este frequentemente é visto como um ser conflituoso e por isso deixado à margem do processo. No entanto, ao projetarmos um olhar diferenciado a esse tipo especial de paciente, observamos que o jovem é um ser capaz de estabelecer relações efetivas, é detentor de grande capacidade de resiliência e deve ser considerado como aquele que ocupa lugar fundamental e determinante na problemática dinâmica de adoecimento.

A partir de uma análise da literatura, verificamos que ainda não existe um consenso entre os vários estudiosos da adolescência do que vem a ser esse período. Entretanto, observamos que a qualificação pejorativa do jovem como um ser conflituoso e de grande labilidade emocional é algo que cria obstáculos na interação entre o adolescente e o adulto. Sendo assim, a relação com o profissional de saúde, que é um adulto, pode ser prejudicada se esse não estiver capacitado para o atendimento juvenil e deixar que tal estigma, em relação ao jovem paciente, oriente de forma preconceituosa o seu trabalho. Percebemos que essa falta de preparo é algo muito frequente entre os profissionais na área hospitalar, inclusive psicólogos.

O atendimento psicológico é de fundamental importância durante o tratamento, e em particular no período de hospitalização, pois nessas ocasiões o indivíduo costuma ficar mais fragilizado por causa da representação social do hospital como um lugar onde existe a presença constante da morte. Então, o acompanhamento psicológico vai permitir ao jovem

paciente expressar os seus sentimentos mais conflituosos acerca das suas vivências no contexto hospitalar, seus medos e as suas incertezas sobre o tratamento. E, assim, poder suportar de uma forma menos angustiante a hospitalização e melhor aderir ao tratamento.

Durante a experiência de estágio, percebemos que, muitas vezes, a única rede de apoio do jovem é o psicólogo, mesmo quando esse está acompanhado por toda a família. No entanto, esses acompanhantes demandam tantos cuidados do adolescente que só resta a esse esconder seus sofrimentos para proteger seus entes queridos. Então, é importante que o psicólogo escute as demandas desses familiares e estimule-os a desenvolver estratégias de enfrentamento para que possam realmente se colocar como cuidadoras e não como mais uma preocupação para o jovem.

É importante salientarmos que os profissionais que trabalham com adolescentes também necessitam de suporte emocional para trabalhar seus sentimentos de frustração que, muitas vezes, a relação com o púbere pode trazer. Esses profissionais também precisam ser estimulados para buscar meios que sejam eficazes no trabalho com o jovem. E, assim, estar mais disponíveis para as demandas juvenis, para tirar dúvidas sobre quadro clínico e para o processo dialógico com o jovem paciente acerca do tratamento, pois o adolescente deve ter participação fundamental em todas as decisões sobre sua terapêutica.

Após análise, observa-se a importância de estudar mais os aspectos psico-emocionais e psicossociais da perda da saúde tendo como sujeito o adolescente com câncer. Quando olhamos por esse ângulo, percebemos com maior clareza os inúmeros desafios que foram eclipsados por questões institucionais e que agora precisam ser enfrentados pela psico-oncologia em prol da prevenção e promoção da saúde do adolescente com câncer.

O papel social do adolescente é fundamental para o funcionamento da sociedade, no entanto, faz-se necessário que tenha mais humanização no tratamento voltado para essa etapa do desenvolvimento. Em face de tal situação é preciso que o psicólogo lance um olhar no

funcionamento das instituições educacionais, na organização socioeconômica e nos valores sociais que refletem e interferem na saúde do indivíduo e em outros aspectos.

A falta de lugar para o adolescente com câncer em uma instituição hospitalar reflete a questão da falta de espaço para esse jovem na sociedade maior. O fato de não existir um local propício para acomodar o adolescente quando este precisa de uma terapêutica que requer internação, vem apenas salienta que a sociedade e as políticas de saúde pública não estão muito comprometidas com essa parcela da população. Transformar essa situação é uma tarefa bastante árdua, em vista das barreiras físicas e atitudinais existentes nas redes públicas de saúde que impedem o acolhimento do adolescente com câncer em um ambiente adequado para as suas necessidades.

Finalizando, queremos destacar que embora exista uma grande lacuna que precisa ser preenchida na produção literária sobre o adolescente com câncer e os entraves das políticas sociais, as vivências junto a seres tão especiais que atravessam momentos de intenso sofrimento foram essenciais para a formação não só do *ser psicólogo*, mas principalmente para a produção de um novo *ser humano*. É fundamental percebermos as particularidades desses jovens no contexto de hospitalização e oferecermos a eles um lugar de sujeito de seu processo, pois assim, encontraremos mais possibilidades de tratamento e melhor qualidade de vida para o adolescente e seus familiares.

## REFERÊNCIAS

- Aberastury, A. & Knobel, M. (1981). *Adolescência normal: um enfoque psicanalítico*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Almeida, V. L., Donnici, C. L., Leitão, A., Montanari, C. A., Lopes, M. T. P. & Reina, L. C. B. (2005). Câncer e agentes antineoplásicos ciclo-celular específicos e ciclo-celular não específicos que interagem com o dna: uma introdução. *Química Nova*. 28, 1, 118-129.
- Angerami–Camon, V. A. (org.). (1996). *E a Psicologia entrou no hospital*. São Paulo: Pioneira Thomson.
- Áries, P. (1981). *História social da criança e da família*. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Assumpção Jr, F. B. & Kuczynski, E. (1998). *Adolescência*. São Paulo: Lemos Editorial.
- Baptista, M. N. & Dias, R. R. (2003). *Psicologia Hospitalar. Teoria, aplicações e casos clínicos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.
- Bessa, L. C. D. L. (2000). *Conquistando a vida: adolescentes em luta contra o câncer*. São Paulo: Summus.
- Bezno, G. W., Coates. V. & Françoso, L. A. (2003). *Medicina do adolescente*. 2ª Ed. São Paulo: Savier.
- Bonassa, E. A. (1992). *Enfermagem em quimioterapia*. São Paulo: Ateneu
- Borges, A. D. S., Mazer, S. M., Santos, M. A., Silva, E. F., Toniollo, P. B. & Valle, E. R. M. (2006). Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. *Psicologia em Estudo*. 11, 2, 361-369.
- Calligaris, C. (2000). *A adolescência*. São Paulo: Publifolha
- Capra, F. (1982). *O ponto de mutação*. 28ª ed. São Paulo: Cultrix.
- Coelho, M. O. (2001). A dor da perda da saúde. In: Angerami–Camon, V.A. (org.). (2001). *Psicossomática e a psicologia da dor*. São Paulo: Pioneira Thomson.

- Enumo, S. R. F. & Motta, A. B. (2002). Brincar no hospital: câncer infantil e avaliação do enfrentamento da hospitalização. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 3, 1, 23-41.
- Epstein, I. (org.) (2006). *A comunicação também cura na relação entre médico e paciente*. São Paulo: Angellara Editora.
- Erikson, E. H. (1968/1987). *Identidade, juventude e crise*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Estatuto da Criança e do Adolescente (1990). Diário Oficial da União. *Lei nº 8069*, de 13 de julho de 1990. Brasília, DF: Palácio do Planalto.
- Gasperin, C., Gomes, W. B., Oliveira, M. Z. & Oliveira, V. Z. (2004). Comunicação do diagnóstico: implicações no tratamento de adolescente doentes crônicos. *Psicologia em Estudo*. 9, 1, 9-17.
- González Rey, F. (2004). *Personalidade, saúde e modo de vida*. São Paulo: Thomson.
- Guzman, C. R. & Cano, M. A. T. (2009). *O adolescente e a hospitalização*. Disponível: [www.revistas.ufg.br](http://www.revistas.ufg.br). Acessado em: 10 mar. 2009.
- Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2006). *Como tratar o câncer*. Disponível em: [www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br). Acessado em: 08/10/2008.
- Jeammet, P. (2005). *Novas problemáticas da adolescência: evolução e manejo da dependência*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kübler-Ross, E. (1985). *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fonte
- Levisky, D. L. (1998). *Adolescência: reflexões psicanalíticas*. 2ª ed. rev. e atual. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kalina, E. (1999). *Psicoterapia de adolescentes: teorias, técnicas e casos clínicos*. 3ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Klosinski, G. (2006). *A adolescência hoje: situações, conflitos e desafios*. Petrópolis: Vozes.

- Lima, R. A. G., Mello, D. F., Menossi, M. J. & Remedi, P. P.(2009). Cuidados paliativos para adolescentes com câncer: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 62, 1, 107-112.
- Lima, R. A. G. & Menossi, M. J. (2000) A problemática do sofrimento: percepção do adolescente com câncer. *Rev. da Escola de Enfermagem da USP*, 34, 1, 45-51.
- Maas, T. (2006). *O processo de transição do ser adolescente hospitalizado com doença crônica sob a ótica da enfermagem*. Dissertação de mestrado não publicada. Curso de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná.
- Meleiro, A. M. A. S. (2005). *O médico como paciente*. 2ª ed. São Paulo: Segmento Farma.
- Melo, C. S. C. A. (2006). *Perfil e preocupação de adolescentes em tratamento de câncer atendidos em unidade pediátrica*. Dissertação de mestrado não publicada. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade de Brasília.
- Osorio, L. C. (org.) (1982). *Medicina do adolescente*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Outeiral, J. (2003). *Adolescer: estudos revisados sobre adolescência*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter.
- Silva, G. F. (2008). *Os sentidos subjetivos de adolescentes com câncer*. Dissertação de mestrado não publicada. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- Santrock, J. W. (2003). *Adolescência*. 8ª ed. Rio de Janeiro: LTC.
- Torres, W. C. (2002). O Conceito de morte em crianças portadoras de doenças crônicas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 18, 2, 221-229.
- Volpini, F. S. (2007). *O adolescente frente ao câncer: hospitalização e processos psicológicos*. Monografia de especialização não publicada. Programa de Especialização em Psicologia Hospitalar. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Werner Jr. J. (2000). *Saúde, educação: desenvolvimento e aprendizagem do aluno*. Rio de Janeiro: Gryphus.