

A hospitalização na oncologia pediátrica representada a partir da voz e do desenho

Paediatric Oncology Hospitalisation Represented Through Voice and Drawing

Tamyres Cristine Mafra Gomes¹, Emilly Vasconcelos Goulart², Daniele Mesquita Batista³, Aline Mendes Cardoso^{4*}, Lidiane Rossato Deckmann Nogueira⁵, Maria Goreth Silva Ferreira⁶.

¹Enfermeira pela Universidade do Estado do Pará – UEPA; ²Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem associado da Universidade do Estado do Pará e da Universidade Federal do Amazonas – UEPA /UFAM; ³Licenciada em Integração em Biologia e Química, Mestre em Enfermagem, Universidade do Estado do Pará – UEPA, Técnica de Laboratório, Universidade do Estado do Pará – UEPA; ⁴Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem associado da Universidade do Estado do Pará e da Universidade Federal do Amazonas – UEPA/UFAM; ⁵Enfermeira, Faculdade Nossa Senhora de Fátima, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem associado da Universidade do Estado do Pará e da Universidade Federal do Amazonas – UEPA/UFAM; ⁶Enfermeira, Escola de Enfermagem Magalhães Barata – EEMB, Mestre, Doutora em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Professora Adjunto IV, Universidade do Estado do Pará – UFPA.

Resumo

Objetivo: Analisar a vivência da criança no processo de hospitalização em uma clínica oncológica e os desafios enfrentados diante de sua enfermidade, por meio da voz e do desenho. **Metodologia:** trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, exploratório, fundamentado no método criativo sensível, conduzido com quatro crianças, com idades entre 7 e 12 anos, que apresentavam o diagnóstico de leucemia linfóide aguda e estavam em tratamento quimioterápico em um hospital referência no tratamento oncológico, localizado no município de Santarém, no Pará. Os dados foram obtidos por meio de uma entrevista semiestruturada, aliada à técnica de coleta Desenho-Estória “Inquerito”. O tratamento dos dados se baseou na análise de discurso, em sua linha francesa. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** identificaram-se três categorias temáticas: sentimentos e emoções mobilizados no processo de hospitalização retratadas pela voz e pelo desenho; as referências infantis sobre o câncer; o impacto da alopecia na autoimagem da criança. As crianças conseguiram expressar seus sentimentos e sensações ocultas desencadeadas pela hospitalização, indicando os impactos do diagnóstico e do tratamento na dinâmica familiar. Além disso, foi possível observar que a autoimagem dos pacientes oncológicos pediátricos é afetada significativamente durante o processo de adoecimento. **Conclusão:** a utilização do desenho como recurso expressivo mostra-se uma estratégia valiosa para acessar sentimentos, promover o cuidado humanizado e minimizar os efeitos traumáticos da internação. O estudo contribui para o âmbito assistencial e acadêmico por evidenciar a importância de práticas humanizadas no cuidado infantil, além de oferecer às próprias crianças um meio de comunicação que valoriza sua subjetividade.

Palavras-chave: Criança hospitalizada; saúde da criança; oncologia.

Abstract

Objective: to analyse children's experiences during hospitalisation in an oncology clinic and the challenges they face due to their illness through voice and drawing. **Methodology:** this is a qualitative, descriptive, exploratory study, based on the sensitive creative method, conducted with four children, aged 7 to 12, diagnosed with acute lymphoblastic leukaemia and undergoing chemotherapy at a referral hospital for oncology treatment in the city of Santarém, Pará. Data were collected through semi-structured interviews combined with the “Drawing-Story” collection technique. Data analysis was based on French Discourse Analysis. The Research Ethics Committee approved the study. **Results:** three thematic categories were identified: feelings and emotions mobilised during the hospitalisation process, portrayed through voice and drawing; children's references to cancer; and the impact of alopecia on children's self-image. The children were able to express their hidden feelings and sensations triggered by hospitalisation, indicating the impact of diagnosis and treatment on family dynamics. Furthermore, it was possible to observe that the self-image of paediatric cancer patients is significantly affected during the illness process. **Conclusion:** the use of drawing as an expressive resource is a valuable strategy for accessing feelings, promoting humanised care, and minimising the traumatic effects of hospitalisation. This study contributes to the healthcare and academic fields by highlighting the importance of humanised practices in child care and by offering children a means of communication that values their subjectivity.

Keywords: Hospitalised child; Child health; Oncology.

Correspondente/Corresponding: *Aline Mendes Cardoso – End: Universidade do Estado do Pará, Campus XII, Avenida Plácido de Castro, 1399, bairro Aparecida, Santarém, Pará. CEP: 68040-090. – E-mail: aline.m.cardoso@aluno.uepa.br

INTRODUÇÃO

A infância é compreendida como um estágio fundamental do desenvolvimento humano, marcado por

transformações físicas, cognitivas, emocionais e sociais intensas. Esse período é profundamente influenciado pelo contexto ambiental, familiar e social no qual a criança está inserida, que molda suas experiências e seu crescimento. As vivências e o desenvolvimento, na infância, exercem impacto significativo na saúde e no bem-estar ao longo da vida adulta, o que ressalta a importância desse ciclo no processo vital. Entretanto, o adoecimento infantil e a hospitalização demandam atenção especializada e cuidados adequados dos profissionais e serviços de saúde, a fim de garantir o suporte necessário para o desenvolvimento integral desse grupo¹.

O processo de hospitalização traz uma série de sentimentos negativos que representam uma barreira no bem-estar e no prognóstico do indivíduo. Angústia, ansiedade, medo, estresse, dentre outros sentimentos, são comuns entre pacientes hospitalizados, pois podem ser provocados pelo diagnóstico, pelos procedimentos, pelo tempo de internação, pelo distanciamento familiar e, em muitos casos, pela perda da independência². Além disso, a ansiedade relacionada à hospitalização, especialmente em crianças, está ligada à incerteza sobre os procedimentos médicos e ao desconhecimento do ambiente hospitalar. Essa ansiedade pode ser exacerbada por fatores como a dor física e o medo da separação dos cuidadores³.

O câncer infantil é considerado um problema de saúde pública que tem atingido índices preocupantes. No Brasil, no ano de 2020, ocorreram 2.289 mortes por câncer infantojuvenil (38,20 por milhão). Para o sexo masculino, foram 1.295 óbitos, com um risco estimado de 42,30 por milhão. No sexo feminino, ocorreram 994 óbitos, um risco de 33,90 por milhão. Especificamente, no estado do Pará, registraram-se 624 casos de câncer em crianças de 0 a 19 anos em 2021 e 315 em 2022⁴.

Na área oncológica, considerando o câncer como uma doença complexa, que pode resultar em hospitalização com tempo de internação prolongado, os efeitos negativos percebidos pelo paciente podem ser agravados. Além disso, no câncer pediátrico, essas experiências desconfortáveis podem ser mais frequentes, visto que o diagnóstico oncológico, muitas vezes, está atrelado à exclusão social dentro da escola ou em outros ambientes frequentados pela criança, ao prognóstico desfavorável e aos impactos significativos na dinâmica familiar⁵.

Partindo dessa perspectiva, a longa permanência no ambiente hospitalar também afeta o desenvolvimento cognitivo e social da criança. A ausência de estímulos educativos e de interação com seus pares pode prejudicar o progresso acadêmico e o desenvolvimento das habilidades sociais, que são cruciais durante a infância⁵.

Nesse contexto, em busca de proporcionar estímulo criativo, interativo e lúdico, o desenho infantil surge como uma linguagem simbólica, tornando-se elemento essencial no acompanhamento de crianças hospitalizadas. É através do desenho que a criança pode expressar o que está vivenciando. A estimulação, a imaginação e a

criação são aspectos que podem ser manifestados por meio do desenho, permitindo acessar elementos como sentimentos, criatividade, memória e outras dimensões do desenvolvimento infantil⁶⁻⁸. Assim, o desenho torna-se uma via de expressão simbólica capaz de atribuir significados às experiências vividas.

Desse modo, este estudo tem por objetivo analisar a vivência da criança no processo de hospitalização em uma clínica oncológica e os desafios enfrentados diante de sua enfermidade, por meio da voz e do desenho.

METODOLOGIA

Desenho e cenário do estudo

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, que utilizou a entrevista semiestruturada e o desenho como forma de impulsionar a entrevista.

O estudo foi realizado em um hospital referência no tratamento oncológico da Região Oeste do Pará, localizado no município de Santarém. Após o aceite institucional, foi realizada a aproximação com as crianças e com seus pais ou responsáveis. Depois desse contato prévio, optou-se por fazer as entrevistas no ambiente domiciliar após a alta hospitalar, com data e horário previamente agendados. Ressalta-se que as entrevistas foram realizadas na presença de um membro de uma organização não governamental (ONG) que oferece apoio às famílias de crianças com câncer, tendo em vista sua maior familiarização com os participantes do estudo.

Participantes do estudo

Participaram do estudo quatro crianças de ambos os sexos, com idade entre 7 e 12 anos, que apresentavam o diagnóstico de câncer e estavam em tratamento na instituição de saúde. Os responsáveis pelas crianças participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e as crianças assinaram o Termo de Assentimento Livre Esclarecido (TALE), como recomenda a Resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)⁹.

Os responsáveis pelas crianças acompanharam o andamento das entrevistas, mas não interferiram nas respostas ou na manifestação dos desenhos. Todas as crianças que se dispuseram a participar da produção de dados responderam às perguntas realizadas pela pesquisadora.

Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de inclusão: pacientes com câncer na faixa etária entre 7 e 12 anos, com diagnóstico de câncer, que estavam hospitalizados no período de coleta de dados, conscientes, orientados e em condições clínicas que permitissem sua participação no estudo. Excluíram-se crianças portadoras de síndromes e com restrição de movimento nos braços e mãos, impedidas de desenhar. Durante o período de coleta de dados, foram identifi-

cados dez possíveis participantes. No entanto, apenas quatro obedeceram aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos.

Procedimento da coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no mês de setembro de 2024, por intermédio de entrevista semiestruturada norteada pela técnica do Desenho-Estória (D-E) “Inquérito”, na qual o desenho é seguido de perguntas abertas sobre o conteúdo representado, favorecendo a livre expressão da criança sobre sua experiência hospitalar, a expressão de sentimentos por meio do desenho e, ao mesmo tempo, dando sentidos e significados ao material produzido⁶. A escolha desse método foi feita a partir do princípio de que a pesquisa com crianças exige métodos sensíveis e adaptados a seu universo lúdico e simbólico.

Entre as técnicas qualitativas para pesquisa com crianças, o Desenho-Estória se destaca como uma ferramenta eficaz para acessar sentimentos, percepções e narrativas infantis de forma não invasiva e criativa. A utilização dessa técnica também apresenta algumas vantagens, como o acesso ao mundo simbólico infantil, considerando que as crianças, muitas vezes, não verbalizam suas experiências diretamente, mas as representam por meio de desenho e narrativas, além de promover um ambiente lúdico e acolhedor durante a coleta de dados, deixando a criança mais à vontade para se expressar, além de possibilitar a produção de dados ricos e multidimensionais⁶.

A coleta de dados foi realizada com auxílio de um gravador de voz presente em um aparelho *smartphone*,

e, em seguida, foi realizada a transcrição na íntegra por meio do Programa *Microsoft Word*[®]. Na última etapa foi analisada cada fala que pudesse responder ao objetivo da pesquisa e feito o recorte delas para as discussões posteriores.

Aspectos éticos e legais

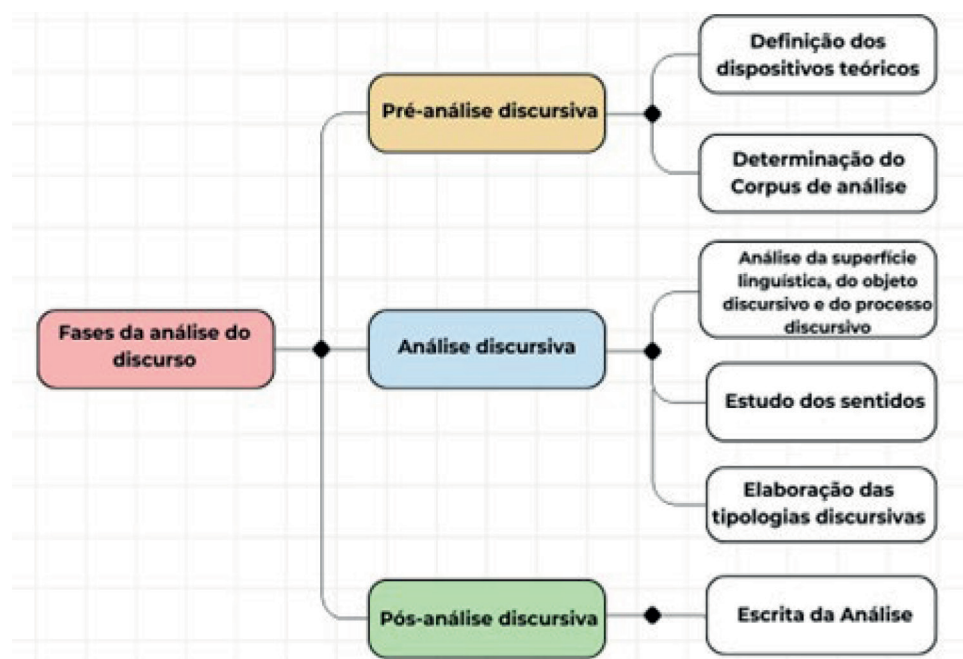
Para o desenvolvimento desta pesquisa, foram seguidas as diretrizes da Resolução 466/2012⁹. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Pará, sob nº do parecer 6.579.798 e CAAE 76406123.9.0000.5168. As crianças e seus responsáveis que aceitaram participar da pesquisa assinaram, respectivamente, o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após explicação e esclarecimento acerca dos objetivos da pesquisa. Para preservar as identidades, utilizou-se uma codificação alfanumérica, identificando os entrevistados pela letra “E” seguida de números.

Análise dos dados

Utilizou-se a análise do discurso de linha francesa (ADLF) para a análise da técnica Desenho-Estória, que se articula como um campo teórico-interpretativo que articula a linguística, o materialismo histórico e a psicanálise, buscando compreender o funcionamento do discurso a partir dessas perspectivas¹⁰.

Para a melhor compreensão, a Figura 1 evidencia as etapas da análise de discurso de linha francesa.

Figura 1 – Organograma das etapas da análise do discurso de linha francesa



Fonte: arquivo dos autores (2025), adaptado de Gomes Júnior ¹¹ (2017).

RESULTADOS

A partir dos desenhos e das narrativas das quatro crianças participantes do estudo, os resultados foram distribuídos em três categorias temáticas, a saber: 1) sentimentos e emoções mobilizados no processo de hospitalização retratados pela voz e pelo desenho; 2) as referências infantis sobre o câncer; 3) o impacto da alopecia na autoimagem da criança.

Sentimentos e emoções mobilizadas no processo de hospitalização retratadas pela voz e pelo desenho

Ao dar voz aos participantes do estudo, foi possível identificar os diferentes sentimentos e sensações experimentados por eles. Assim, com base no *corpus* textual, utilizou-se a ferramenta *Canva* na geração da nuvem de palavras, para que fossem destacadas aquelas que representassem os sentimentos mobilizados nos discursos das crianças, conforme pode ser observado na Figura 2, a seguir.

Figura 2 – Nuvem de palavras que expressam os sentimentos e sensações mobilizadas pelas crianças no processo de hospitalização



Fonte: dados da pesquisa (2025).

A nuvem de palavras destaca as reações mais presentes nas falas das crianças durante sua hospitalização. A partir desses resultados, é possível inferir que as palavras maiores, como dor, medo e tristeza, são as emoções mais frequentes nesse processo. Dessa forma, é notável que a hospitalização oncológica atravessa os discursos das crianças, destacando a experiência corporal intensa e a memória de experiências dolorosas.

O câncer infantil se apresenta como algo assustador, com capacidade de produzir mudanças, desordens e manifestações nunca experimentadas pela criança, podendo despertar uma gama de sentimentos caracterizados por forte comoção emocional, desesperança, incerteza e medo, como pode ser evidenciado nas falas a seguir.

“... eu não gostava quando furavam a minha costa

[...] eu acordava com dor” (E1)

“... eu ia tocar na minha perna e ia sentir muita dor...” (E1)

“... a sala onde vai furar dói” (E2)

A formação discursiva das crianças sobre a hospitalização está imersa em uma ideologia de dor, impotência e vulnerabilidade. Ao relatar experiências de dor física e desconforto emocional, a criança reflete uma subjetividade moldada pela hospitalização, pela violência do tratamento médico e pela impossibilidade de escapar dessa realidade. A criança, nesse contexto, de hospitalização assume a posição de um sujeito passivo, que não tem controle sobre o que acontece com seu corpo e que está sujeito aos procedimentos invasivos, sem poder de ação, o que cria uma imagem de desamparo.

O fragmento discursivo “furavam a minha costa” evoca uma ação invasiva e dolorosa específica do tratamento oncológico, possivelmente relacionada à administração de medicamentos, coleta de amostras para exames ou procedimentos específicos, como a punção lombar. Essa escolha de palavras evidencia a percepção infantil do procedimento não apenas como doloroso e invasivo, mas como um procedimento que se repete.

Ao dizer que “acordava com dor”, a criança está intensificando a ideia de sofrimento contínuo não só físico, mas também emocional. A vivência da hospitalização para tratamento do câncer impõe à criança um cotidiano permeado pelo desconforto da dor, e isso se deve, especialmente, aos procedimentos invasivos aos quais ela é submetida. A expressão “não gostava” é uma forma de negação que enfatiza a aversão da criança aos procedimentos. A dor, aqui, não é algo pontual, mas parte de uma rotina e é registrada como uma experiência negativa e inevitável. O câncer pediátrico requer, na maioria das vezes, um período longo de tratamento, exigindo da família e da equipe de saúde disponibilidade para lidar com o sofrimento da criança.

O fragmento discursivo de E2 – “a sala onde vai furar dói” – traz em si o sentido de espaço de ameaça e sofrimento. O lugar aqui mencionado é imbuído de uma carga negativa, pois não é só um espaço físico, mas um local onde a dor é antecipada. Esse fragmento discursivo parece expressar uma sensação de angústia, ao evocar um lugar associado ao sofrimento. Ao dizer “onde vai furar”, a criança revela o momento anterior ao procedimento. Ela parece se referir ao ato de furar como uma preparação emocional para a dor, como algo inevitável e temido. Esse fragmento discursivo aponta para um sentido de impotência, uma vez que a criança não é capaz de mudar a situação.

Tratando sobre o medo expresso pelas crianças, a agulha foi o instrumento mais mencionado por elas como o motivo desse sentimento, que traz consigo uma angústia e o anseio de evitar os procedimentos quimioterápicos e exames periódicos. Percebe-se isso nas falas e no desenho da Figura 3 como apoio.

- “... eu não gosto da agulha.” (E3)
 “... não é legal tomar vacina.” (E4)
 “... se a gente se mexer a gente toma vacina.” (E2)

Figura 3 – Desenho que representa uma seringa, produzido por E3 (10 anos de idade)



Fonte: dados da pesquisa (2025).

O desenho, na perspectiva da análise do discurso da linha francesa, não é apenas uma representação gráfica, mas um ato discursivo, um texto visual, uma vez que a ADLF não se limita à linguagem verbal e, nesse caso, o discurso está situado dentro de um contexto de hospitalização, pois a seringa é utilizada como símbolo dos sentimentos e dos medos que, por vezes, são difíceis de verbalizar. A escolha da seringa como representação revela como a criança internaliza e ressignifica seu cotidiano.

A simplicidade do traço e a ênfase no objeto (no caso, a seringa) sugerem que essa é uma experiência ou memória marcante para uma criança. A imagem que uma criança desenhou representa uma seringa aqui empregada como uma metáfora, que pode demonstrar não só a dor, o medo ou o desconforto, especialmente em contextos hospitalares, mas também a perda de autonomia, pois a criança é “furada” simbolicamente pelo sistema hospitalar. O desenho é simples, com poucos detalhes, indicando que a criança possui contato com injeções ou vacinas, fato que desencadeia uma determinada impressão emocional e reflete sua associação com a dor, causando medo.

Outro sentimento desencadeado pela hospitalização é a tristeza, que é uma emoção marcante experimentada pelas crianças internadas e tende a se intensificar com o passar do tempo, permeando a rotina de tratamento. Esse sentimento de limitação surge tanto dos procedimentos invasivos quanto das restrições impostas pela enfermidade, impedindo a vivência de atividades e relações típicas da infância, como brincar sem restrições, ir à escola e interagir com colegas.

“... eu vou desenhar eu aqui. Eu dando a mão e a outra mão aqui chorando. Era o negocinho que colocava na mão” (E2)

Figura 4 – Desenho que representa uma criança chorando com o acesso venoso periférico na mão e um suporte de medicamento ao lado, produzido por E2 (7 anos de idade)



Fonte: dados da pesquisa (2025).

O desenho feito por E2, apresenta uma imagem que evoca a dor e o sofrimento: uma criança chorando com um acesso intravenoso na mão e um suporte de medicamento ao lado, simbolizando a subjetividade de uma criança com câncer hospitalizada.

O material do desenho apresenta uma construção discursiva produtora sentidos que demonstram as dificuldades enfrentadas pelas crianças com câncer, numa narrativa que se sustenta em uma ideologia de vulnerabilidade, fragilidade e dependência do tratamento médico. Traz uma representação do “corpo doente”, em uma sociedade onde o hospital se torna o espaço privilegiado de cura e controle da vida e da morte.

A presença do acesso intravenoso e do suporte de medicamentos transmite a ideia de um tratamento médico intensivo na realidade da hospitalização. Ao mesmo tempo, isso também pode ser visto como uma construção simbólica do sofrimento. O uso de dispositivos médicos no desenho (acesso intravenoso) representa a total dependência da criança em relação ao cuidado de adultos. O acesso intravenoso, sendo um símbolo de dependência, pode sugerir um momento em que a criança se sente desamparada e totalmente dependente de cuidadores externos.

O choro da criança, no desenho, é um elemento essencial que reforça a ideia de que ela está fora da normalidade. O choro, no contexto de hospitalização, representa o sofrimento: não só indica a dor física da doença, mas também a desestruturação do que é considerado “normal”. O ato de “chorar” indica não apenas a expressão da dor, mas também o reconhecimento de sua posição de dependência, de ser cuidada.

Em um discurso social, crianças são vistas como símbolos de pureza, alegria e saúde. Quando uma criança aparece doente, com os elementos de hospitalização visíveis (acesso intravenoso, suporte de medicamento), ela se torna um sujeito que rompe com essa expectativa social de normalidade e felicidade.

As formações discursivas e o desenho (Figura 4) revelam um testemunho carregado de sentimentos profundos, que refletem a vivência da criança com o câncer

e com os procedimentos médicos envolvidos. A criança se representa dando as mãos, talvez como um gesto de conforto, apoio ou desejo de conexão.

Durante a entrevista, as crianças mencionaram que sentiam falta do local onde moravam e de que não gostavam do ambiente hospitalar. Isso se deve à quebra de rotina habitual com a qual estão acostumadas e o distanciamento dos familiares. Os trechos abaixo exemplificam esse sentimento.

“... sinto saudade de minha família... Igarapé.” (E1)

“... eu não gosto de ficar muito tempo lá.” (E1)

“... assistir, brincar com a Larinha, com a Manu...” (E2)

A formação discursiva das crianças com câncer, durante sua hospitalização, revela diversas camadas de significados, especialmente quando observamos o modo como expressam seus sentimentos de saudade e desconforto.

No fragmento discursivo de E1 – quando diz “sinto saudade de minha família... Igarapé.” –, a saudade aqui se torna um indício de uma lacuna emocional, de um espaço vazio deixado pela separação, e é significativa, do ponto de vista da subjetividade infantil. Ao se expressar dessa maneira, a criança se coloca como alguém que sente essa distância. Além disso, sinaliza que ela não se sente em casa naquele ambiente.

Mencionar o nome de um lugar específico, “Igarapé”, talvez um local familiar e ligado à sua vida antes da hospitalização, dá um caráter de realidade concreta à sua fala. O lugar é uma referência que ancoraria a criança em sua vida anterior, associada aos momentos de prazer, de liberdade e de proximidade com sua família.

Na enunciação “eu não gosto de ficar muito tempo lá”, E1 desvela o descontentamento com a hospitalização, uma prática discursiva em que hospital adquire o sentido de um espaço estranho, com regras e dinâmicas que não fazem parte da experiência habitual da criança, o que o torna desconfortável e excludente. O “lá” funciona como um marcador de alteridade, um espaço distante, que não se ajusta à experiência da criança, enfatizando a rejeição ao lugar.

O discurso sobre brincar com “Larinha” e “Manu” demonstra um retorno à experiência infantil mais associada à alegria e à liberdade do que ao sofrimento da doença. A palavra “assistir” pode ser entendida no sentido de observação, de querer se manter conectada com as brincadeiras e as relações que aconteciam no mundo externo ao hospital. A criança, ao evocar o ato de brincar, revela uma vontade de romper com a imersão no contexto hospitalar, de se distanciar da objetificação que a doença impõe e de recuperar a subjetividade infantil por meio de suas interações sociais, que se constroem fora do contexto de sua doença.

A recorrente manifestação da sensação de estar sozinha indica a grande solidão que o processo de hospitalização provoca nas crianças. Em outras palavras, esse

sentimento é responsável por causar uma inquietação e certa ansiedade que deixam marcas no pensamento da criança.

“... eu fico esperando lá, até sair. Eu brinco, só eu mesma. Às vezes tem algumas meninas lá que sempre fica sozinha como eu, elas pedem pra ser amiga pra gente brincar” (E2)

A polifonia do discurso de E2 inscreve as crianças num espaço como sujeitos que convivem com câncer em situação de hospitalização. São formações discursivas que sustentam uma formação ideológica de isolamento e solidão, bem como de busca por conexão em um ambiente marcado pelo isolamento que frequentemente acompanha o tratamento de doenças graves como o câncer. O isolamento e a solidão não são apenas físicos, mas emocionais e existenciais. O hospital, por ser um lugar que limita interações e experiências comuns da infância, torna-se o palco de uma solidão intensificada, que a fala da criança articula de maneira simples, mas profunda.

O relato de E2 “Eu fico esperando lá, até sair” sugere uma sensação de passividade, inatividade ou, talvez, uma sensação de estagnação do tempo enquanto está no hospital, trazendo um sentido de espera indefinida, sem especificar o que exatamente esperar. Esse efeito metafórico é aqui utilizado para objetivar a própria experiência da hospitalização, em que o tempo se arrasta enquanto a criança aguarda tratamentos, a visita de familiares ou mesmo a melhoria da saúde. Lá, ela “fica”, sem perspectivas claras sobre o futuro ou mesmo sobre o que fazer nesse tempo de espera.

O segmento “Eu brinco, só eu mesma” situa a criança em tratamento do câncer em um contexto de solidão, destacando a necessidade de brincar sozinha. No universo infantil, brincar é um ato fundamental de socialização, de construção de identidade e de subjetividade. Aqui, a criança se coloca como alguém isolado, sem a companhia de outras crianças. Esse brincar “só eu mesma” aponta para a ausência de pares, o que agrava a sua experiência de solidão.

As referências infantis sobre o câncer

Durante a conversa, um dos participantes respondeu que o câncer tem vários tipos e que se apresenta de diferentes formas: “Câncer na veia, câncer na pele” e que o câncer é chato, segundo ele, “Porque tem que ficar cinco dias no hospital”. Ele é visto como “uma bolinha no corpo”. As percepções do câncer podem ser evidenciadas de maneiras distintas, conforme pode ser observado na fala dos participantes e na representação da Figura 5.

“... acho que é uma bolinha, assim...” (E1)

“... as bolinhas dão dor, tipo as espinhas.” (E1)

“... não gosto dessa bolinha, ela faz todo dia ir pro hospital.” (E4)

“... queria voltar no tempo pra tomar bastante cuidado pra não ter esse câncer.” (E5)

Figura 5 – Desenho que representa o câncer, produzido por E1 (11 anos de idade)



Fonte: dados da pesquisa (2025).

O desenho que define o que é o câncer, para uma criança hospitalizada em tratamento, mostra-se como um objeto dotado de significado, além da simples representação visual. Ele é carregado de ideologia, o que molda a percepção da doença como algo caótico, que representa uma ameaça à vida. O câncer, na perspectiva de um sujeito em formação, pode ser transformado em um “inimigo”, um sinal invisível que causa dor, medo e desconforto.

A representação imagética da criança inscreve o câncer em uma ideologia de controle, de luta, de um inimigo a ser derrotado (a doença é representada como um vírus ou uma bactéria). Essa percepção pode ser internalizada pela criança por meio da mídia, do ambiente familiar ou do hospital, que também reforçam a ideia de que o adoecimento pelo câncer é uma luta feroz, que requer resistência.

A concepção da doença como um “emaranhado de fios” pode ser entendida como uma metáfora que traduz a complexidade e a confusão associada ao câncer. Dessa forma, para a criança, a doença não é clara, nem simples de explicar. Assim, ela a constrói de forma simbólica, como algo sugestivo de uma bactéria ou de um vírus “com bolinhas vermelhas”, evocando uma representação de algo prejudicial, que entra no corpo pelo sangue. O emaranhado de fios e a ideia de um vírus são construções discursivas que representam o câncer como algo externo ao corpo, mas que o invade e o afeta de forma destrutiva.

A imaginação do câncer como um microrganismo, ao ser empregada na fala da criança, carrega um sentido de ameaça e invasão, mas também pode aludir à maneira como a doença é frequentemente descrita nos meios de comunicação, como um “inimigo” que precisa ser combatido. Isso pode não ser apenas uma representação do câncer, mas também uma metáfora do medo social e cultural que cerca as doenças que são vistas como fatais e incontroláveis. O câncer pode se tornar um “fio” complicado de resolver, que toca diferentes áreas da vida, como a saúde, a vida emocional e as relações sociais.

A cor vermelha, comumente associada a sangue, dor e alerta, pode ser vista como um indicativo do perigo e da gravidade da situação. Ela também remete a um estado de urgência, uma presença de algo invasivo e agressivo – como a doença, que pode ser vista como uma presença externa que afeta profundamente o corpo e a vida da criança.

Ressalta-se, ainda, que o formato de “bolinha” e a cor vermelha empregada no desenho podem estar fazendo alusão ao tipo de câncer que a criança apresenta: a leucemia. As falas mencionam “bolinhas” e fazem comparações com “espinhas” e “dor”, o que indica uma tentativa de compreender a doença de forma simples, a partir de uma linguagem adequada a seu estágio de desenvolvimento.

Nesse contexto, nota-se a mesclagem de significados daquilo que se conhece sobre a doença com as fantasias imaginárias, frutos da criatividade. Ou seja, a criança busca trazer a doença para o seu mundo e emite concepções condizentes com sua capacidade de compreensão e com a experiência vivida com a enfermidade.

Além disso, a “bolinha” pode simbolizar um tumor ou uma lesão, mas, para as crianças, parece ser um conceito difuso, difícil de associar diretamente ao câncer. A fala sobre a “bolinha” que “faz todo dia ir pro hospital” destaca o impacto diário da doença na vida da criança, com a repetição da ida ao hospital, tornando-se um símbolo de rotina e sofrimento.

Essa percepção simples, mas transmitida com afeto e angústia, reflete o modo como as crianças interpretam experiências complexas com base em suas vivências cotidianas, mesmo sem um entendimento completo do que o câncer implica.

O impacto da alopecia na autoimagem da criança

Os desenhos e as falas revelaram as mudanças corporais percebidas pela criança após o início do tratamento, sobretudo no cabelo, uma vez que a quimioterapia, comumente, acarreta a queda difusa do cabelo, também denominada de alopecia. Dessa forma, alguns participantes desenharam, com detalhes, seu cabelo antes do diagnóstico, como é indicado nas enunciações e na Figura 6, a seguir.

“... meu cabelo era cacheado, e aqui as pontinhas eram cacheadas. Era o cabelo liso e cacheado preto.” (E2)

“... meu cabelo era marrom, bonitinho. Era cacheado, a Glória que fez pra mim. Aquela mulher cortou meu cabelo porque tava coçando muito.” (E4)

Figura 6 – Desenho que representa o cabelo da criança antes do câncer, produzido por E4 (9 anos de idade)



Fonte: dados da pesquisa (2025).

Na prática discursiva, E2 se coloca como sujeito que considera o cabelo como parte importante de sua identidade, ao fazer uma descrição sobre sua imagem dizendo: “...meu cabelo era cacheado, e aqui as pontinhas eram cacheadas. Era o cabelo liso e cacheado preto”. Percebe-se uma descrição feita com carinho e detalhamento. A referência ao “cabelo cacheado” e a observação das “pontinhas” indicam que ela tinha uma relação positiva com sua aparência antes de tudo mudar. A menção ao cabelo “liso e cacheado preto” revela uma sensação de variedade e singularidade, como se o cabelo fosse uma parte importante da sua individualidade física, misturando diferentes texturas que eram percebidas, por ela, como bonitas.

A divisão entre “cacheado” e “liso” sugere uma valorização da diversidade de texturas e tipos de cabelo, destacando sua identidade física anterior à doença. Ao falar sobre o cabelo “preto”, a criança enfatiza uma característica racial ligada à sua autoimagem.

As falas estão inseridas em um contexto de experiência da doença (câncer), em que o corpo da criança passa a ser visto de forma diferente devido ao tratamento e suas consequências. O cabelo que, para as crianças, era um símbolo de identidade e autoestima, é impactado pela quimioterapia ou outros tratamentos, provocando uma ruptura com a autoimagem anterior.

Esse contexto, portanto, traz um enfrentamento da criança com a perda de elementos que antes constituíam sua identidade. A mudança ou perda do cabelo pode ser associada a uma transformação profunda na percepção de si mesma, e isso é enfatizado na fala, que descreve o cabelo de maneira idealizada (cacheado, bonito) antes da doença.

A ideologia presente nas falas pode ser ligada a uma visão convencional e normativa de beleza e identidade corporal. O cabelo cacheado ou liso é frequentemente visto como um componente importante da autoimagem,

e a perda desse elemento está relacionada a um processo de desvalorização do corpo.

DISCUSSÃO

O uso do Desenho-Estória se mostrou adequado ao objetivo da pesquisa por possibilitar uma escuta sensível, acessando o universo simbólico e afetivo das crianças, especialmente em situações em que a linguagem verbal direta pode ser limitada ou insuficiente para expressar emoções profundas. A escolha da técnica foi embasada em sua ampla aplicabilidade clínica e investigativa, sendo reconhecida como um recurso valioso para a investigação da subjetividade infantil em contextos de sofrimento psíquico e hospitalização^{6,12}.

Na perspectiva da ADLF proposta por Michel Pêcheux, o discurso é entendido como um efeito da relação entre linguagem, ideologia e história, e não como expressão individual ou neutra. Já o sujeito é concebido como um efeito da ideologia, interpelado e posicionado em uma formação discursiva que determina o que pode e como deve ser dito. Nessa abordagem, tanto o discurso quanto o sujeito são marcados pelas condições históricas e sociais de produção, sendo o sentido sempre construído e nunca apresentado de forma evidente¹³.

Logo, a combinação da técnica Desenho-Estória e da ADLF permitiu a articulação dos elementos gráficos (desenhos) e verbais (discursos), em que os desenhos são interpretados como atos discursivos, indo além do conteúdo simbólico manifestado.

Nesse contexto, entende-se que a hospitalização infantil é uma experiência desafiadora não só para a criança, mas também para sua família e para a equipe multiprofissional envolvida. A criança se vê diante de procedimentos invasivos e desconfortáveis que, embora essenciais ao tratamento, acarretam diversos efeitos colaterais^{3,14}.

O brincar diário pode aliviar o desconforto causado por esses sintomas, tornando o ambiente hospitalar menos sofrido e doloroso para a criança^{1,14}. Muitas vezes, ela não consegue verbalizar seus medos e angústias. A voz infantil, então, se expressa por meio do choro, do riso, de perguntas inocentes ou até do silêncio.

É essencial criar alternativas para que a criança expresse suas emoções, transformando o hospital em um espaço de escuta ativa. O desenho é uma das formas mais autênticas de expressão infantil. Ao desenhar sua visão da doença, a criança deixa de ser apenas paciente e se torna protagonista de sua história.

A utilização do desenho durante a hospitalização se caracteriza como um recurso denominado brinquedo terapêutico, que propicia a expressão segura de sentimentos que podem ser transferidos a personagens ou aos profissionais da equipe de saúde, além de auxiliar no manejo de situações que desencadeiam o estresse. O desenho, no âmbito hospitalar, também facilita a expressão infantil em situações de inibição, quando se

solicita à criança, por exemplo, que desenhe o que gosta e o que não gosta no ambiente em que está inserida, a fim de captar possíveis conflitos projetados nos desenhos, o que auxilia no esclarecimento e na elaboração de tais situações^{1,6}.

Desenhar é uma das formas mais autênticas e significativas de expressão infantil, pois, por meio desse ato, é possível criar um canal de comunicação que transcende as limitações da linguagem oral. Desse modo, no presente estudo, as crianças utilizaram os desenhos como uma ferramenta de expressão emocional e comunicaram sentimentos que não conseguiam verbalizar. Assim, permitiram aos pesquisadores vislumbrarem suas vivências e subjetividades.

O desenho é uma maneira de se entrar em contato com a criança e seu mundo, funcionando como mediador das relações que são estabelecidas com ela. Por meio do desenho, a criança pode organizar informações e processar experiências, criando relações e construindo símbolos, desenvolvendo conceitos e representando seu universo de maneira singular, expressando ainda sentimento e autoconhecimento⁶.

Inúmeros sentimentos e emoções vão ganhando forma no desenho e na voz das crianças. O medo e a dor ganham destaque nas enunciações polissêmicas das crianças, ganhando visibilidade no dendrograma nuvem de palavras, e tais sentimentos foram ancorados pelo desenho de uma seringa. Enquanto, para muitos, a seringa é um instrumento de cura, para a criança hospitalizada com câncer, é a materialização da dor e do medo. Considera-se medo quando existe um estímulo desencadeador externo óbvio que provoca comportamento de fuga ou evitação^{3,14}. Esse sentimento surge como uma função adaptativa ao longo do desenvolvimento do indivíduo e pode proteger dos perigos, manifestando-se sob forma de respostas emocionais, fisiológicas e comportamentais.

Nesse viés, a injeção – chamada de “vacina” ou “agulha” pelas crianças – é percebida como um evento ameaçador, por representar uma invasão dolorosa no corpo. Importa criar uma ajuda humanizada na aceitação do procedimento. É essencial orientar a criança e o acompanhante sobre a necessidade, os riscos e os benefícios, explicando que ela poderá expressar seus sentimentos e precisará colaborar, mantendo-se imóvel durante a aplicação.

Além disso, destaca-se que choro e tristeza também fazem parte do diálogo silencioso da criança com câncer, pois a hospitalização, para ela, se assemelha à própria doença. Além dos males físicos, impõe danos emocionais, incluindo retrocessos no desenvolvimento psicossocial e profunda tristeza^{3,14,15}. O brinquedo terapêutico surge como forma de aliviar esse sofrimento, proporcionando acolhimento no ambiente hospitalar. Crianças pequenas, ao segurar um brinquedo, sentem alegria e distração, o que as torna mais confortáveis e menos resistentes aos procedimentos dolorosos¹.

A ausência constante da família, dos amigos e da rotina gera sentimentos de solidão, tristeza e saudade. A saudade é um sentimento difícil de definir, podendo remeter à dor ou à alegria, estando relacionada à ausência de alguém ou algo querido. No hospital, ela é comum e deve ser avaliada quanto a seu impacto no tratamento. Atividades cotidianas restritas afetam o bem-estar da criança, que sente falta de ir à escola, passear, brincar e estar com quem tem vínculo¹⁵.

O ambiente hospitalar, apesar de estar relacionado ao cuidado, pode limitar a convivência social, tendo em vista que retira a criança de sua rotina de socialização e brincadeiras, questões essenciais para o desenvolvimento emocional. Ademais, essas crianças, muitas vezes, precisam ser isoladas por conta de neutropenias severas, tanto nos hospitais quanto em casa, o que provoca sentimentos de solidão e tédio, especialmente por permanecerem longos períodos no leito^{15,16}.

O isolamento, embora necessário para o tratamento, é mais uma ruptura vivenciada pela criança. A separação física dos demais pacientes e a convivência limitada com os profissionais e familiares reduzem as oportunidades de brincar. Isso pode tornar a experiência hospitalar traumática e negativa^{3,14,15}.

Diante disso, surge o desejo de liberdade e o anseio por não se sentir presa. A partir dos sete anos, as crianças entram na fase das operações concretas, desenvolvendo pensamento lógico, levando em consideração múltiplos aspectos de uma situação. O raciocínio torna-se mais eficiente e estável, apoiado por estímulos e sentimentos vivenciados¹⁷.

As crianças são as principais fontes de informação sobre suas experiências e sentimentos, expressando-se de forma verbal ou não verbal⁶. Cabe aos profissionais de saúde adentrarem seu universo e acolher essa expressão. O desenvolvimento infantil é mediado por tudo que a cerca: pessoas, ambientes e os significados construídos nas interações.

Apesar da dificuldade em aceitar o diagnóstico de câncer, os pais precisam explicar a doença à criança. A falta de cura e as incertezas cotidianas exigem reorganização da vida familiar para atender às necessidades de cuidado. A comunicação clara e honesta permite que a criança compreenda contra o que está lutando e os efeitos físicos envolvidos¹⁵.

A mudança na imagem corporal após o tratamento oncológico, sobretudo com os relatos sobre o cabelo, evidencia os impactos do câncer na autoimagem. As crianças descrevem seus cabelos com sentimento de saudade e relatam o uso de gorros ou chapéus como forma de proteção e bem-estar. O cabelo é um dos aspectos mais marcantes da aparência humana, tendo relevância psicossocial. A criança compreende que a perda capilar resulta do tratamento oncológico¹⁵.

Em uma cultura que valoriza a estética, manter um padrão de beleza se torna desafiador. A pressão social afeta especialmente pacientes com câncer, que não se

encaixam nos modelos convencionais¹⁸. Logo, a alteração na aparência física provocada pelos sinais do tratamento ocasiona dificuldades de aceitação social, o que prejudica diversos âmbitos da vida da criança.

Em suma, os desenhos produzidos pelas crianças revelam um conteúdo complexo, expresso de forma lógica, como esperado para o estágio cognitivo em que se encontram⁶. O desenhar e o brincar são ferramentas terapêuticas essenciais durante a hospitalização, pois ajudam a restaurar o equilíbrio emocional em momentos de fragilidade^{1,7}. A abordagem humanizada, que considera corpo e mente, é fundamental para um cuidado integral.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu analisar a vivência da criança no processo de hospitalização oncológica e os desafios enfrentados diante do câncer, utilizando a voz e o desenho como meios de expressão. Evidenciou-se que, durante a permanência no hospital, diversos conflitos emocionais e subjetivos permanecem ocultos aos olhos da equipe de saúde, o que reforça a necessidade de práticas assistenciais que ultrapassem os protocolos biomédicos. Nesse sentido, a utilização de técnicas não convencionais e criativas, como a de Desenho-Estórias, mostrou-se eficaz para acessar sentimentos e emoções internalizados, oferecendo à criança hospitalizada um espaço legítimo de escuta e acolhimento durante um momento de extrema vulnerabilidade física e emocional.

Os dados produzidos pelas crianças, por meio de suas narrativas e representações gráficas, apontaram sentimentos recorrentes como dor, medo, ansiedade, tristeza e solidão, desencadeados, sobretudo, pelas restrições do tratamento, pelo distanciamento dos vínculos afetivos, pelo afastamento da escola e das brincadeiras, além da vivência do corpo em transformação, especialmente em relação à perda dos cabelos, o que afetou, significativamente, sua autoimagem. Tais manifestações revelam que a hospitalização não compromete apenas a saúde física, mas atravessa, de forma contundente, o desenvolvimento emocional e social da criança.

A abordagem metodológica adotada, ancorada na sensibilidade do Desenho-Estórias e na análise de discurso de linha francesa, contribuiu para a compreensão mais profunda das subjetividades infantis e reafirmou a importância de se considerar a criança como sujeito ativo no processo de cuidado. No campo da oncologia pediátrica, os achados ressaltam a importância de integrar estratégias lúdicas e expressivas como ferramentas terapêuticas e comunicacionais, capazes de promover a humanização do cuidado e mitigar os impactos negativos da hospitalização.

Por fim, reconhecem-se os avanços no campo da atenção oncológica infantojuvenil nos últimos anos. No entanto, o tratamento ainda se configura como uma experiência traumática, dolorosa e, muitas vezes, desumanizante. Diante disso, torna-se imprescindível o

desenvolvimento de um olhar individualizado e empático por parte da equipe de saúde, atento às fragilidades emocionais e simbólicas que circundam a vivência da hospitalização, contribuindo, assim, para um cuidado mais integral, ético e afetivo.

REFERÊNCIAS

1. Ibrahim HA, Amal AA. The effectiveness of play therapy in hospitalized children with cancer: Systematic review. *J Nurs Pract.* 2020;3(2):233-43. doi: 10.30994/jnp.v3i2.92
2. Lima GWT, Costa GR, Nascimento LEM. Atuação da psicologia no contexto de hospitalização infantil: uma revisão sistemática da literatura brasileira. *Res Soc Dev.* 2023;12(9):e57312934570. doi:10.33448/rsd-v12i9.43265
3. Fonseca LGA, Pancier SPD, Zihlmann KF. Hospitalização em oncologia pediátrica e desenvolvimento infantil: interfaces entre aspectos cognitivos e afetivos. *Psicol: Ciênc Profissão.* 2021;41(spe3):e189238. doi:https://doi.org/10.1590/1982-3703003189238
4. Instituto Nacional de Câncer (BR). Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA, 2022 [acesso em: 2025 jan 12]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2023.pdf>
5. Ichikawa CRF, Szyllit R, Cunha MLR, Rossato LM, Gesteira ECR. Transition from disease to survival: accounts of adolescents who have experienced cancer. *Rev. Lat-Am. Enferm.* 2022;30(spe):e3846. doi:10.1590/1518-8345.6302.384
6. Vieira CSH, Costa de ACR. O uso do Desenho-Estória na pesquisa com crianças. *Educação (Online).* 2024;47(1):e45689. doi: 10.15448/1981-2582.2024.1.456894
7. Brockington G, Gomes APM, Buso MS, Gomes SS, Altszyler E, Fischer R, et al. Storytelling increases oxytocin and positive emotions and decreases cortisol and pain in hospitalized children. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2021 Jun;118(22):e2018409118. doi: 10.1073/pnas.2018409118
8. Vygotsky LS. A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2009.
9. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde [Internet]. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 [acesso em: 2025 fev 18]. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view>
10. Orlandi EP. Análise de discurso: princípios e procedimentos. 10 ed. São Paulo: Pontes; 2012.
11. Gomes Júnior JS. ONGs transnacionais e os sentidos de sustentabilidade amazônica: imaginário, discurso e poder [tese de doutorado] [Internet]. Manaus: Universidade Federal do Amazonas, Programa de Pós-Graduação em Sociedade e Cultura na Amazônia; 2017 [acesso em: 2025 fev 23]. Disponível em: <https://tede.ufam.edu.br/handle/tede/5689>
12. Trinca W. Procedimento de desenhos-estórias: formas derivadas, desenvolvimentos e expansões. São Paulo: Vetor; 2013.
13. Pêcheux M. Semântica e discurso: uma crítica à afirmação do óbvio. 4 ed. Campinas: Editora da Unicamp; 2009.
14. Budzyn CS, Oliveira VZ. O adoecimento, o tratamento e a relação paciente-médico-cuidador segundo a criança hospitalizada. *Gerais Rev Interinst Psicol.* 2020;13(3):1-18. doi: 10.36298/gerais202013e15166
15. Perosa GB, Padovani FHP, Lopes GC. Compreensão sobre o

adoecimento e o tratamento quimioterápico de crianças com câncer. Interface-Comunic Saúde, Educ. 2023;27: e230028. doi: 10.1590/interface.230028

16. Kuntz SR, Gerhardt LM, Ferreira AM, Santos MT, Ludwig MCF, Wegner W. Primeira transição do cuidado hospitalar para domiciliar da criança com câncer: orientações da equipe multiprofissional. Esc Anna Nery 2021;25(2):e20200239. Doi:10.1590/2177-9465-EAN-2020-0239

17. Santos ER, Ferreira AC. Os períodos do desenvolvimento do indivíduo em Piaget: paralelos entre afetividade e cognição: Paralelos

entre afectividad y cognición. Em Perspect [Internet]. 2023 [acesso em: 2025 jun 01];4:1-20. Disponível em: <https://revistas.uece.br/index.php/ensinoemperspectivas/article/view/12063/10468>

18. Braga TRL, Mattos CX, Cabral IE. Participatory health education on school (re)inclusion of the adolescent cancer survivor. Rev Bras Enferm. 2021;74(1):e20200006. doi: 10.1590/0034-7167-2020-0006

Sub: 13/05/2025

Aceite: 15/10/2025