

Câncer infantil: o médico diante de notícias difíceis – uma contribuição da psicanálise

*Milena Dórea de Almeida**

*Ana Paula Alves Lima Santos***

Resumo

O câncer infantil é considerado uma doença crônica associada a sofrimento e possibilidade de morte. Nesse contexto, sabe-se que a comunicação é uma das principais mediadoras do cuidado em oncologia. Comunicar notícias é algo além da mera transmissão de informações, sendo considerada uma das atividades mais delicadas da prática clínica do profissional de saúde. Diante disso, este trabalho tem o objetivo de discutir o câncer infantil e os aspectos relacionados às emoções envolvidas diante da comunicação de notícias, principalmente as más notícias, decorrentes do diagnóstico e tratamento realizado, utilizando contribuições oriundas da psicanálise. O trauma e a angústia decorrentes de situações inesperadas e difíceis podem acarretar sentimentos de impotência e desamparo, promovendo sofrimento, atitudes passivas ou fuga. Nesse sentido, os médicos, sensíveis a isso, podem adotar atitudes que minimizem tais sentimentos. Este artigo reflete ainda sobre algumas dificuldades enfrentadas pelos médicos quando se deparam com um diagnóstico grave ou um prognóstico ruim. Para além da comunicação da notícia, discute-se sobre o momento em que o profissional descobre a notícia: O que passa pela cabeça deste profissional? Quais expectativas ele lança para o paciente? Atualmente a comunicação é considerada um dispositivo fundamental no alcance de metas terapêuticas e formação do vínculo da tríade paciente, família e equipe de saúde.

Palavras-chave: câncer infantil; notícias difíceis; psicanálise

Childhood cancer: the doctor facing difficult news – a contribution from Psychoanalysis

Abstract

Childhood cancer is considered a chronic disease associated with suffering and possible death. In this context, it is known that communication is one of the major mediators in the oncology care. Reporting news is something beyond the mere transmission of information, being considered one of the health professional's most delicate aspects in this/her clinical practice. Therefore, this paper aims at discussing childhood cancer and the aspects related to the emotions involved with the communication of news, especially bad ones, resulting from the diagnosis and treatment, using contributions originating from Psychoanalysis. The trauma and anguish due to unexpected and difficult situations can lead to feelings of powerlessness and abandonment, causing suffering, passive attitudes or escape. In this sense, doctors can adopt attitudes that minimize such feelings. This article also reflects on some of the difficulties faced by doctors when they have to deal with a serious diagnosis or a poor prognosis. Beyond the communication of news, we discuss the moment when the professional finds out the news: What goes through this professional's mind? What expectations does he pass on to the patient? Currently, communication is considered a key device in achieving therapeutic goals and developing the bond between patient, family, and medical team.

Keywords: childhood cancer; difficult news; psychoanalysis.

* Doutoranda em Psicologia Clínica pelo IP/USP. Email: mildoreal@msn.com.

** Mestre em Psicologia Clínica pelo IP/USP. Psicóloga da VITTA – Centro de Oncologia, em Aracaju, SE. Email: anaalvespsi@hotmail.com.

Este artigo aborda o câncer infantil, recortando a difícil tarefa médica de transmitir as más notícias decorrentes do diagnóstico e do tratamento realizado. Alguns médicos reconhecem a dificuldade que permeia este ato, que não é simplesmente falar, mas estabelecer uma comunicação que proporcionará diálogos e vínculos duradouros. Sabe-se que na comunicação de notícias difíceis vários afetos estão presentes, afligindo os profissionais, pacientes e familiares.

O câncer infanto-juvenil é um termo genérico para descrever diferentes malignidades que causam efeitos destrutivos no organismo em virtude de seu caráter invasivo e metastático, apresentando especificidades diferentes do câncer adulto e por isso deve ser estudado separadamente. Há diferenças nos locais primários, origens histológicas e comportamentos clínicos. O Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2008) destaca as seguintes diferenças: o menor período de latência, crescimento mais rápido e mais invasivo, melhor resposta à quimioterapia. Quanto à histologia, a maioria dos tumores pediátricos assemelha-se a tecidos fetais nos diferentes estágios de desenvolvimento, sendo considerado embrionário e com grande diversidade morfológica. Por este motivo, ainda não está totalmente estabelecida a associação entre câncer pediátrico e fatores de risco. A oncologia pediátrica trata como câncer infanto-juvenil os pacientes abaixo dos 19 anos (INCA, 2008).

Desde 2003 o câncer é considerado um problema de saúde pública, sendo necessária a formulação de ações, programas e planos orientados para a prevenção, o controle e a detecção precoce (Ministério da Saúde do Brasil, 2009a). O Ministério da Saúde do Brasil (2009b) afirma que o câncer infanto-juvenil representa 2,5%, aproximadamente, de todas as neoplasias apresentadas na população brasileira, sendo considerado raro quando comparado com os tumores do adulto. Mesmo assim, ressalta que no Brasil, no período entre 2001 e 2005, a mortalidade por câncer em crianças e adolescentes com idades entre um e dezoito anos correspondeu à quarta e quinta causas de óbitos para o sexo masculino e feminino, respectivamente, colocando-se, assim, como a primeira causa de morte por doença na faixa etária a partir dos cinco anos de idade.

Em relação às especificidades do diagnóstico de câncer, observou-se que há um predomínio das leucemias como tumor mais frequente (percentual mediano é de 29%), seguido dos linfomas, cerca de 15,5% (INCA, 2008). Os tumores de sistema nervoso central (SNC) ocuparam a terceira posição, com percentual mediano de

13,4%, sendo considerados os mais frequentes tumores sólidos nessa faixa etária. Os dados brasileiros seguem o padrão dos dados registrados em países em desenvolvimento, pois, nestes, os tumores cerebrais aparecem em segundo lugar de incidência, seguidos pelos linfomas. Estes dados nacionais podem se alterar nos próximos levantamentos, pois Gurney (1999, citado por INCA, 2008), constata que a incidência dos tumores de SNC está aumentando progressivamente e, apesar dos avanços obtidos, a “mortalidade causada por tumores do SNC ainda consiste na mais alta taxa em crianças portadoras de neoplasia” (Bleyer, 1999, citado por INCA, 2008, p. 29).

Apesar de diversos programas e campanhas incentivados pelo Ministério da Saúde, ainda se constata que muitas crianças são encaminhadas para os locais de tratamento especializado com a doença em estágio avançado (INCA, n.d.). O atraso no diagnóstico é multifatorial, sendo apontados como fatores que contribuem para este atraso a desinformação dos pais, o medo do diagnóstico de câncer, o erro dos profissionais de saúde e as características de determinados tipo de tumor.

Em relação ao medo do diagnóstico, Holland (2002) associa que, na história do câncer, as barreiras sociais e os estigmas dificultaram e por vários anos impossibilitaram a revelação do diagnóstico. Até o século XIX não se conhecia a causa nem a cura da doença, sendo considerado cruel e inumano revelar o diagnóstico ao paciente, já que não havia nenhuma esperança. Pouco antes do início do século XX, com a melhoria das técnicas cirúrgicas e o desenvolvimento da anestesia, foi possível intervir em tumores iniciais e sem metástase. Em 1913 formou-se a American Cancer Society, dando início aos programas educacionais com o objetivo de educar e encorajar a população a procurar médicos em caso de sintomas suspeitos de câncer.

Até 1925, o tratamento do câncer era basicamente a cirurgia e a radiação; esta última usada como paliativo para alguns casos que tivessem fracasso cirúrgico (Holland, 2002). Em 1948, Farber informou a primeira remissão temporária de leucemia infantil, adicionando a quimioterapia como a terceira modalidade de tratamento. Começou, assim, uma busca ativa por novas drogas quimioterápicas, e a combinação delas com efetivas técnicas cirúrgicas e radioterapia alterou o prognóstico dos tumores da criança e do adulto jovem, sobretudo a leucemia linfóide aguda (LLA), o câncer testicular e o linfoma de Hodgkin. A partir de 1960 houve uma redução no pessimismo e um crescimento de novos interesses em pesquisas sobre o tratamento do câncer. Com este avanço

científico no diagnóstico e tratamento do câncer infantil houve um aumento considerável das taxas de sobrevivência, passando o câncer a ser considerado uma doença crônica.

Com o sucesso obtido nos tratamentos, torna-se imprescindível unir a erradicação da neoplasia com a manutenção da qualidade de vida. A atuação de equipes multidisciplinares para oferecer suporte psicossocial ao paciente, desde a fase do diagnóstico, e a família passa a ser requisitada e vista como fundamental para a cura do câncer. Isso, sobretudo, porque como já referido acima, a diversidade dos tratamentos trouxe aos pacientes uma chance maior de sobrevivência, porém este progresso não está isento de custo.

Atualmente, não é apenas a possibilidade de morte que assusta os familiares, mas também o sofrimento decorrente do tratamento oncológico que acarreta sintomas colaterais, sequelas e, com o passar do tempo, efeitos tardios, como doenças secundárias e déficits em diversos aspectos do desenvolvimento. Para Pinto (1996), o diagnóstico de câncer vem acompanhado do estigma que a palavra câncer traz em si mesma: associação com intenso sofrimento e morte posterior. Em decorrência dessa associação, a angústia é o principal sentimento que acomete os pais quando recebem o diagnóstico de câncer em seus filhos.

Na clínica psicanalítica, quando inserida em hospitais de tratamento oncológico infantil, é possível escutar, *a posteriori*, os relatos de mães que narram como foi saber que seus filhos eram portadores de câncer. Suas falas são tentativas de descrever o choque: “Quando o médico disse que ele tinha câncer, não escutei mais nada”; “Quando o médico me disse que ela estava com câncer, o mundo virou, o corredor do hospital deu um giro assim, tudo rodou”; “Eu e meu marido sentimos que tinham aberto um buraco e nós estávamos caindo”.

No entanto, considera-se que a angústia não aparece somente nos casos em que a possibilidade de morte é antecipada com o diagnóstico. Dolto (1971) considera que o medo da morte é natural e normalmente só existe diante de sua iminência, mas a angústia é diferente e não depende de ameaças exteriores, pois, mesmo quando há ameaça, esta só se torna atuante se encontrar desacordo com as expectativas e projetos da pessoa (Brun, 1996).

Nesse sentido, Rosa, Berta, Alencar e Carignato (2008, p. 3) definem: “A angústia é o afeto que não engana e diz respeito àquilo que o sujeito não pode articular em significantes, é sinal de um Real impossível de ser simbolizado”. Para essas autoras, a falta de simbolização advém do instante traumático que, no tema abordado

neste trabalho, pode ser situado nas notícias dadas pelos médicos. O trauma expõe o sujeito àquilo que está fora de sentido, é um instante que cai em cima do sujeito e rompe a possibilidade de simbolização do fato. É um momento desorientador e de desamparo, em que a pessoa encontra-se perdida, como os relatados anteriormente pelas mães de crianças portadoras de câncer.

A partir da associação da angústia com o desamparo, Brun (1996) defende que o anúncio da cura pode ser sentido como um abandono, pois o médico, por sua autoridade, recuperaria as imagens e as influências deixadas pelos pais, professores e outros modelos sociais que representam amparo e proteção. Isso poderia explicar a defasagem, percebida nos casos de pacientes fora de tratamento oncológico, entre o tempo da cura física e o tempo da cura psíquica. Dessa forma, Brun (1996) aponta um exemplo de angústia que aparece quando a morte é, justamente, afastada. Considera-se, portanto, que as notícias referentes ao tratamento, mesmo consideradas neutras ou boas, devem ser comunicadas com cuidado.

A fixação ao instante traumático promove uma resposta subjetiva bem específica: o silenciamento, a angústia, sua perpetuação e o impedimento dos processos subjetivos do luto. Essa condição de silêncio e de impedimento dos processos de luto é análoga à melancolia que, segundo Freud (1996), é uma condição patológica, em que o sujeito não nomeia sua dor, que não passa. O sujeito, então, não consegue ver claramente o que perdeu em determinada experiência e, ao invés de se afastar do mundo externo para tentar simbolizar o fato, o melancólico inibe-se internamente, não havendo um processo de elaboração, mas um empobrecimento do ego.

Freud (1996) diferencia a melancolia do luto. O luto é um afeto normal em que ocorre o processo de reação à perda de um objeto amado. É um processo que, embora doloroso, será superado após um lapso de tempo. No luto, a pessoa precisa nomear os objetos perdidos e, após um afastamento necessário de objetos do mundo externo e de atividades que não estejam ligadas ao objeto perdido, o trabalho de elaboração se conclui e o sujeito fica outra vez livre e desinibido para ligar-se a outros interesses, substituindo o objeto de amor.

Ao nos referirmos a “objetos perdidos”, falamos não apenas de objetos materiais ou pessoas, mas de qualquer vivência na qual ocorram abalos identificatórios. Esses abalos afetam especificamente o eu, pois dizem respeito àquilo que identifica o sujeito e o movimenta para posicionar-se e agir. Assim, o silêncio viria em decorrência da dificuldade em se identificar e se situar.

Como já anunciado por Freud, para sair dessa posição de silenciamento e angústia:

é necessária a elaboração do luto face ao perdido, pois dessa maneira o sujeito não somente reconstitui sua imagem, mas também recompõe o lugar a partir do qual se vê amável para o Outro (ideal do eu), reafirmando uma posição que lhe permita localizar-se no mundo (Rosa et al., 2008, p. 3).

Rosa (2002, citado por Rosa et al., 2008) defende que a psicanálise pode ajudar a partir de intervenções não convencionais situadas na *clínica do traumático*. A clínica do traumático é indicada “para abordar a questão da angústia e do luto” (Rosa et al., 2008, p. 1) considerando a produção sociopolítica da angústia e os diferentes modos de impedimento dos processos subjetivos do luto. Os sujeitos que essas autoras estudaram estavam em situação de violência e exclusão política e social; porém, elas afirmam que a clínica do traumático não é específica dessas intervenções clínico-políticas. Ela é possível sempre quando a resposta subjetiva ao trauma não é apresentada nos níveis da fantasia e sintoma, mas na impossibilidade de formular uma questão subjetiva, advindo a repetição do silêncio, a perpetuação da angústia ou a suspensão de processos subjetivos do luto.

Como colocado acima, nesses casos em que ocorrem trauma, angústia e suspensão dos processos de luto, um dos efeitos é a dificuldade que a pessoa “passa a ter para estabelecer uma comunicação com os seres humanos: ela perde a esperança de um dia poder ser entendida [...] pode ser muito difícil conduzir uma terapia analítica com esses pacientes” (Mannoni, 1995, p. 30). Rosa, Berta, Cagnato e Alencar (2009) concordam que não é possível um trabalho nos moldes de uma *clínica do sintoma*, como defende a teoria psicanalítica em casos de neuroses, mas podem-se realizar intervenções incluídas na *clínica do traumático*, pois há, antes do diagnóstico psicanalítico, um *desajustamento* afetivo (Dolto, 1971).

A *clínica do traumático* convoca o analista a um lugar preciso na abordagem da angústia e do luto, auxiliando o sujeito a restituir um campo mínimo de significantes que possam circular e permite-lhe localizar-se e legitimar sua experiência de dor. Nas situações de extrema angústia e perda de referenciais identificatórios está incluída a oferta de escuta psicanalítica utilizando a presença e a palavra, ao invés do silêncio ou ausência.

Mannoni (1995) exemplifica a importância de processos criativos para recriar a experiência de desamparo

vivido na infância. Assim, a autora apresenta exemplos de artistas escritores que tinham suas produções voltadas para a superação de traumas de infância, como lutos, separações e agressões. Essas criações são uma possibilidade de “escapar ao cerceamento da realidade” (ibid., p. 9) e, na criança, as brincadeiras são formas fantasiosas que ela tem para escapar da realidade dolorosa, criando um mundo conforme suas ideias. Essa contribuição aponta para a possibilidade de um trabalho psicanalítico incidindo nesta realidade.

Saindo dos trabalhos que podem ser realizados na clínica psicanalítica para tratamento das situações de angústia e os sofrimentos advindos, S. L. Berta (comunicado em aula, 30 de setembro de 2009) aponta que, perante as situações de trauma, o semelhante serve de bengala para o sujeito. Nesse sentido, o médico poderá ser a bengala que segura e organiza o sujeito. Vale ressaltar que a angústia, o desamparo, o sentimento de estar perdido não poderão ser evitados, mas as atitudes do profissional podem aliviar o sofrimento humano.

Pinto, psiquiatra infantil e psicanalista, discute sobre a dificuldade do médico em administrar a verdade do diagnóstico e prognóstico ao paciente e aos familiares:

Não há dúvida de que a verdade – sempre a maldita verdade – deve ser colocada acima de tudo. Todavia, essa verdade nas mãos – ou na boca – de um pediatra afetiva e emocionalmente inábil e despreparado para seu manejo pode, muitas vezes, causar maiores danos do que aqueles provocados por bactérias, por vírus letais, por agentes externos tanatogênicos ou por células neoplásicas, ensandecidas no seu processo predatório fatal. (1996, p. 288).

O autor segue o texto defendendo que não há um modo padronizado de agir na hora da comunicação da verdade. Contudo, o médico deve utilizar de bom senso e de maturidade para conduzir o assunto junto à família e ao paciente. A oncologista pediátrica A. Shada (workshop, 1 de outubro de 2010) afirma que os médicos vão muito ansiosos para esse tipo de conversa, o que ocasiona uma distância, estabelecendo dois lados opostos no diálogo. Aliado a isso, Pinto escreve que o médico, não raro, tem:

compulsão à revelação precoce das suas suspeitas diagnósticas e previsões prognósticas. Os detalhes abundantes, desnecessários, ansiogênicos e iatrogênicos que acompanham esse tipo de revelação, neste contexto, correm por conta da atitude defensiva – “síndrome da explicitação ansiosa” (permissão para o neologismo) – contra o fantasma do erro médico (1996, p. 289).

Desse modo, o mesmo autor orienta que

paciente e família sejam poupados, na medida do possível, dos sofrimentos desnecessários provocados por antecipações derrotistas e overdoses inúteis de prognósticos e perspectivas negativistas, que só contribuem para aumentar a angústia e o sofrimento de todos (Pinto, 1996, p. 289).

Ainda segundo Pinto (1996, p. 288), “comunicar a existência de uma doença ou de um estado terminal é um ato que deve transcender uma simples comunicação, feita displicentemente, através de uma mensagem fria e desumana”.

Acrescenta-se a essas ideias o alerta de que, enquanto para o médico o tema “doença e morte” fazem parte do cotidiano de sua vida profissional desde o tempo da faculdade, para a família o ambiente hospitalar, o adoecimento e o tratamento são inesperados, desconhecidos e, por vezes, assustadores. A. Shada (*workshop*, 1 de outubro de 2010) ressalta que os momentos de comunicação com o paciente são importantes, pois estabelecem vínculos que influenciam uma relação que é para sempre. Uma relação que, muitas vezes, fica na lembrança.

Brun exemplifica isso com uma carta escrita por uma jovem curada de câncer:

“eu nunca vou esquecer a sua gentileza – escrevia uma jovem de vinte e quatro anos ao médico, doze anos depois de ter sido tratada com sucesso de um reticulosarcoma de Ewing da asa ilíaca –, penso no senhor sorrindo para essas crianças que lhe entregam a vida para que a proteja”. Assim terminava a carta que ela havia começado de uma maneira muito diferente: desculpando-se por não ter dado notícias há muito tempo. Não que tivesse faltado vontade. (1996, p. 123).

Voltando a fazer referência à comunicação proferida por A. Shada (*workshop*, 1 de outubro de 2010), esta médica orienta que o médico só deve conversar com o paciente e a família quando possuir um planejamento do tratamento que será realizado, sendo este curativo ou paliativo. No entanto, o que se percebe no Brasil é que alguns pediatras, por exemplo, informam ao paciente e seus responsáveis sobre a doença e, sem nenhum conhecimento e planejamento terapêutico, falam sobre o estágio da doença e o prognóstico.

O ideal é que as conversas consideradas decisórias em um tratamento sejam realizadas com mais de uma

pessoa vinculada ao paciente. Conversar com só um dos responsáveis ou, como já observado, apenas com o paciente, aumenta a responsabilidade da informação portada e da decisão, diminuindo o apoio que todos precisam naquele momento.

Fazendo referência ao apoio, é importante que o paciente e o familiar saibam que o médico e a equipe estão ao lado deles para apoiá-los. Atitudes e frases atestam isso. A. Shada (*workshop*, 1 de outubro de 2010) sugere que os médicos sempre falem: “este é o primeiro de muitos encontros”. É importante que o profissional transmita a certeza de que encontrará o paciente novamente, visto que já se observou que mães de crianças que receberam o diagnóstico de câncer, quando estão internadas em hospital especializado para tratamento, muitas vezes se recusam a aceitar a alta hospitalar por acreditarem que eles iriam embora sem perspectiva de retorno.

O sentimento de abandono favorece que fantasias como essa sejam formuladas, e, muitas vezes, impedem a escuta da orientação médica. Por isso, além da informação técnica, é preciso que o médico ofereça ao paciente e à família um momento de elaboração, um silêncio entre uma fala e outra, e retome em outras conversas o que já foi falado nas anteriores. A. Shada (*workshop*, 1 de outubro de 2010) afirma que é preciso validar as emoções que aparecem nas conversas, permitir que o paciente e o familiar as expressem de modo que as necessidades e dúvidas apareçam e possam ser reconhecidas e esclarecidas.

Paralelamente ao discurso adequado, há necessidade de complementação dessa informação com uma escuta capaz de fornecer continência ao que a família sente necessidade de desabafar e/ou questionar, nem sempre de forma hábil e apropriada. Por isso, é preciso que o pediatra tenha a sensibilidade necessária para assumir essa postura continente, capaz de receber e conter o momento de sofrimento que a família atravessa (Pinto, 1996).

Para permitir que esse encontro, capaz de informar, de fazer aparecer o sofrimento e de amenizá-lo, aconteça, é preciso que, além da sensibilidade do médico, este se preocupe em oferecer um ambiente adequado e privado para ele próprio, para o paciente e seu familiar.

Alguns médicos afirmam que comunicar más notícias não é fácil. Sabe-se que esses profissionais de saúde buscam se proteger de emoções fortes e envolvimento calorosos e humanos para não sofrerem depois com as perdas (Pinto, 1996). Isso geralmente os leva à adoção de atitudes reservadas e defensivas. Pinto (*ibid.*) também considera que a atitude defensiva serve para disfarçar e controlar, sobretudo para si mesmo, a ansiedade e os

sentimentos de desamparo, impotência e/ou revolta, conscientes ou inconscientes.

Dolto (1971) considera que os profissionais que lidam com o sofrimento humano precisam ter coragem e simplicidade para reconhecer suas dificuldades, pois só assim procurariam uma solução para enfrentar as situações que desencadeiam conflitos. Para a autora, a formação desses profissionais deveria passar por esse exercício.

Espera-se que este trabalho possa incentivar e acrescentar às discussões sobre a responsabilidade que o médico tem diante do cuidado ao paciente. Este cuidado ultrapassa o anúncio do diagnóstico e a prescrição dos medicamentos, sendo imprescindível uma postura sensível do médico, sobretudo do oncologista pediatra. Reconhecer e perceber as dificuldades que o exercício da profissão acarreta é um passo importante para o médico buscar soluções que facilitem o enfrentamento destas problemáticas. O diálogo com outras áreas do conhecimento que tenham formação especializada em aspectos emocionais e subjetivos pode favorecer essa percepção.

Referências bibliográficas

- Brun, D. (1996) *A criança dada por morta: riscos psíquicos da cura*. (J. Neto, J. Souza e M. Werneck, trads.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dolto, F. (1971). *Psicanálise e Pediatria: as grandes noções da psicanálise: dezesseis observações de crianças*. (3a ed., A. Cabral, trad.). Rio de Janeiro: Guanabara.
- Freud, S. (1996). Luto e melancolia. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, trad., Vol. 14, pp. 245-263). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915-1917)
- Holland, Jimmie (2002) History of psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosomatic Medicine*, (64), 206-221.
- INCA - Instituto Nacional do Câncer (n.d.). *Particularidades do câncer infantil*. Recuperado em 12 de julho de 2008 de http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=343.
- INCA - Instituto Nacional do Câncer (2008). *Câncer da criança e do adolescente no Brasil: dados dos registros de base populacional e de mortalidade*. Recuperado em 17 de maio de 2010 de http://www1.inca.gov.br/tumores_infantis/pdf/livro_tumores_infantis_0904.pdf.
- INCA - Instituto Nacional do Câncer (2009, novembro). *Oncologia no SUS: os caminhos do financiamento*. *Rede Câncer*, (9). Recuperado em 24 de agosto de 2010 de http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/0a8c5200420c12aa7c8a7ce655ae979/29_politica.pdf?MOD=AJPERES.
- Mannoni, M. (1995). *Amor, ódio, separação: o reencontro com a linguagem esquecida da infância* (V. Ribeiro, trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Ministério da Saúde do Brasil (2009a). *Diagnóstico precoce do câncer na criança e no adolescente*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer & Instituto Ronald McDonald. Recuperado em 29 de outubro, 2009 de http://www.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/livro_ronald_internet.pdf.
- Ministério da Saúde do Brasil (2009b). *Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer. Recuperado em 07 de junho de 2010 de <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2010/estimativa20091201.pdf>.
- Pinto, L. F. (1996). As crianças do vale da morte – reflexões sobre a criança terminal. *Jornal de Pediatria*, 72(5), 287-294. Recuperado em 15 de novembro, 2010 do www.jped.com.br/conteudo/96-72-05-287/port.pdf.
- Rosa, M., Berta, S., Alencar, S. & Carignato, T. (2008) A elaboração coletiva do trauma: a clínica do traumático. *Segundo Colóquio de Escrita e Psicanálise*, Rio de Janeiro.
- Rosa, M., Berta, S., Carignato, T. e Alencar, S. (2009, september). A condição errante do desejo: os imigrantes, migrantes, refugiados e a prática psicanalítica clínico-política. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 12(3). Recuperado em 24 de agosto de 2010, de <http://www.scielo.br/pdf/rpf/v12n3/v12n3a06.pdf>.

Submetido em: 3-6-2013

Aceito em: 2-7-2013