

## ESTUDO DE CINCO CASOS ONCOPEDIÁTRICOS\*

Carla Gonçalves ROSA

Cássia de Barros LOPES

Higleisse de Lima DANTAS

Juliana Lasmar A. do AMARAL

Viviane Jacob CHAVES\*\*

Supervisora: Dra. Carmen ROTTA\*\*\*

### INTRODUÇÃO

Neste trabalho apresentamos cinco casos de pacientes oncopediátricos, nos quais serão abordados os aspectos psicológicos da relação médico-paciente, assim como o abalo emocional causado pela doença no paciente. Foi realizado através de questionários abertos com equipe médica e pacientes e observações feitas em visitas periódicas, no Hospital Ofir Loyola, no período de março a junho de mil novecentos e noventa e sete.

Cada paciente foi acompanhado por um integrante desta equipe de trabalho e os quadros patológicos encontrados foram os seguintes: um caso de astrocitoma, dois casos de leucemia linfoblástica aguda, um caso de linfoma e um caso de hepatoblastoma.

### CÂNCER:

Neoplasia compreendendo o crescimento descoordenado de uma massa anormal de tecido, que continua crescendo mesmo após ter cessado o estímulo que desencadeou a alteração. Câncer é usado para todas as neoplasias malignas, que consomem o hospedeiro e têm a capacidade de disseminar por todo o organismo.

O conhecimento geral sobre os sintomas de alarme do câncer é "pobre", mas sabe-se que ele pode desencadear reações psicológicas nos indivíduos que se julgam portadores da doença

doença. O medo, faz com que muitos neguem ou ocultem qualquer sintoma que possa levar o médico ao diagnóstico, retardando o estadiamento e agravando o prognóstico.

Na criança o câncer é menos freqüente do que no adulto, porém, em termos de mortalidade o problema é mais grave.

### CASO 1

#### Dados relacionados ao paciente:

O primeiro caso corresponde ao paciente J. E. S. B, nascido em vinte e quatro de abril de mil novecentos e oitenta e nove, procedente de Colares-PA, cujo diagnóstico final foi de astrocitoma, que é um tumor de origem nervosa, encontrado nos hemisférios cerebrais, tronco cerebral ou medula espinal. O tratamento de escolha é a cirurgia e a radioterapia.

Seu quadro clínico era de cefaléia, vômito fraqueza nas pernas, com o afastamento das mesmas, pequeno grau de hidrocefalia e algumas crises convulsivas. Foi encaminhado ao Hospital

\* Trabalho de conclusão da disciplina Psicologia Médica.

\*\* Discente do 3º ano A de 1997, do curso de medicina, da Universidade do Estado do Pará.

\*\*\*Professora adjunta IV das disciplinas Psiquiatria e Psicologia Médica da Universidade Estadual do Pará; Membro do Núcleo de Pesquisa e Extensão em Medicina (NUPEM); Especialista em Psiquiatria pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRS); Psicoterapeuta; Interconsultora médico-psicológica; Ex-diretora de Ensino e Pesquisa do Hospital Ofir Loyola.

Ofir Loyola, em Belém, onde permaneceu internado por dezoito dias, sendo diagnosticado tumor de fossa posterior provavelmente um astrocitoma, para o qual foi indicado imediato tratamento cirúrgico.

Nas primeiras visitas J. se apresentava apático e manifestava indisposição ao diálogo, pois devido à cirurgia, tinha dificuldade de falar e não tinha muito controle nas mãos, impossibilitando-o de fazer gestos.

A mãe de J. relatou que em casa ele sempre foi uma criança muito ativa, travessa brigava muito com irmãos e que suas vontades tinham que ser sempre satisfeitas.

No hospital J. manteve um comportamento tranqüilo, sem grandes apreensões ou surpresas, devido estar habituado à rotina hospitalar que mantém há mais ou menos seis meses, em virtude de uma cirurgia de litíase biliar. Tem ciência de todo o seu quadro, dentro dos limites de sua compreensão. No tempo em que ficou internado antes da cirurgia, fez amizades com as outras crianças e brincava bastante, porém, após a cirurgia seu comportamento modificou-se, permanecendo a parte do tempo na cama. Enquanto internada a criança pouco perguntava pelos seus três irmãos, pela escola e pelos amigos, no entanto, a presença do pai era muito cobrada.

Em relação ao médico, J. não demonstrava grande afinidade e segundo sua mãe, apenas algumas vezes perguntava pelo mesmo. Diante de algum tempo, ele foi mostrando-se mais aberto e mais a vontade diante da presença do médico.

Em outras visitas, mostrou-se mais solícito, porém não gostava de falar, pois ficou com problema dicção e por esse motivo usava o cansaço para expressar sua insatisfação em não poder falar de maneira correta.

Segundo a mãe, ao saber que ia receber alta, J. não gostou, ficou triste e até chorou. Nesse mesmo dia recebeu uma revista em quadrinhos e ao tentar falar o nome de um personagem, J. ficou irritado, por não conseguir.

Uma semana após, já em casa mostrou grande evolução; parecia mais contente, conseguia expressar-se melhor, estava mais disposto ao diálogo e não se portava mais de maneira apática.

Recebeu uma outra revista em quadrinhos e mostrou grande interesse.

J. não pôde voltar para sua cidade por seu tratamento consistir de sessões de fisioterapia, que ajudarão a recuperar os movimentos de coordenação dos membros superiores e inferiores, seqüelas deixadas pela doença. Logo após iniciar o tratamento fisioterápico, já pronunciava algumas palavras e havia conquistado todos os funcionários envolvidos no seu tratamento.

### **Entrevista com a equipe médica:**

O médico que realizou a cirurgia, Dr. M.H., neurocirurgião, esclareceu que o tumor foi completamente retirado, com isso restaurando a drenagem do líquor diminuindo a hidrocefalia.

Sua relação com o paciente era boa, conseguiu um bom entozamento, apesar de relatar que suas visitas eram rápidas.

Em sua visão, é importante esclarecer sobre a doença para os familiares, fazendo com que tanto os familiares quanto o próprio paciente, entendam que a força de vontade do paciente, entendam que a força de vontade do paciente, ajuda muito na sua recuperação.

### **Compreensão do caso:**

Logo após a cirurgia, J. ficou muito abatido, usava o sono e o cansaço para evitar a aproximação das pessoas. Na verdade o diálogo o angustiava, pois não conseguia responder nada e ficava irritado. J. tinha consciência do seu caso, de sua regressão a uma infância menor, onde teria que aprender a falar e andar novamente.

Felizmente, teve uma evolução rápida e a medida que a dicção melhorou, a angústia e a apatia foram dando lugar a uma criança mais alegre e ativa.

## **CASO 2**

### **Dados relacionados ao paciente:**

O segundo caso corresponde à paciente V.S.F., em três de maio de mil novecentos e noventa

e três, procedente de Inhangapi-PA, que começou, há aproximadamente um ano, com o quadro clínico de febre, hematêmese e sangramento anal, sendo diagnosticada, no Hospital Ofir Loyola, em Belém, leucemia linfoblástica aguda, que é o tipo muito comum em criança, tem origem nas células do sangue que, permanecem de forma imatura, gerando a doença. O tratamento de escolha é a quimioterapia e a hemoterapia.

Em todas as visitas, mostrou-se uma criança muito ativa, demonstrando confiança e amizade. Porém, mostrou-se pouco tolerante ao diálogo, pois não queria desperdiçar um minuto de suas brincadeiras. Segundo a mãe V., sempre apresentou esse tipo de comportamento, em sua casa, e se relaciona bem com seus irmãos. No hospital, também se relacionou muito bem com todas as pessoas, principalmente com a médica, a que foi comprovado quando a menina disse: "Ela é legal".

Na última visita, V. manifestava um desejo imenso de alta, perguntando o tempo todo se já ia embora. Dessa vez, ela iniciou um diálogo perguntando se um integrante de nossa equipe não estava esperando um neném, pois ela achava que sim. Na verdade era sua mãe é quem estava grávida.

#### **Entrevista com a equipe médica:**

Segundo a médica, A. V., hematologista, foi sua a escolha de aprofundar-se em pediatria oncológica, por identificar muito com as crianças. Disse que não é uma profissão fácil, pois é doloroso quando não se tem sucesso em um determinado caso, mas as vitórias são motivo de muita alegria e satisfação.

Dra. A. é taxativa no que diz respeito a não contar a paciente que ela tem leucemia, pois acha que para a criança, simplesmente fica-se doente, seja de uma gripe ou de um câncer, não importa. Seu papel no caso é minimizar as cicatrizes orgânicas e psicológicas, mostrando ao paciente tudo aquilo que ele ainda pode realizar de produtivo e prazeroso.

Quanto à paciente, a médica admite ter um carinho especial, devido a mesma ser uma menina cativante e sua relação era a melhor possível.

#### **Compreensão do caso:**

Apesar de uma condição social humilde, com inúmeras dificuldades de ordem financeira e da doença grave, o comportamento habitual (hiperativo) da paciente pareceu inalterado. É provável que essa conduta seja, na verdade, um meio da mesma fortalecer-se, não admitindo a doença, caracterizando um mecanismo de negação. A gestação da mãe causa efeitos sobre a paciente, que perderá sua condição de "caçula" e reforçam a idéia de que sua forma de reagir mais utilizada é a negação.

O meio familiar, o envolvimento positivo dos pais, certamente é um fator colaborador para o bom andamento do caso.

#### **CASO 3**

##### **Dados relacionados ao paciente:**

O terceiro caso corresponde à paciente R. C. S., nascida em vinte e oito de maio de mil novecentos e noventa e três, procedente de Colares-Pa, que iniciou quadro clínico com palidez intensa, linfonodos enfiados generalizados e hepatoesplenomegalia, sendo diagnosticado leucemia linfoblástica aguda, após uma série de exames no hospital Ofir Loyola. O tratamento consistiu em quimioterapia e hemoterapia, recebendo alta no dia vinte um de abril.

Em todas as visitas, a paciente mostrou-se muito apática e recusava qualquer tentativa de diálogo, mostrando-se sonolenta. Segundo a mãe, todo o período que R. ficou no hospital apresentou esse tipo de comportamento e recusou-se a conversar com as pessoas, falava apenas com a mãe e seus parentes. Porém, na sua casa, sempre teve um bom relacionamento com seus familiares, mas sempre foi uma menina calma. Com as crianças do hospital, R. participava das brincadeiras, mas permanecia sempre calada. Falava apenas com a mãe lhe contando o que achava sobre tudo o que acontecia; segundo a mãe a paciente "tem alguma consciência de sua doença", pois certa vez lhe disse que agora não poderia mais andar de barco com seu avô.

Sua relação com a médica não era muito boa, pois demonstrava muito medo da mesma e cobrava

bastante quando esta ia lhe visitar. Não tinha medo das enfermeiras, apesar de serem elas que lhe aplicavam as injeções (provável causa do medo), pois, segundo a mãe, ela sabia que a ordem provinha da médica.

R. teve atendimento terapêutico ocupacional, no qual constatou-se que a paciente, durante as atividades (jogos), não interagiu bem com o grupo, porém, quando a atividade foi dual, conseguiu participar e mostrou-se tolerante.

No dia nove de maio, R. foi internada novamente apresentando palidez, porém ausência de visceromegalia. Fez tratamento quimioterápico e hemoterápico. Apresentou vômito em quase todos os dias. Quanto ao seu comportamento, continuou hipoativa. Recebeu alta no dia quatorze de maio, após melhora do quadro.

#### **Entrevista com a equipe médica:**

A médica, Dra. A., hematologista, disse que a quimioterapia, nos casos de LLA, ajuda muito e pode algumas vezes levar à cura, porém o fator genético e ambiental influenciam bastante. Disse também que a paciente terá que voltar várias vezes para continuar o tratamento.

Sob seu ponto de vista, não se deve falar a uma criança que ela tem leucemia, pois é difícil até para a mãe entender, quanto mais para a criança e que criança geralmente esquece tudo quando cresce, sendo crueldade fazer a criança entender que tem uma doença grave ao ponto de levar à morte. Não conseguiu ter um bom relacionamento com a paciente, haja vista que nunca conseguiu manter um diálogo com R, e na maioria das vezes tinha que esperar a mesma dormir para poder fazer o exame físico. Apenas conseguia saber, o que se passava com a menina, através da mãe. Relatou que preferia demonstrar do que falar, ou seja, fazia com que R. observasse seu modo de tratar outras crianças para que tivesse mais confiança. Com isso, antes de receber alta, a menina já se mostrava mais acessível.

Seu sentimento pessoal em relação à paciente foi de frustração por não ter conseguido ter um bom relacionamento, mas que ainda não tinha perdido as esperanças, e iria continuar tentando.

#### **Compreensão do caso:**

Foi observado que o fato de a paciente em sua casa relacionar-se bem com as pessoas, dialogando normalmente e no hospital permanecer apática e recusar-se a conversar, pode ser uma forma de negar que está doente, recusando todo aquele ambiente que para ela poderia estar diretamente ligado à sua doença. Por outro lado, com a mãe fez comentários do tipo “agora não vou mais poder andar de barco com o vovô, né?”, que levaria a crer que em determinados aspectos lida com o fato de estar doente. Sua negação também incluía a médica, prova concreta de sua doença.

Quanto à médica, a falta ou o não uso da psicologia dificultou seu relacionamento com a paciente e esse falta de entrosamento das duas, talvez tenha contribuído para o comportamento que R. apresentou, pois não confiando na médica, ela estaria então entregue à doença, o que a assustou mais ainda e a solução que encontrou foi a negação.

#### **CASO 4**

##### **Dados relacionados ao paciente:**

O quarto caso corresponde ao paciente M.A.N.M., nascido em vinte e cinco de fevereiro de mil novecentos e oitenta e oito, procedente de Mãe do Rio-Pa, que iniciou quadro clínico, em novembro de mil novecentos e noventa e seis, apresentando pneumonia. Em seguida, foi encaminhado para Belém, onde, no Hospital Ofir Loyola, foi descoberto um tumor no mediastino médio, diagnosticado como Linfoma não Hodgkin, que é um tumor de origem imunológica, podendo apresentar-se como agregados nodulares de células linfomatosas ou difusamente por todo o linfonodo. Pode invadir qualquer órgão, ocorrendo crescimento indolor de linfonodos, com ou sem febre, perda de peso e mal estar geral.

O paciente foi internado e realizava sessões periódicas de quimioterapia e radioterapia. No início, manteve quadro estável, entretanto, com a piora do seu quadro clínico apresentou depressão e foi encaminhado ao serviço de psicologia do hospital. Mostrava-se ativo e reativo, após as sessões do tratamento, contudo, apresentava

oscilações, mostrando-se, às vezes, abatido e hipoativo, quando queixava-se de dor abdominal.

Exceto quando sentia-se "cansado", M. A. era um menino muito comunicativo e mantinha um ótimo relacionamento com toda a equipe médica e com as outras crianças internadas. Esteve ciente do seu quadro clínico; mesmo com a tentativa de sua mãe de esconder o motivo de sua internação, ele soube, ao ler no quadro na enfermaria em que estava internado, que tinha um tumor.

Desde o início do tratamento, houve o desejo das médicas de se fazer um trabalho psicológico preventivo. Partindo-se deste princípio, foram consultados mãe e paciente e a partir de então realizadas entrevistas periódicas com ambos, que sempre colaboraram plenamente.

M. A. cursava a segunda série do primário e na escola era briguento com os colegas, apesar de na sala de aula comportar-se bem e ser muito estudioso. No início do ano, iria voltar a estudar, mas foi impossibilitado devido à sua internação. Ao perceber que não teria mais os mesmos coleguinhas de turma, mostrou-se contrário à idéia de voltar a estudar, mas sua mãe o convenceu de que faria novas amizades.

Referia sempre muita saudade do pai e dos irmãos, os quais só podiam visitá-lo nos finais de semana, e da sua casa. Certa vez, ao retornar ao hospital após um feriado, disse à mãe que estava voltando para a "prisão". Mesmo assim, em visitas subseqüentes, mostrou-se carinhoso, fez desenhos sobre o seu feriado, que revelavam a saudade que sentia de casa. Nas despedidas de um modo geral, manifestava sua carência expresando o desejo de que a equipe permanecesse mais um pouco.

Recebeu alta no dia vinte e sete de maio, em condições terminais. A volta para casa, seu último desejo, necessitou de cuidados especiais (ambulância) para que pudesse suportá-la.

### **Entrevista com a equipe médica:**

De acordo com a Dra. E., pediatra, M. A. expressa bem os seus sentimentos, sendo fácil perceber o estado emocional e físico em que se encontra. Disse que é imprescindível dar atenção

especial à criança de acordo com sua idade, a gravidade da doença, sua baixa expectativa de vida e estado de carência em que se encontra. A ele foi explicado francamente o porquê de todas as suas impossibilidades sociais e a necessidade de um tratamento delicado e demorado. Contudo, nada foi dito claramente sobre a gravidade da doença por achar que seria crueldade torná-lo conhecedor do seu pouco tempo de vida. Aos pais, tudo foi esclarecido francamente e todos os procedimentos eram explicados, a fim de que houvesse uma convivência harmoniosa e uma boa observância do tratamento.

Para a médica, um dos sentimentos mais difíceis, senão o mais difícil, é encarar a doença e a impossibilidade terapêutica, pois sabe-se que nem mesmo com toda a dedicação obter-se-ão resultados muito satisfatórios. Tudo isso se agrava e gera enorme angústia devido à precariedade do hospital.

Segundo a visão da psicóloga, ele sentia a gravidade de seu estado e mostrou o momento em que estava preparado para escutar as coisas de modo mais claro. Cientes de que todos os recursos da medicina haviam se esgotado, família e equipe médica respeitaram o desejo final de N.A. de ir para casa.

### **Compreensão do caso:**

Pode-se compreender que a convivência equilibrada de sua família colaborou para um bom desenvolvimento do tratamento e para a aceitação da doença pelo paciente. Em alguns momentos, houve cobrança por parte dos pais de diagnóstico e resultados precisos, o que gerava certa agressão aos médicos. Apesar de ciente de tudo, a mãe de M. A. apresentou em alguns instantes o mecanismo de negação.

A união desta família e o amor dedicado ao filho fizeram com que ele próprio fosse capaz de suportar seu sofrimento, sem se revoltar ou culpar alguém. Portanto, os mecanismos de defesa utilizados não o impediam de reconhecer seu estado grave e ajudar na luta contra a doença, apenas isolava-se um pouco das pessoas quando não estava sentindo-se bem.

Ficou provado, mais uma vez, que tão importante e eficaz quanto todos os recursos científicos e tecnológicos, dos quais dispomos, são a presença, o apoio e a compreensão ao paciente.

## CASO 5

### Dados relacionados ao paciente:

O quinto caso corresponde ao paciente M. S. B. nascido em vinte e quatro de abril de mil novecentos e oitenta e nove, procedente de Icoaraci-Pa., que apresentou quadro clínico inicial com intensa perda de peso, febre, cefaléia, diarreia e falta de apetite. Foram realizados vários exames que não obtiveram diagnóstico preciso. Logo apareceu hepatoesplenomegalia e linfadenopatia retroperitoneal e em seguida uma massa abdominal. Em março, foram realizados exames, nos quais diagnosticou-se imagens compatíveis com lesões metastáticas. Em posterior exame histopatológico, não foi possível chegar a uma conclusão, permanecendo a torturante dúvida entre linfoma e neuroblastoma. Essa imprecisão causou indignação por parte da mãe perante a equipe médica. A equipe de psicologia foi chamada e foi feito o acompanhamento da mãe e do paciente para evitar a piora do quadro. No início de maio, o paciente apresentou piora do quadro clínico e nas visitas comportava-se de modo choroso, cansado e indisposto para o diálogo.

Mais duas biópsias foram feitas, até que se chegasse ao diagnóstico final de hepatoblastoma, que é um tumor maligno de fígado, em geral, da segunda infância, que, quando não ressecado com sucesso, são fatais dentro de poucos anos, metastatizam amplamente e são altamente agressivos.

M. é uma criança travessa, muito briguenta. Segundo sua mãe, o paciente sabe que está doente, mas mesmo assim não reage muito bem ao fato de estar internado e não gosta de receber medicamentos. Algumas vezes chegou a exigir que sua mãe e outras mães da mesma enfermaria lhe dessem dinheiro para que pudesse aceitar os remédios e as injeções. Anseia voltar para casa e rever sua família, onde é o caçula de cinco irmãos, todos criados pela avó materna.

Seu relacionamento com as crianças do

hospital não foi muito bom, pois alega que os outros implicam com ele e por isso reage de forma agressiva. Certa vez, mostrou-se triste ao falar de um coleguinha de quarto que havia morrido no dia anterior, vítima de um tumor. Expressou a vontade de sair do hospital, admitindo o medo de ter a mesma doença que seu coleguinha tinha. Também não possuía um bom relacionamento com a equipe médica, apesar de todo o esforço da mesma em conquistá-lo.

Com o diagnóstico correto em mãos, a equipe mobilizou-se, a fim de obter avanços no tratamento.

### Entrevista com a equipe médica:

A pediatra, Dra. R, sentiu-se incapacitada por não poder dar o diagnóstico em tempo hábil, o que impediu o avanço terapêutico e gerou constante cobrança da família, tornando a situação estressante para ambos os lados.

Sua conversa com a mãe de M. sempre foi aberta e esclarecedora. Sua opinião é de que se deve conversar e esclarecer a doença ao paciente, sendo a mais sincera possível. Sendo o paciente uma criança, e portador de uma doença incurável, recebia atenção especial, muito carinho e compreensão, porém, com certos limites.

Sobre as impossibilidades sociais, a médica relatou que o fato de M. estar internado e não ter prazo para receber alta, podendo até mesmo vir a falecer no próprio hospital, sem poder ter contato com seus amigos e sem poder estudar, já significa uma barreira que o separa da sociedade.

A médica revelou que nesse caso em particular, sentiu vontade de desistir da profissão devido ao sentimento de frustração perante o diagnóstico tardio.

Segundo a psicóloga, a falta de estrutura familiar colaborou para a não aceitação da doença pelo paciente. Na sua opinião, sua doença teve a ver com o lado emocional, pois o fato de ter acompanhado seu tio, com câncer gástrico, desde o início da doença até a sua morte, pode ter tido certa influência no desencadear da doença.

### Compreensão do caso:

Foi observado que em M. a alegria de viver foi dando lugar a uma apatia profunda, exibindo humor indiferente e estado depressivo. M. perdeu

a vontade de brincar, mostrou falta de interesse geral, aborrecia-se com facilidade, chorava o tempo todo e deixava escapar uma atitude negativa em relação às solicitações de exames médicos, de alimentação e de outros cuidados.

O desespero frente às deformidades anatômicas e funcionais, bem como a imprecisão diagnóstica, fez surgir sentimentos de descrença quanto à cura, impaciência, depressão e recusa de aproximação de outras pessoas, exceto sua mãe, pois, para ele, ela pode significar um vínculo com o M. sadio. Tudo isso dificultou a observância do tratamento.

Desde o início do tratamento, foi observada a presença constante do medo relacionado à doença e a não adaptação a ela, manifestados fortemente através dos mecanismos de regressão e negação. Outro fato observado, foi a tentativa de obter benefícios secundários em relação à doença, quando exigia pagamento para que tomasse os medicamentos.

### CONCLUSÃO

O trabalho realizado permitiu importante aprendizado no que diz respeito à formação da conduta médica e à reflexão de que não se trata

somente de casos” de que se trata não somente de “casos” e sim de seres humanos, pessoas que não podem ser reduzidas a uma patologia tão somente. O conhecimento médico inclui também a visão do indivíduo com o seu todo: “eu”, meio social e orgânico.

Numa visão geral do referido trabalho, é interessante notar a interação de aspectos sociais, psicológicos e patológicos; a aplicação dos mesmos na particular conduta infantil e familiar; e ainda o envolvimento da equipe médica no caso.

Foram observadas algumas divergências, entre as equipes médicas, no que diz respeito à conduta com os pacientes, que merecem especial reflexão: contar ou não ao paciente sobre sua doença, não mereceria um estudo mais aprofundado sobre o mesmo? Não haveria de se dar mais valor aos aspectos biopsicossociais do paciente? A formação médico-acadêmica fornece subsídios para que se invista na relação médico-paciente, haja vista que essa relação é importante para o tratamento da doença como um todo?

Talvez, ao obter-se respostas para essas indagações, consiga-se muito mais êxito nos tratamentos executados, realização pessoal e profissional.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

**RUBIN**, Philip M. D. *Manual de clínica Oncológica – Aspectos Multidisciplinares*. 4 ed. São Paulo: Sarvier – Editora de Livros Médicos, 1977.

**HERTL**, Michael. *Pediatria – Diagnóstico Diferencial*. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1980.

**LAMARE**, Rinaldo de. *A Vida de Nossos Filhos – de 2 a 16 anos*. 5. ed. Rio de Janeiro: Edições O Cruzeiro.

**ROBBIN**, et. al. *Patologia Estrutural e funcional*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.