Psicologia.pt
ISSN 1646-6977
Documento publicado em 07.01.2018

A DOENÇA CRÔNICA E O ADOLESCER: EFEITOS DO ADOECIMENTO E DO CÂNCER NO DESENVOLVIMENTO DO ADOLESCENTE

2017

Renato Caio Silva Santos
Professor de Psicologia – Universidade Metodista de São Paulo, Brasil
Mestre em Ciências e Saúde Pública – FSP USP, Brasil
Especialista em Neuropsicologia – Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Brasil
Especialista em Sexualidade Humana - Faculdade de Medicina da USP, Brasil
Aprimoramento em Psicologia Hospitalar – Instituto de Infectologia Emílio Ribas, Brasil

João Lucas Moura da Silva
Graduando em Psicologia - Universidade Metodista de São Paulo, Brasil

Lucas Matheus Grizotto Custódio
Psicólogo – FMU São Paulo, Brasil

E-mail de contato:
psico_resantos@yahoo.com.br

RESUMO

O presente artigo visa compreender e discutir os possíveis danos que o adoecimento e o câncer podem causar no desenvolvimento do adolescente. A temática se faz relevante, após se verificar que o câncer se apresenta como a doença que mais causa a morte de crianças e adolescentes nos países desenvolvidos, e no Brasil, segundos dados do Instituto Nacional do Câncer (INCa), é a segunda maior causa de morte. Compreende se a importância da discussão como um meio de diminuir os estigmas e pré-conceitos que cercam a doença a fim de promover uma melhor compreensão e uma visão menos negativa, já que em 70% dos casos apresentam um prognóstico positivo. Destaca-se a importância de se desenvolver mais estudos a cerca do tema e se promover mais discussões no campo da psicologia, no intuito de desenvolver recursos que visem a adaptação do individuo.

Palavras-chave: Desenvolvimento humano, adolescência, câncer, adoecimento.

Copyright © 2017.
This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License 4.0.
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/

INTRODUÇÃO

De acordo com a definição proposta em 1957 pela Comissão de Doenças Crônicas de Cambridge, se incluem na definição de 'doenças crônicas' todos os desvios do normal que apresentam uma ou mais das seguintes características: permanência, presença de incapacidade residual, mudança patológica não reversível no sistema corporal, necessidade de treinamento especial do paciente para a reabilitação e previsão de um longo período de supervisão, observação e cuidados. Assim, a partir do diagnóstico, os indivíduos acometidos passam a ter novas incumbências como fazer regime de tratamento, conhecer a doença e lidar com incômodos físicos; perdas nas relações sociais, financeiras, nas atividades como locomoção, trabalho e lazer, ameaças à aparência individual, à vida e à preservação da esperança. Além disso, segundo Woods (1989) considera-se doença crônica aquela que tem um curso longo, podendo ser incurável, deixando seqüelas e impondo limitações às funções do indivíduo, requerendo adaptação.

Tetelbom e cols. (1993) explicam que a principal característica da doença crônica é a duração. Eles a definem como de longa duração, ou seja, uma condição que dura mais de três meses em um ano ou que necessite de um período de hospitalização por mais de um mês. Neste estudo, adotaremos essa definição.

Castro e Piccinini (2002) explicam que devido a grande variedade de enfermidades classificadas como crônicas, uma divisão mais adequada faria referência às doenças como crônicas orgânicas (Ex.: fibrose cística, cardiopatias congênitas,insuficiência renal crônica, atresia de vias biliares, cirrose hepática, câncer, hemofilia, aids); deficiências físicas (Ex.:deformidades ou falta de algum membro do corpo, fissura lábio-palatal, deficiência visual e auditiva); dificuldades de aprendizagem e enfermidades neurológicas (Ex.: epilepsia, paralisia cerebral, déficit de atenção); doença mental (Ex.: autismo); e, ainda, doenças psicossomáticas (Ex.: asma, obesidade).

Vieira e Lima (2002) explicam que existem três fases na história da doença crônica: a fase de crise, caracterizada pelo período sintomático até o início do tratamento, ocorrendo uma desestruturação na vida da criança/adolescente e família; a fase crônica, marcada pela constância, progressão e remissão do quadro de sinais e sintomas, quando a criança/adolescente e família

procuram dar autonomia e reestruturação às suas vidas, e a fase terminal,abrangendo desde o momento em que a morte parece inevitável, até a morte propriamente dita.

Com base nestes argumentos, a realização de uma pesquisa que centre especificamente na experiência de adolescentes com câncer se justifica pela derivação de o câncer se apresentar como uma das doenças crônicas não transmissíveis que constitui uma das principais causas de morte nos países desenvolvidos, acompanhado de doenças cardiovasculares, diabetes mellitus e doenças respiratórias crônicas. Além disso, o câncer se apresenta como uma das doenças mais estigmatizadoras da atualidade e que acarreta inúmeras transformações na vida dos pacientes, seja em decorrência aos efeitos do tratamento, como em função da adaptação cotidiana necessária para o seu enfrentamento.

O câncer na adolescência

O câncer é uma doença que se destaca para além das outras, devido à premissa popular de significado de morte. Possivelmente, devido a esta crença, o câncer é quase sempre atribuído a uma doença de adultos. Em todas as fases da vida, porém principalmente na infância, o diagnóstico de câncer é vivido como uma enfermidade cruel e secreta.

Derivado da palavra grega *Karkinos* (caranguejo), a simbologia ao redor da morte é notada, inclusive, na etiologia da palavra câncer. Esta associação entre a doença e o caranguejo, feita primeiramente por Hipócrates - pai da medicina, foi usada devido à descrição das tumorações que pareciam invadir os tecidos vizinhos, de modo parecido com as patas de um crustáceo. Este animal, de caráter noturno e que vive quase sempre em profundidade e invisível, se desloca de maneira rápida e característica: de lado, mal coordenado e imprevisível. Quando aprisiona uma presa, o caranguejo apodera-a em suas presas e a tortura até a morte (Santos, 2010).

Pesquisas do Instituto Nacional de Câncer (INCA) indicam que o câncer constitui, no Brasil, a segunda causa de mortalidade entre crianças e adolescentes abaixo de 15 anos de idade, somente atrás dos acidentes. Apesar de ser uma doença rara o câncer apresenta a incidência de 135 novos casos para cada 1.000.000 de crianças (INCA, 2011).

Entre as crianças e os adolescentes, os tipos mais freqüentes de neoplasias são as leucemias, tumores do sistema nervoso central, neuroblastomas, tumor de Wilms, tumores ósseos e os linfomas. A leucemia é o mais comum entre menores de 15 anos, principalmente a leucemia linfocítica aguda (LLA). Os tumores do sistema nervoso central têm como seus tipos mais comuns o astrocitoma e o meduloblastoma; predominam no sexo masculino, ocorrem principalmente em menores de 18 anos e, representam cerca de 20% dos tumores. Os linfomas são responsáveis pelo

terceiro tipo de neoplasias malignas pediátricas, com destaque para o não Hodgkin (Valle & Ramalho, 2008; Mutti, Paula & Souto, 2010).

Do ponto de vista clínico, os tumores pediátricos apresentam menores períodos de latência e em geral, crescem rapidamente e são mais invasivos. Porém, respondem melhor ao tratamento e são considerados de bom prognóstico. Atualmente 70% dos jovens, menores de 18 anos, acometidos de câncer podem ser curados se diagnosticadas precocemente e se tratados em centros especializados. A melhora das taxas de sobrevida e cura das neoplasias da infância é reflexo, sobretudo do diagnóstico precoce, do avanço na descoberta e implementação dos medicamentos oncológicos (INCA, 2011).

Pedrosa e cols. (2006) e Perina, Mastelaro e Nucci (2008) relatam que, antes da década de 1960, o câncer era considerado um tabu, uma doença incurável. A partir dos avanços da medicina, com um diagnóstico cada vez mais preciso, terapias mais efetivas, uso de antibióticos e quimioterápicos mais agressivos o câncer deixou de ser um tabu e sua cura passou a ser uma possibilidade cada vez mais próxima.

De acordo com Lopes, Camargo e Bianchi (2000) e Perina, Mastelaro e Nucci (2008), com o aumento da taxa de sobreviventes de câncer, se tornaram fundamentais os estudos que visam o impacto dos efeitos tardios do tratamento na qualidade de vida dos pacientes e nas relações, das mais diversas espécies, mantidas por estes. Nestas pesquisas, é apresentado que além dos comprometimentos físicos como, problemas de crescimento e hipotireoidismo, devido à radioterapia, insuficiência renal, cardimiopatia e perda da audição, devido à quimioterapia, os indivíduos com histórico de câncer na infância apresentam 10 a 20 vezes maior risco de desenvolvimento de um segundo câncer em relação à população geral. De fato, 3 a 12 % destes jovens desenvolvem novos tumores nos primeiros 20 anos. Os autores também relatam uma piora da função psicológica, que pode ser secundária a toxicidade do tratamento ou atribuída a desmotivação por perda de energia, e uma diminuição do desempenho escolar e social, que podem resultar de déficits neuropsicológicos atribuídos à toxicidade da quimioterapia ou do isolamento que o paciente sofreu durante a doença e seu tratamento.

Após o término do tratamento, os acompanhamentos médicos e retornos ao hospital são freqüentes, principalmente nos dois primeiros anos. As chances de recaída da doença vão se tornando menores na medida em que os anos passam, sendo que os maiores índices de recaída ocorrem no primeiro ano pós-tratamento. Esses retornos servem não somente para averiguar se a doença está controlada, mas também, para verificar e reparar os possíveis danos causados pelo tratamento. Hoje o câncer é considerado uma doença crônica, o que resulta grande numero de pacientes curados ou vivendo muitos anos com a doença, podendo controlá-la e tratando os sintomas.

Efeitos da doença e da hospitalização

O paciente oncológico, independente de sua idade, confronta-se a partir do momento do diagnóstico com uma nova realidade, experienciada até então somente por outras pessoas.

Com o inicio do tratamento, é preciso conviver com freqüentes idas a clinicas e hospitais, internações, sessões de quimioterapia e/ou radioterapia, e inúmeras transformações corporais no dia-dia. Além de tudo isso, os pacientes passam a conhecer novos conceitos, incorporando em seu vocabulário palavras de domínio médico. Eles entram em contato com a sua dor e com a dor de outros pacientes, confrontam-se com a impotência, com a necessidade de apoio, as mudanças nos papéis sociais e a realidade da morte. O paciente adoece como um todo. Assim, o adoecimento se mostra como parte de um processo global, que não se restringe apenas às manifestações orgânicas, já que exige muito da capacidade de adaptação do indivíduo, que pode provocar diversas reações e até respostas que interfiram no tratamento.

Ainda no inicio do tratamento, e ainda sob o impacto do diagnóstico, o jovem é afastado de sua casa, escola, amigos, familiares e é inserido em um novo ambiente, com o qual não tem intimidade, passando a conviver com pessoas estranhas em um lugar rígido e com a frequente imposição de uma rotina.

De acordo com Torres (2002), o momento da hospitalização, é vivido como uma reedição do momento da separação do recém nascido com a mãe; já que no nascimento, a criança perde o ambiente seguro e protetor do útero e é lançada em um ambiente imprevisível e desconhecido.

Como explicam Valle e Ramalho (2008), o curso do desenvolvimento do indivíduo pode ser alterado devido à doença. Muitas vezes, a superação das etapas da doença pode se sobrepor às demandas originadas no processo de desenvolvimento normal.

Alguns estudos apontam que a criança e o adolescente portadores de doença crônica podem ter seu desenvolvimento físico e emocional afetado, podendo apresentar desajustes psicológicos decorrentes da enfermidade, do tratamento e das hospitalizações (Castro & Piccinini, 2002).

Entre 0 e 2 anos de idade, o bebê necessita da presença física e emocional dos pais para a aquisição de segurança em si próprio e da capacidade dos órgãos de responder a impulsos e anseios; assim a separação da mãe torna-se a experiência principal da hospitalização. À medida que a criança cresce e aumentam suas habilidades motoras, ela desenvolve autonomia e autocontrole. Entre os 3 e os 5 anos de idade, as crianças acreditam que há regras para a manutenção da saúde e se sentem culpadas quando adoecem, elas podem apresentar altos níveis de estresse e ansiedade durante procedimentos médicos, podendo se sentir confusas, ameaçadas ou punidas. Quando chegam ao período da escolaridade formal, dos 6 em diante, o adoecimento pode causar danos no relacionamento com outras crianças e adultos, pois as constantes idas ao médico, internações e mudanças corporais – devido à doença e ao tratamento, podem levar os colegas a evitar e a isolar

a criança doente. Estes comportamentos tendem a levar a criança a se sentir inadequada perante outras, e resulta em baixa auto estima.

Para Wasserman et al. (1992), as tarefas desenvolvimentais de jovens saudáveis e jovens portadoras de doença crônica são similares. No entanto, cumprir com as tarefas próprias da infância e da adolescência e lidar com o estresse comum destas etapas se torna mais difícil para o individuo enfermo. Quando o início da doença ocorre em períodos específicos do desenvolvimento, como no período de aprendizagem do caminhar, pode prejudicar de forma particular, por exemplo, restringindo a autonomia. Os inúmeros cuidados com remédios, alimentação e horários podem interferir no desejo de controle da criança, gerando apatia e passividade. Além disso, muitas vezes os pais têm dificuldades em impor limites necessários aos comportamentos das crianças, que podem interferir também no controle dos seus impulsos.

Castro e Piccinini (2002) apontam que jovens portadores de câncer, com freqüência desenvolvem o que tem sido chamado de estilo repressivo adaptativo. Este estilo caracteriza-se por um funcionamento altamente defensivo e tem sido associado a diversas conseqüências negativas para a saúde, incluindo tensão, dores de cabeça, alergias, úlcera e hipertensão, como se a pessoa subestimasse ou escondesse seus sintomas e sua ansiedade. Segundo os autores, estudos apontam que um ano após o diagnóstico de câncer, mesmo as crianças e adolescentes já curados ainda mantinham o estilo repressivo adaptativo como forma de lidar com a situação da doença.

Além disso, numa pesquisa sobre a relação entre temperamento e doença crônica na infância, os autores (idem), explicam que verificou-se que as mães destas crianças as percebiam como mais persistentes, menos adaptáveis e mais difíceis de lidar em comparação com seus pares saudáveis. Além disso, crianças mais gravemente doentes e do sexo masculino, foram consideradas como tendo temperamento mais difícil. Foram também encontradas diferenças relacionadas a doenças crônicas especificas, indicando que a natureza da doença pode influenciar a percepção materna sobre o temperamento da criança. Por exemplo, crianças com leucemia foram avaliadas por suas mães como tendo temperamento mais difícil do que crianças com doença cardíaca congênita ou asma.

Contudo, a idade com que apareceu a doença crônica parece ter sido um fator importante no aparecimento dos problemas de desenvolvimento. Stewart et al. (1988, *apud* Wasserman et. al, 1992), compararam o funcionamento mental e o crescimento físico de 21 crianças em que a doença hepática surgiu antes do primeiro ano de vida, e 15 pacientes em que a doença apareceu mais tarde (entre 17 meses e 15 anos). Os resultados evidenciaram que crianças que tiveram a manifestação da doença precocemente tiveram escores significativamente mais baixos em testes de inteligência. Ainda segundo os estudos apresentados pelos autores, um dos achados mais consistentes é de que crianças com doenças crônicas relacionadas ao cérebro sofrem de mais desordens psicológicas ou de comportamento do que crianças com outras doenças crônicas.

Segundo Zappini et al (2001, *apud* Favarato & Gagliani, 2008), a doença significa para o jovem uma ruptura em várias instâncias:

- Comprometimento da imagem corporal: a imagem corporal de um jovem portador de uma doença crônica está sujeita a alterações constantes, em decorrências de cirurgias, procedimentos invasivos e limitações físicas. Segundo o autor, estas alterações são vividas com muita angústia e revolta, sendo que o processo de reconstrução e aceitação deste novo corpo é vivido como um luto que atravessa diferentes etapas variando desde o choque e a negação até a aceitação.
- Dificuldades na socialização: o adolescente, sobretudo aquele que se encontra hospitalizado, é afastado de seu grupo de iguais. Torna-se dependente de pessoas estranhas é submetido a regras e procedimentos hostis, podendo reagir de forma agressiva, passiva ou regredida. Assim, torna-se mais propicio o desencadeamento de transtornos depressivos e comportamentos suicidas, quando comparados com adolescentes saudáveis.
- Sexualidade: em situações de adoecimento e hospitalização, onde o corpo é constantemente manipulado e agredido, é natural que este se sinta desrespeitado e invadido; despertando sentimentos de menos valia e fragilidade. Nota-se que a não possibilidade de uma vivencia plena da sexualidade desencadeia uma baixa auto-estima e sensação de ser incapaz de seduzir e ser desejado.
- Independência: O estresse provocado pela situação acentua comportamentos ambivalentes. Se por um lado, o jovem luta para conquistar seu espaço no mundo, por outro, tende a apresentar sentimentos regredidos, sentindo-se mais seguro e protegido pela presença dos pais e de outras pessoas.

Para Oliveira (2003) muitos adolescentes retrocedem no processo de desenvolvimento e conquista de autonomia, e se sentem dependentes dos pais, mesmo após ter conquistado certa independência. Sendo a postura dos pais superprotetora, como nos casos de amputação de membro afetado em pacientes com câncer, o adolescente então é infantilizado pelos pais, que o vêem como alguém que requer mais cuidado e atenção, tornando a continuidade do processo de desenvolvimento rumo à maturidade mais difícil (Takenada, 2001).

Perez (2008) explica que a situação de adoecimento e freqüentes hospitalizações causam uma despersonalização do adolescente, gerando uma gama enorme de sentimentos que permeiam a relação paciente-profissional de saúde, tais como desconfiança, agressividade, sentimentos de rejeição e de desprezo.

Nesse sentido, a importância de acompanhamento psicológico se faz necessária, pois pode auxiliar nas dificuldades de dar prosseguimento ao tratamento.

De maneira semelhante, todo esse processo pode ser amenizado através do fornecimento de certas condições que mantenham a possibilidade de um desenvolvimento saudável, tais como: presença e afeto de familiares, disponibilidade afetiva por conta dos trabalhadores da saúde, fornecimento de informações relativas ao tratamento para a criança, atividades recreacionais, entre outras. Além dessas condições a idade, o tempo de internação, a história da doença, hospitalizações anteriores e estilos parentais e familiares, devem ser analisados durante a assistência na hospitalização, pois tendem a interferir no tratamento.

A doença crônica e os relacionamentos psicossociais

Como já apresentado, a doença crônica se apresenta na vida do adolescente como desestruturante, sendo ressaltada por estigmas sociais negativos. No caso dos pacientes com câncer, por exemplo, o estigma social aparece no olhar do outro que lança sobre a doença uma sentença de morte.

Sentir-se com uma identidade significa ser capaz de integrar o que se é e o que se gostaria de ser. Assim podemos questionar como a doença crônica influenciaria na formação da identidade, deixando (ou não) marcas para toda a existência.

A "sensação de identidade" é definida por Erikson (1971) como:

> ...uma sensação de bem estar psicossocial: os seus mais óbvios concomitantes são o sentimento de estar em casa no nosso próprio corpo, um sentimento de saber para onde se vai e uma certeza íntima de reconhecimento antecipado por parte daqueles que contam. (Erikson,1971.p.12).

Segundo Winnicott (1971) o termo identidade diz respeito à morada da personalidade do corpo, que tende à integração como um vínculo firme, representando a conquista da saúde em termos do amadurecimento pessoal. A psique, em completude, seria o resultado da elaboração imaginativa das funções corpóreas e a mente como uma especialização do funcionamento psicossomático, ambas estabelecidas no decorrer da integração total do individuo.

Para o autor, todo esse processo e a conseqüente conquista da constituição da individualidade no decorrer do desenvolvimento é algo que acontece na interface da relação com o meio.

A realidade psíquica interna torna-se um mundo pessoal, cujo desenvolvimento ocorre com base em uma troca constante, à medida que o sujeito vive e coleta experiências. Isto se exerce "de modo que o mundo externo é enriquecido pelo potencial interno, e o interior é enriquecido pelo que pertence ao exterior. A base para estes mecanismos mentais é, nitidamente, o funcionamento da incorporação e eliminação na experiência do corpo. (Winnicott, 1983. p.56)"

Dessa forma, a noção de corporeidade está fortemente ligada com a identidade e com a individualidade do adolescente, já que referem-se ao corpo e ao mundo e possibilita que as coisas do mundo se manifestem da forma como se apresentam.

Sendo o corpo, um dos centros das atenções na adolescência, observa-se que os jovens com doenças crônicas mostram-se altamente preocupados com suas mudanças corporais e funcionais de seu organismo. Estes podem reagir com ansiedade e frustração frente às questões da imagem corporal e sua não correspondência à imagem idealizada.

Assim, pode-se considerar que o processo de desenvolvimento do adolescente é interrompido e a aquisição da identidade fica "suspensa", no sentido de que o adolescente deixa de lado as atividades de sua rotina, como a convivência escolar, as atividades extracurriculares, os esportes, etc. (Oliveira, 2003).

Na medida em que ocorrem as transformações corporais, o self se vê na necessidade de se adequar a elas, de forma que não só o corpo muda, mas a pessoa em sí.

Na pesquisa de Takenada, 2001, uma das principais dificuldades relatadas pelos pacientes adolescentes com leucemia foi relacionada com a própria aparência física.

Takenada (2001) afirma que "... estando doente, e já sofrendo imensamente com tudo que a doença acarreta, o adolescente também se vê sem vontade de falar a respeito do que está acontecendo, talvez porque muitas dessas vivências não conseguem ser expressas em palavras, seja pela idade, pela dificuldade de se lidar com elas ou pelo processo de enfermidade." (p.20), relatando inclusive que as reações mais características encontradas nos adolescentes com câncer foram depressivas.

Em pesquisa sobre a auto-imagem de pacientes amputados em decorrência de câncer, a pesquisadora (idem) ressalta que o impacto na auto-imagem do adolescente é marcante e transforma a imagem que os sujeitos fazem do próprio corpo, tanto na aparência física quanto na funcionalidade. Em decorrência das alterações corporais causadas pelo adoecimento e tratamento, os adolescentes terminam por se depreciar; "... o que aponta um rebaixamento na auto-estima frente às transformações corporais" (p. 171).

Hedstrom (2003, *apud* Bigheti & Valle, 2008) relata que o aspecto emocional de estresse mais freqüentemente mencionado pelos adolescentes com câncer foi a mudança de aparência. A

perda de cabelo foi citada pelos jovens como a principal causa de incomodo, pois "parecer diferente de seus pares invoca um sentimento de inadequação que leva o jovem a evitar o grupo e cair no isolamento e na solidão (Bigheti & Valle, 2008. p. 219)".

Assim, as transformações físicas: além de alterarem a relação do adolescente consigo mesmo e se tornarem as evidências do adoecimento interferem diretamente no convívio do adolescente com outras pessoas e possivelmente na vivência de seus relacionamentos amorosos.

Em pesquisa realizada por Bigheti e Valle (2008), por meio da aplicação do Teste de Apercepção Temática (TAT) com adolescentes com câncer, as pesquisadores apontam que se mostra freqüente por esses adolescentes a idealização da vivência de um grande amor, caracterizado pela reciprocidade de afeto e pelo desejo de eternizar-se. Todos os adolescentes entrevistados falaram sobre o desejo de namorar, de encontrar o verdadeiro amor em alguém muito significativo e serem "felizes para sempre".

Porém, em contraponto, os adolescentes percebem as pessoas numa relação conflituosa com o seu ser. Eles experimentam dificuldades de relacionamento, e por muitas vezes, experimentam a crueldade, a discriminação e o desprezo do outro, que frequentemente gera sentimentos de inferioridade, revolta e injustiça (Bigheti & Valle, 2008).

Por outro lado, Lock (1998), ressalta que além das transformações corporais do tratamento da doença, algumas seqüelas do tratamento também podem influenciar na possível vivência de relacionamentos amorosos. De acordo com o autor, em uma pesquisa realizada com adolescentes e adultos jovens sobreviventes de câncer, com idade entre 16 e 26 anos e do sexo masculino, mais de dois terços apresentavam algum tipo de dano no aparelho testicular, em decorrência do tratamento, e apresentavam sintomas de mau ajustamento à puberdade, ansiedade, dificuldades no intercurso e esterilidade. De forma semelhante, o autor ressalta que a possibilidade da esterilidade é um dos maiores medos que os adolescentes com câncer enfrentam.

Em pesquisa comentada pelo autor (idem), realizada com 2.149 adolescentes portadores de doença crônica, que foram analisados por meio de um auto questionário, foram encontradas diferenças significativas entre os adolescentes pesquisados e os participantes controle em termos de satisfação corpórea e práticas inadequadas para a perda de peso.

Holmes & Holmes (1995 *apud* Lock, 1998), em um estudo com 124 sobreviventes de câncer infantil descobriu que após 10 anos do diagnóstico, embora eles apresentassem boas condições psicológicas, menos da metade se encontravam casados ou em um algum tipo de relacionamento amoroso.

Macieira e Maluf (2008) ressaltam que as disfunções sexuais são um problema relativamente comum aos sobreviventes de câncer, sendo ou associada ao tipo de câncer ou ao tratamento

utilizado. Segundo as autoras, são freqüentes também os casos de menopausa precoce em mulheres submetidas à quimioterapia e com mudanças em suas condições hormonais.

Entretanto, como é destacado pelos autores acima citados e se mostra evidente no processo de busca por material bibliográfico, o campo das vivências dos relacionamentos amorosos dos adolescentes com doenças crônicas ainda é muito pouco estudado e necessita de maior aprofundamento cientifico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Enquanto que no campo da pediatria e da psicologia infantil são vastos os estudos sobre o processo de adoecimento, estes se mostram escassos na adolescência.

Podendo ser considerada uma doença crônica, o câncer apresenta grande estigma social e popularmente está relacionado com a morte. Como aborda o presente artigo, quando diagnosticado precocemente e realizada as devidas intervenções, apresenta 70% de chances de cura para pacientes com até 18 anos, o que demonstra a importância de se levantar mais discussões e elaborar mais estudos sobre a ocorrência da doença nesta fase.

Considera-se que os efeitos da hospitalização e da doença ocorrem de maneira globalizada e podem acabar por deixar inúmeras marcas na identidade dos adolescentes, que ainda se encontra em formação. Durante o tratamento, se faz importante que o adolescente doente demonstre uma capacidade adaptativa e concomitantemente o hospital deve oferecer além de um ambiente acolhedor, disponibilidade afetiva.

O artigo também discute a importância de se trabalhar a corporeidade dos jovens com câncer após compreender que o desenvolvimento da identidade está fortemente vinculado a corpo, e ao analisar estudos e pesquisas apresentados no artigo, evidencia que a doença exerce um forte impacto na auto imagem e no corpo desses jovens e pode trazer problemas para o desenvolvimento de sua identidade.

Bigheti e Valle (2008) ressaltam que uma das definições de ‘ser saudável’ implica que a pessoa reconheça suas limitações, aceitando e compreendendo os paradoxos impostos pelas suas condições de saúde/doença. Sendo assim, somente por meio da realização de pesquisas que esta lacuna poderá ser preenchida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bigheti, A. & Valle, E.R. (2008) *Compreendendo as vivências de adolescentes com câncer: análise fenomenológica do TAT.* Em: Carvalho, V.A; Franco, M.H.P.; Kovács, M.J.; Liberato, R. P.; Macieira, R.C.; Veit, M.T.; Gomes, M.J.B.; Barros, L.H.C. (org.) Temas em Psico-Oncologia. São Paulo, Summus Editorial, 2008. pp. 218- 232.

Castro, E.K. & Piccinini, C. A. (2002) *Implicações da Doença Orgânica Crônica na Infância para as relações Familiares: Algumas Questões Teóricas*. Psicologia: Reflexão e Crítica, 15(3), pp. 625-635.

Erikson, E. H.(1971) *Infância e sociedade*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

Favarato, M.E.C.S; Gagliani, M.L. (2008). *Atuação do psicólogo em unidades infantis*. In Romano, B.W. (org). Manual de psicologia clínica para hospitais. São Paulo: Casa do Psicólogo.pp 75-115.

INCA – INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Epidemiologia dos tumores da criança e do adolescente. Disponível em: < http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=349 > Acesso em 4 de outubro de 2011.

Lock, J.(1998) *Psychosexual Development in Adolescents* With Chronic medical Illnesses. Psychosomatics; 39(4): 340–349

Lopes, L.F.; Camargo, B.; Bianch (2000) *Os efeitos tardios do tratamento do câncer infantil.* Revista da Associação Medica Brasileira. 46(3): 277-84.

Macieira, R.C. E Maluf, MF. *Sexualidade e Câncer.* Em: Carvalho, V.A; Franco, M.H.P.; Kovács, M.J.; Liberato, R. P.; Macieira, R.C.; Veit, M.T.; Gomes, M.J.B.; Barros, L.H.C. (org.) Temas em Psico-Oncologia. São Paulo, Summus Editorial, 2008. pp. 303-315.

Mutti, C.F.; Paula, C.C.D; Souto, M.D. (2010) *Assistência à saúde da criança com câncer na produção científica brasileira*. Revista Brasileira de Cancerologia. Rio Grande do Sul (1):71-83.

Oliveira, S. R. (2003) *A auto-imagem do adolescente amputado em decorrência de câncer*. São Paulo, 2003. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Pedrosa, A; Pedrosa, F; Pedrosa, T. F E Pedrosa, S.F. (2006) *Comunicação do diagnóstico do câncer infantil.* Em: Perina, E.M. e Nucci, N.G. (Orgs.), As dimensões do cuidar em psiconcologia pediátrica. Campinas: Editora Livro Pleno.

Perez, G.H. (2008) *Unidade de emergência*. Em: Romano, B.W. (org). Manual de psicologia clínica para hospitais. São Paulo: Casa do Psicólogo.pp 63-74.

Perina, E.M.; Mastelaro, M.J.; Nucci, N.A.G. (2008) *Efeitos tardios do tratamento do câncer na infância e na adolescência.* Em: Carvalho, V.A; Franco, M.H.P.; Kovács, M.J.; Liberato, R. P.; Macieira, R.C.; Veit, M.T.; Gomes, M.J.B.; Barros, L.H.C. (org.) Temas em Psico-Oncologia. São Paulo: Summus. pp. 496-504.

Takenaka, A. C. (2001) Sandplay e a Simbologia de duas transições: adolescência e câncer. São Paulo. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica.

Tetelbom M, Falceto O.G., Gazal C.H., Shansis F, Wolf AL.(1993) *A criança com doença crônica e sua família: importância da avaliação psicossocial.* J Pediatria; 60 (1):5-11.

Torres, W. C. (2002). *A criança diante da morte: desafios*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Valle, E.R.M. e Ramalho, M. A. N. (2008). *O câncer na criança: a difícil trajetória*. In: Carvalho, V.A; Franco, M.H.P.; Kovács, M.J.; Liberato, R. P.; Macieira, R.C.; Veit, M.T.; Gomes, M.J.B.; Barros, L.H.C. (org.) Temas em Psico-Oncologia. São Paulo: Summus. pp. 505-516.

Vieira, M.A. & Lima, R.A.G. (2002) *Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças*. Rev. Latino-am Enfermagem. 10(4):552-60

Wasserman A, Thompson Ei, Wilimas JA, (1992): *The psychological status of survivors of childhood/adolescent Hodgkin's disease*. American Journal of Diseases of Children; 141 (4):626–631.

Winnicott, D. W. (1983) *O ambiente e os processos de maturação– estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Woods N. F. *Supporting families during chronic illness.* Image: J Nurs Scholarship; 21(1):46-50.1989.