

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MATERNO-INFANTIL
MESTRADO ACADÊMICO

FLOR DE MARIA ARAUJO MENDONÇA SILVA

Benefícios da ludoterapia como cuidado paliativo em crianças hospitalizadas com câncer

São Luís
2009

FLOR DE MARIA ARAUJO MENDONÇA SILVA

Benefícios da ludoterapia como cuidado paliativo em crianças hospitalizadas com câncer

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do Título de Mestre em Saúde Materno-Infantil.

Orientadora: Profa. Dra. Silvana Maria Moura da Silva

São Luís
2009

FLOR DE MARIA ARAUJO MENDONÇA SILVA

Benefícios da ludoterapia como cuidado paliativo em crianças hospitalizadas com câncer

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno Infantil da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do Título de Mestre em Saúde Materno-Infantil.

A Banca Examinadora da Dissertação de Mestrado apresentada em sessão pública considerou o candidato aprovado em / / /

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Silvana Maria Moura da Silva
(Orientadora)
(Universidade Federal do Maranhão - UFMA)

Profa. Dra Nely Aparecida Guernelli Nucci
(Pontifícia Universidade Católica de Campinas - IP/PUCC)

Profa. Dra. Francisca Moraes Silveira
(Universidade Federal do Maranhão - UFMA)

Prof. Dr. Silvio Gomes Monteiro
(Universidade Federal do Maranhão - UFMA)

Mendonça, Flor de Maria Araujo.
Benefícios da ludoterapia como cuidado paliativo em crianças
hospitalizadas com câncer / Flor de Maria Araujo Mendonca. São Luís.

DEDICATÓRIA

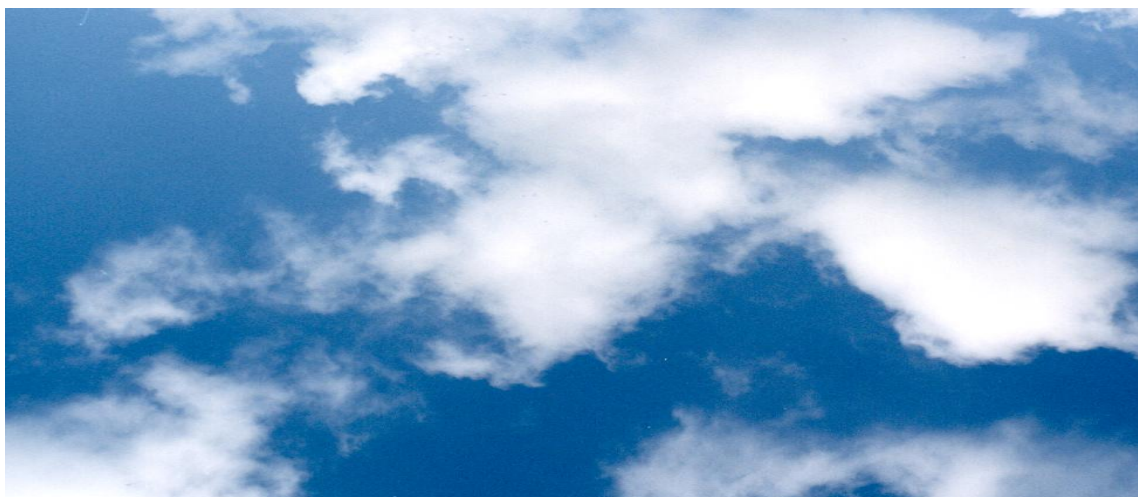
A Deus, por tudo o que sou.

Aos meus pais, **Lourival** e **Araídes** (*in memoriam*), por sua fé em Deus e em seu filho Jesus Cristo, pela perseverança e incansável luta para educar e proporcionar o saber sistematizado aos filhos não medindo esforços para que eu, dele me apropriasse.

Aos meus filhos Guilherme, Yuri e Hyan, ao meu esposo Alfredo e minha linda neta Nicole que acaba de chegar ao mundo.

Aos meus irmãos e irmãs, Marluce, Fernando, Rosário e Lourival pela união nos dada por Deus através de nossos pais.

Aos meus sobrinhos e sobrinhas que suas juventudes sejam profícuas na busca do saber.



AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Profa. Dra. Silvana Moura da Silva por seus conhecimentos e dedicação à ciência e por sua habilidade para orientar, sem ela, nada de dissertação.

Aos pais das crianças que participaram da pesquisa, e em especial às próprias crianças pela disponibilidade, convivência e aprendizagem.

À diretora da Fundação Antonio Jorge Dino, senhora Enide Jorge Dino pelo apoio ao permitir que a pesquisa fosse realizada no IMOAB.

À Helena incansável e diplomata funcionária do Mestrado pela paciência.

Às Profas. Luciane Maria Oliveira Brito e Betânia Maria da Costa Chein pela batalha árdua na manutenção da qualidade desse Mestrado.

Ao Prof. Dr. Silvio Gomes Monteiro pela valiosíssima colaboração na estatística desta pesquisa.

Ao Prof. Dr. Marcos Antonio Barbosa Pacheco que gentilmente aceitou nosso convite para participar da banca.

À minha amiga Profa. Eleusina Rego Oliveira por sua incansável luta por uma educação de qualidade.

Ao corpo docente do Mestrado pelos ensinamentos.

Ao Guido, querido ex-aluno do curso de Psicologia, agora colega, pela colaboração na hora mais difícil.

À psicóloga Alissandra Grego D'Andréa, pela contribuição no levantamento dos conteúdos dos protocolos do teste utilizado na pesquisa.

Às (os) alunas e alunos, Anderson da Silva Lima, Adriane, Ana Jakeline, Christine de Carvalho Souza, Daiane Rose Cunha Bentivi, Daniella da Mota Rabêlo, Dulce Reolon, Patrícia Danielly de Aguiar Brandão, Gilcineusa, Luciana, Maria Raimunda, Mariana Rodrigues Anconi, Mona, Suellen, Valéria Silva Vieira do 7º/2009 período de Psicologia do UniCEUMA pela contribuição no levantamento dos conteúdos dos protocolos do teste utilizado na pesquisa.

"Os sonhos são uma pintura muda, em que a imaginação a portas fechadas e às escuras, retrata a vida e a alma de cada um, com as cores das suas ações, dos seus propósitos e dos seus desejos."

Padre Antonio Vieira

RESUMO

Introdução: O significado simbólico dos aspectos negativos contidos na hospitalização, e como a ludoterapia poderá ser uma alternativa de expressão para a criança elaborar seus conteúdos emocionais traumáticos decorrentes da doença e da hospitalização. **Objetivos:** A pesquisa teve como objetivo geral analisar os benefícios psicológicos produzidos pela ludoterapia como cuidado paliativo em crianças hospitalizadas com câncer e como objetivos específicos avaliar através do teste projetivo House Tree Person na forma cromática a importância da ludoterapia como cuidado paliativo para as crianças hospitalizadas com câncer; identificar os estados emocionais vivenciados pela criança com câncer em relação à sua doença; avaliar os benefícios que as representações simbólicas construídas durante a vivência de uma doença crônica grave e/ou terminal produzem na criança. **Metodologia:** Nesta pesquisa foram trabalhados aspectos ligados às condições comportamentais, sociais, defesas psíquicas e aos distúrbios somáticos através da ludoterapia com as crianças hospitalizadas, bem como aspectos psicoafetivos e emocionais envolvidos no adoecimento. Os sujeitos estudados na pesquisa foram 10 crianças de ambos os sexos, na faixa etária de 5 a 12 anos, hospitalizadas por câncer. Trata-se de uma pesquisa quantitativa com o desenho analítico experimental (pareado), delineamento de ensaio clínico não randomizado, bem como pesquisa exploratória e descritiva. Para analisar os benefícios psicológicos da ludoterapia como cuidado paliativo em crianças hospitalizadas por câncer, realizaram-se duas avaliações psicológicas com as crianças antes de iniciar o processo de intervenção através da ludoterapia e, no final desse processo de intervenção, comparando-se os resultados obtidos nas duas avaliações. Os dados quantitativos foram analisados através do programa estatístico SPSS for Windows 16.0 (2007). A análise estatística descritiva foi feita pelo Teste dos Sinais, comparando-se todas as variáveis em dois momentos (antes e depois). Os valores de $p < 0,05$ foram considerados significativos. Os instrumentos da coleta de dados compreenderam documentos do hospital (prontuários médicos); anamnese com os pais ou cuidadores; observação sistemática das variáveis comportamentais, sociais, defesas psíquicas e distúrbios somáticos mediante aplicação do teste projetivo e pelas avaliações quantitativas e qualitativas do HTP na forma cromática; entrevistas semi-estruturadas com as crianças na padronização estabelecida no HTP.

Resultados: Os resultados acerca das variáveis comportamentais, sociais, defesas psíquicas e distúrbios psicossomáticos, avaliadas durante o processo ludoterápico com as crianças hospitalizadas com câncer, corresponderam a: $p=0.508$; $p=0.754$; $p=0.016$; e, o $p=1$. **Considerações Finais:** Esta pesquisa demonstrou os benefícios produzidos pela ludoterapia como cuidado paliativo em crianças hospitalizadas com câncer, embora, os resultados quantitativos nas variáveis comportamentais, sociais e psicossomáticas não tenham demonstrado significância, mas ficou evidenciado que um número significativo de variáveis permaneceram estáveis, embora não havendo remissividade de sintomas ao final do processo ludoterápico. Porém, as variáveis defesas psíquicas apresentaram significância estatística ao final do processo. O fato de não haver evolução negativa de alguns dos sintomas presentes, a estabilidade evidenciada pode ser considerada um resultado significativamente positivo da ludoterapia pode ser um a ser instrumento com funções potencializadoras para crianças em situação de hospitalização.

Palavras-chaves: ludoterapia, cuidado paliativo, enfrentamento, câncer.

ABSTRACT

Introduction: The symbolic meaning of negative aspects carried on the hospitalization and how the play therapy could be an alternative of expression for the child to elaborate emotional and traumatic aspects resultant of the hospitalization. **Objectives:** The general objective of this research was to analyze the psychological benefits produced by the play therapy as a palliative care on the hospitalized children with cancer. The specific objectives were to evaluate through the HTP projective test on its chromatic form, the importance of the play therapy as a palliative care for the hospitalized children with cancer, to identify the emotional conditions of children with cancer and how they catch it, to evaluate the benefits that the symbolic representations made during serious and/or terminal chronic disease produce on the children. **Methodology:** On this research, it has worked aspects linked with behavioral, social, psychic defenses and somatic disturbances conditions, through the play therapy with hospitalized children, as well as emotional and psychological-affective aspects involved on the diseasing. The samples of the research were 10 male and female children, from 5 to 12 years old, hospitalized because of the cancer disease. This is a quantitative research with an experimental analytic frame (conjugate), clinical and not randomized assay lineation and exploratory and descriptive research as well. In order to analyze the psychological benefits of the play therapy as a palliative care on the hospitalized children due to a cancer, two psychological evaluations with the children were performed, one before starting this intervention process and another at the end of it. Thus, the results of both evaluations were compared. The quantitative attributes were analyzed by the statistic program SPSS for Windows 16.0 (2007). The statistic descriptive analysis was performed by the Signs Test, comparing the attribute in two times (before and after). The values of $p < 0,05$ were considered significant. The basis of the information were hospital papers (medical dossier), anamnesis with parents or caretaking, biased observation of the behavioral and social attributes, psychic defenses and somatic disturbances by application of the projective test and by the quantitative and qualitative evaluation of HTP on the chromatic form; semi-structured interview with the children under the HTP pattern. **Results:** The results about behavioral, social, psychic defenses and somatic disturbances attributes evaluated during the play therapy process with hospitalized children with cancer, standard to: $p=0.508$; $p=0.754$; $p=0.016$; e, o $p=1$. **Final Considerations:** This research has showed the benefits produced by the play therapy as a palliative care to hospitalized children with cancer, although the quantitative results on the behavioral, social and psychic attributes has not shown significance, it was evident that a significant number of attributes has maintained stable, even not having remissibility of the symptoms at the end of the play therapy process. The fact of not having negative evolution of some present symptoms, the stability forwarded can be seen as a meaningful positive result of the play therapy and could be an instrument with potentiality functions for the hospitalized children.

Key words: Play therapy, palliative care, confront, cancer

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 -	Classificação e características da Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA).....	29
Quadro 02 -	Classificação e características da Leucemia Mielóide Aguda (LMA).....	29

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -	Dados relativos a anamnese realizada com os pais/cuidadores das crianças hospitalizadas.....	126
TABELA 2 -	Análise das variáveis comportamentais das crianças com câncer pelo teste dos sinais.....	135
TABELA 3 -	Análise das variáveis sociais das crianças pelo teste dos sinais.....	137
TABELA 4 -	Análise das variáveis defesas psíquicas das crianças pelo teste dos sinais.....	139
TABELA 5 -	Análise das variáveis distúrbios psicossomáticos das crianças pelo teste dos sinais.....	140

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Distribuição da frequência do sexo das crianças pesquisadas que concluíram o processo ludoterápico.....	122
GRÁFICO 2 - Distribuição da frequência em relação às idades das crianças pesquisadas quanto aos benefícios da ludoterapia.....	123
GRÁFICO 3 - Distribuição da frequência quanto à escolaridade das crianças hospitalizadas quanto aos benefícios da ludoterapia.....	123
GRÁFICO 4 - Distribuição da frequência quanto aos tipos de câncer das crianças hospitalizadas quanto aos benefícios da ludoterapia.....	124
GRÁFICO 5 - Distribuição da frequência quanto ao acompanhamento e avaliação dos benefícios da ludoterapia nas crianças hospitalizadas por câncer.....	125
GRÁFICO 6 - Distribuição da frequência quanto aos prejuízos comportamentais causados pela hospitalização das crianças pesquisadas.....	128
GRÁFICO 7 - Distribuição da frequência em relação aos prejuízos sociais causados pela hospitalização das crianças com câncer.....	130
GRÁFICO 8 - Distribuição de frequência relativa aos prejuízos referentes às defesas psíquicas causados pela hospitalização das crianças com câncer.....	131
GRÁFICO 9 - Distribuição de frequência relativa aos prejuízos em relação aos aspectos psicossomáticos causados pela hospitalização das crianças com câncer.....	132

LISTA DE SIGLAS

CEP-HUUFMA - Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão

CTIs - Centro de Terapias Intensivas

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

EUA - Estados Unidos da América

GLOBOCAN - Global Câncer Facts & Figures

HTP - House, Tree, Person.

IAHPC - International Association of Hospice and Palliative Care.

IARC - Agência Internacional para Pesquisa em Câncer

IMOAB - Instituto Maranhense de Oncologia Aldenora Bello

INCA - Instituto Nacional do Câncer

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNBEM - Política Nacional do Bem-Estar do Menor

RCBP - Registros de Câncer de Base Populacional

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de consentimento livre e esclarecido

PNBEM - Política Nacional do Bem-Estar do Menor

CNS - Conselho Nacional de Saúde

(M1) - Antes

(M2) - Depois

LISTA DE SÍMBOLOS

LLA - Leucemia Linfóide Aguda
SNC - Sistema Nervoso Central
LA - Leucemia Aguda
LC - Leucemia Crônica
LLA - Leucemia Linfoblástica Aguda
LMA - Leucemia Mielóide Aguda
DNA - Ácido desoxirribonucléico
HTLV 1 - Vírus Linfotrópico para Células T Humanas
LH - Linfoma de Hodgkin
LNH - Linfoma Não-Hodgkin
AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A - ANAMNESE (Pais e/ou responsáveis).....	158
APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	161
APÊNDICE C - Termo de conhecimento e concordância.....	164
APÊNDICE D - Ficha de Levantamento dos Protocolos do HTP – House, Tree, Person.....	166
APÊNDICE E - Quadro de apuração das variáveis comportamentais.....	167
APÊNDICE F - Quadro de apuração das variáveis sociais.....	168
APÊNDICE G - Quadro de apuração das variáveis defesas psíquicas.....	169
APÊNDICE H - Quadro de apuração das variáveis psicossomáticas.....	170

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A - Inquérito HTP.....	172
ANEXO B - Parecer Consubstanciado Comitê de Ética em Pesquisa.....	177
ANEXO C - Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos.....	179

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	24
2.1	O CÂNCER E A PSICO-ONCOLOGIA PEDIÁTRICA	25
2.2	PREJUÍZOS DA HOSPITALIZAÇÃO: benefícios do brincar no enfrentamento do câncer	53
2.3	A LUDOTERAPIA COMO CUIDADO PALIATIVO EM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS COM CÂNCER	71
2.4	VARIÁVEIS PSÍQUICAS DISFUNCIONAIS NO CONTEXTO HOSPITALAR	88
2.4.1	Variáveis Comportamentais	88
2.4.2	Variáveis Sociais	91
2.4.3	Variáveis Defesas Psíquicas	95
2.4.4	Variáveis Psicossomáticas	106
3	OBJETIVOS	113
3.1	Geral	113
3.2	Específicos	113
4	METODOLOGIA	113
4.1	Sujeitos	114
4.2	Local	114
4.3	Instrumentos de coleta de dados	115
4.4	Procedimentos de coleta e análise de dados	117
4.5	Etapas	119
4.6	Materiais e Equipamentos	120
4.7	Análise Estatística	121
4.8	Considerações éticas	121
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	122
5.1	Análise dos dados obtidos dos prontuários	122
5.2	Anamnese com os pais / ou cuidadores das crianças	125
5.3	Entrevistas semi-estruturadas	127
5.4	Observação sistemática e direta	134
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	145
	REFERÊNCIAS	148
	APÊNDICES	157
	ANEXOS	171

1 INTRODUÇÃO

A saúde é um direito humano fundamental, inscrito na Constituição Brasileira de 1988 (BRASIL, 1988), e deve ser compreendida como o resultado do processo e das relações sociais que garantem maior ou menor qualidade de vida para uma população. Não pode, portanto, ser encarada como a ausência de doenças. Nesta pesquisa a qualidade de vida é considerada como uma condição de existência dos homens no seu viver cotidiano, representado por um conjunto integrado de acesso a recursos sociais e de atendimento a necessidades pessoais e comunitárias.

A Constituição Federal do Brasil (BRASIL, 1988) nos Art. 196 e 198, definiu saúde como “um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”.

Etimologicamente, saúde procede do latim *sanitas*, referindo-se à integridade anátomo-funcional dos organismos vivos (sanidade). Destas significações algumas destacam-se: sanidade, ausência de enfermidade em um ser vivo (FERREIRA, 2005).

Pouco após o fim da Segunda Guerra Mundial (1948), quando a Organização Mundial da Saúde foi criada, havia uma preocupação em traçar uma definição positiva de saúde, que incluiria fatores como alimentação, atividade física, acesso ao sistema de saúde. O "bem-estar social" da definição veio de uma preocupação com a devastação causada pela guerra, assim como de um otimismo em relação à paz mundial. A OMS foi ainda a primeira organização internacional de saúde a se considerar responsável pela saúde mental, e não apenas pela saúde do corpo.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1988) define saúde como: “o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”. O que este conceito mostra é que saúde não significa ausência de doença, pois, ao desvincular-se a saúde da doença têm-se grandes mudanças conceituais, visto que a saúde não se limita apenas ao corpo. Inclui também, a mente, as emoções, as relações sociais, a coletividade e existe a necessidade do envolvimento de outros setores sociais e da própria economia para que as pessoas possam de fato ter saúde. A saúde de todos, além de ter um caráter individual, também envolve ações das estruturas sociais, incluindo, necessariamente as políticas públicas.

A definição de saúde adotada pela OMS tem sido alvo de inúmeras críticas, pois, definir a saúde como um estado de completo bem-estar faz com que a saúde seja algo ideal, inatingível, e assim, a definição não pode ser usada como meta pelos serviços de saúde.

Para Caixeta (2005, p. 27) “a saúde é entendida como ausência de doença e a organização dos serviços é medicamente definida e tem como objetivos colocar à disposição da população serviços preventivos e curativo-reabilitadores acessíveis”. No entanto, as limitações dessa concepção, seja na sua capacidade explicativa, seja na sua utilidade prática no desenvolvimento de ações integrativas à saúde, vão se evidenciando na medida em que as doenças transmissíveis perdem importância relativa, a expectativa de vida aumenta e que as doenças crônicas e as causas externas vão ganhando força.

A partir desse novo conceito a saúde deixa de ser uma utopia e passa a ser uma possibilidade, é entendida como um processo, isto é, não acontece de um momento para o outro; requer tempo e o envolvimento de várias pessoas e inclui uma ação nova e fundamental, que é o controle desse processo que passa a ser responsabilidade de todos os cidadãos.

A definição de saúde traz implicações legais, sociais e econômicas dos estados de saúde e doença e a percepção de saúde varia muito entre as diferentes culturas, assim quanto as crenças sobre o que traz ou retira a saúde.

De acordo com Caixeta (2005, p. 36) uma das dificuldades em saúde “é a definição do que é normal e que traz como consequência a identificação do patológico”. Essa dificuldade se dá em função do fato de ser cada vez mais tênue o limite entre o estado de saúde e o de doença. Para a mesma autora a evolução do reconhecimento dos aspectos psíquicos atrelados à doença orgânica, da história da Antigüidade até os dias de hoje já está bastante descrita na literatura.

A Carta de Ottawa (1986, p. 1) diz que “a saúde dever ser vista como um recurso para a vida e não como objetivo de viver”. Portanto, para se atingir um completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente.

O primeiro significado de bem-estar pode ser a noção subjetiva de sentir-se bem, não ter queixas, não apresentar sofrimento somático ou psíquico, nem ter consciência de qualquer lesão estrutural ou de prejuízo do desempenho pessoal ou social (inclusive familiar e laboral). Bem-estar, também significa condição de satisfação das necessidades (conscientes ou inconscientes, naturais ou psicossociais). Nos seres humanos, implica na satisfação das necessidades biológicas, o bem-estar físico; satisfação das necessidades psicológicas, o bem-

estar mental; e das necessidades sociais, o bem-estar social, como explicita a Organização Mundial de Saúde - OMS (CARTA DE OTTAWA, novembro de 1986).

O câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores (acúmulo de células cancerosas) ou neoplasia maligna (CAPPARELLI, 2004).

Motta, Enumo e Ferrão (2006, p. 192) ressaltam que o câncer é “uma doença crônica cujo tratamento caracteriza-se por ser prolongado, demandando um tempo considerável de hospitalização e expondo a criança a procedimentos invasivos e desagradáveis, tanto física quanto emocionalmente”. Segundo estes autores, o câncer afeta o desenvolvimento da criança em termos físicos, cognitivos e psicossociais, podendo desencadear reações de estresse e ansiedade.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2008) é o órgão responsável pelas estimativas mundiais de novos casos de câncer em todos os países e as divulga por meio da IARC (2008) apud Rede Câncer (2008, p. 12), a qual divulgou a estimativa de que em 2020 o número de casos novos anuais em todo o mundo, seja da ordem de 15 milhões. Cerca de 60% destes novos casos ocorrerão em países em desenvolvimento.

De acordo com a IARC (2008) apud Rede Câncer (2008, p. 12) os diversos tipos de câncer serão responsáveis pela morte de 7,6 milhões de pessoas no mundo em 2009, ou seja, cerca de 20 mil por dia. Os dados de incidência e mortalidade divulgados da base de dados da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer IARC (2008) apud Rede Câncer (2008, p. 12) estima para o ano de 2009 do total de óbitos, 2,9 milhões ocorrerão em países desenvolvidos, contra 4,7 milhões em nações em desenvolvimento. As regiões mais pobres responderão por 6,7 milhões dos novos casos, ou 55,8% do total.

A Organização Mundial de Saúde na revista Rede Câncer (2008, p. 14) afirma que “o câncer está aumentando nos países em desenvolvimento, à medida que diminuem as mortes por doenças infecciosas e a mortalidade infantil”. Em todo o mundo, cerca de 15% de todas as mortes por câncer estão ligadas a infecções, sendo que o percentual é mais de três vezes maior nos países em desenvolvimento (26% contra 8% nos mais ricos). E, ainda que o câncer pediátrico vem se destacando no mundo como a segunda e mais importante causa de óbito entre crianças de 0 e 14 anos.

No Brasil, desde 1995, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) é responsável pelas estimativas, dados de incidência e mortalidade e divulgação de resultados contidos em sua

base de dados. O cálculo mais recente da estimativa de incidência de câncer no Brasil, válido para 2009, prevê a ocorrência de 460 mil novos casos da doença no país (REDE CÂNCER, 2008, p. 12).

No Brasil, segundo o INCA (2008) ocorreram 231.860 casos novos no sexo masculino e 234.870 no sexo feminino. O câncer de pele do tipo não melanoma (115 mil casos novos) foi o mais incidente na população brasileira, seguido pelos tumores de próstata (49 mil), mama feminina (49 mil), pulmão (27 mil), cólon e reto (27 mil), estômago (22 mil) e colo do útero (19 mil).

O câncer em crianças no Brasil apresenta-se como a quarta causa de morte na população abaixo de 14 anos de idade de acordo com estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2008). Segundo Camargo e Kurashima (2007, p. 25) o câncer é estudado separadamente dos cânceres de adultos, pois, “apresenta diferenças importantes em relação ao local primário acometido, à origem histológica e ao comportamento clínico”. Por outro lado, tende a apresentar menores períodos de latência, costuma crescer rapidamente e torna-se bastante invasivo, porém, responde melhor à quimioterapia.

Segundo o INCA (2008) no Brasil em 2008, ocorreram cerca de 9.890 casos novos de câncer em crianças e adolescentes até os 18 anos. No que se refere ao câncer infantil, para o INCA (2008) o percentual mediano dos tumores pediátricos nos brasileiros encontra-se próximo de 3%. Nos cálculos, foram estimados o número de tumores pediátricos para o ano de 2008, para todas as neoplasias, sem incluir os tumores de pele não melanoma, justificado por sua magnitude em adultos diferir da observada em crianças e adolescentes.

Nos dados do INCA (2008) apud Rede Câncer, (2008, p. 38), o câncer pediátrico representa 3% de todas as neoplasias na maioria das populações, com a incidência total de tumores malignos na infância maior no sexo masculino. Segundo o INCA (2008) dos cânceres infantis, a leucemia é o tipo mais freqüente, dentre essas a Leucemia Linfóide Aguda (LLA) é de maior ocorrência em crianças na maioria das populações, com exceção do Japão, China e Zimbábue onde a LLA é menos freqüente que a Leucemia Mielóide Aguda (LMA). Entre os Linfomas, o mais incidente na infância é o Linfoma não-Hodgkin. Os tumores de sistema nervoso, que predominam no sexo masculino, ocorrem principalmente em crianças menores de 15 anos, com um pico na idade de 10 anos, e representam cerca de 20% dos tumores infantis. Os tumores ósseos têm sua maior ocorrência nos adolescentes. O retinoblastoma é responsável por cerca de 2% dos tumores infantis.

Nos dados do INCA (2008, p. 38), tem-se verificado um aumento progressivo, e também linear, das taxas de incidência dos tumores da criança, sobretudo a LLA, os tumores

do sistema nervoso central (SNC), os linfomas não Hodgkin e o tumor de Wilms e outros tumores renais. O Inca (2008) afirma que de dez a quinze casos de câncer, entre indivíduos com menos de 15 anos de idade, no Brasil, quatro são de LLA.

No Estado do Maranhão e a capital São Luís no ano de 2008 das taxas brutas de incidência segundo os dados do INCA (2008) de casos novos por câncer, em homens o total de 2170 no Estado e 750 novos casos na capital de São Luís. Em mulheres segundo localização primária foi um total de 2.660 no Estado e 1.040 novos casos na capital São Luís.

Os tumores mais incidentes para o sexo masculino no Estado do Maranhão segundo os dados do INCA (2008, p. 57), foram devidos ao câncer de pele não melanoma com 16,73%; em seguida os de próstata com 15,61% dos casos; os de traquéia, brônquios e pulmão com 5,07; em quarto as leucemias com 3,34% dos casos.

Para o sexo feminino os tumores mais incidentes no Estado do Maranhão, de acordo com os dados do INCA (2008, p 57), foram também, devidos ao câncer de pele não melanoma com 20,06%; em seguida se apresentam os de colo de útero com 19,67%, seguidos do câncer de mama com 9,74% dos casos.

Em todo o Estado do Maranhão os casos de câncer pediátricos compreendendo a faixa de idade entre 0 a 14 anos com neoplasias malignas a maior frequência foi no sexo masculino com 60,29 %, no sexo feminino foi na ordem de 39,71 % e os tumores sólidos com 33,33 % dos casos em ambos os sexos. Nos casos de câncer pediátricos, os grupos de neoplasias que acometeram a população infantil, as leucemias foram as prevalentes com o total de 49,46 %, sendo 29,03 % para o sexo masculino e 20,42 % para o sexo feminino, e os linfomas com o total de 18,20 % sendo 11,82 % para o sexo masculino e para o sexo feminino na ordem de 6,38 %. Em seguida aparecem nos grupos das neoplasias os tumores renais com 10,75 % para o sexo masculino e no sexo feminino na ordem de 3,23 % perfazendo 13,98 % no total; quanto aos os tumores ósseos com 2,15 % e para o sexo feminino na ordem de 3,23 %, perfazendo o total de 5,38 %; os retinoblastoma com 3,22 % para o sexo masculino e o sexo feminino aparece na ordem de 1,08 % com total de 4,30 %; em seguida aparecem as do sistema nervoso central com 2,15 % para o sexo masculino e para o sexo feminino na ordem de 1,08 % com um total de 3,23 %; quanto aos tumores partes moles com 1,08 % e para o sexo feminino na ordem de 1,07 %, perfazendo o total de 2,15 %; outras neoplasias o percentual para o sexo masculino é na ordem de 0,09 % e 3,22 % para o sexo feminino com total de 3,30 % para outras neoplasias (INCA, 2008, p. 57).

As informações sobre mortalidade por câncer, de abrangência nacional, têm sido amplamente utilizadas como alternativa viável frente à realidade das informações sobre

incidência não serem representativas do país. No entanto, esta estratégia se mostra pouco eficaz para a real compreensão da magnitude do problema, uma vez que existem diferenças importantes, entre os vários tipos de câncer, em função da letalidade e da sobrevivência. Por outro lado, a vigilância é um dos componentes fundamentais para o planejamento e monitoramento da efetividade de programas de controle de câncer, bem como a avaliação de seu desempenho. Um sistema de vigilância estruturado fornece informações sobre a magnitude e o impacto do câncer, como também, sobre o efeito das medidas de prevenção, detecção precoce, tratamento e cuidados paliativos.

Para o estabelecimento de medidas efetivas de controle do câncer são necessárias informações de qualidade sobre sua incidência e mortalidade, que segundo Camargo e Kurashima (2007, p. 25) “possibilita melhor compreensão sobre a doença e seus determinantes; formulação de hipóteses causais; avaliação dos avanços tecnológicos aplicados à prevenção e tratamento, bem como a efetividade da atenção à saúde”.

Os dados apresentados, são de grande relevância e classificam o câncer como uma doença que destrói o organismo humano de forma perversa. No caso específico do câncer infantil, a doença poderá ser limitante, conduzindo algumas crianças a ultrapassarem a faixa etária própria do lúdico, sem vivenciá-lo em sua plenitude. A própria presença da doença, tornará o clima psicológico do seu ambiente familiar tenso e angustiado, e o pensamento dominante é sobre doença e morte.

De acordo com Valle e Françoso (2005, p. 32), “a configuração atual do câncer infantil gera necessidades específicas na área da assistência, impondo necessidade de transformações nas práticas de saúde organizadas para atender a criança”. Motta, Enumo e Ferrão (2006) reforçam a idéia que a criança precisa se adaptar a situação da hospitalização, sendo necessária a utilização de estratégias para enfrentar tal circunstância adversa, minimizando seus efeitos negativos e potencializando ganhos relacionados à aprendizagem e ao enriquecimento de seu repertório comportamental.

No processo ludoterápico realizado nesta pesquisa foram trabalhados fatores relacionados às aprendizagens comportamentais. Partiu-se do princípio que para a psicologia o comportamento é regido por leis, e uma mudança no comportamento do organismo é resultante de uma interação com o meio, repercutindo na mudança do repertório comportamental. A psicanálise dá ênfase no ordenamento do comportamento e como afirma Horney (1966, p. 135) “as crianças experimentam naturalmente comportamentos adversos em ambientes potencialmente hostis, lidando com ameaças impostas pela natureza e pela sociedade, e adquirindo repertórios comportamentais inadequados”.

Nesta pesquisa foram avaliados os benefícios da ludoterapia como cuidado paliativo para as crianças hospitalizadas com câncer através do teste projetivo HTP na forma cromática, buscando identificar os estados emocionais vivenciados por elas em relação à sua doença e avaliando os efeitos que as representações simbólicas construídas durante a vivência de uma doença crônica grave e/ou terminal produzem na criança.

Foram também trabalhadas, variáveis referentes aos aspectos psicossociais, sendo enfatizados fatores ligados aos estágios de desenvolvimento que se processam na infância. Para o psicanalista Erikson (1998, p.92) existem quatro estágios de desenvolvimento psicossocial compreendidos entre os períodos das primeiras fases de vida do bebê e o restante da sua infância, onde:

esses estágios são fundamentais no processo de transição da infância para adolescência, não existindo uma duração exata para cada estágio, pois a criança tem seu próprio ritmo cronológico de desenvolvimento psicossocial e tudo que cresce tem um plano básico, e desse plano surgem as partes, cada parte tendo seu momento de ascendência especial, até que todas elas tenham surgido para formar o todo que funciona.

Outras variáveis que tiveram especial atenção no processo ludoterápico realizado com as crianças foram as relacionadas às defesas psíquicas. A estrutura da personalidade ao longo do desenvolvimento da personalidade dos indivíduos, segundo Horney (1966, p. 231) “resulta da interação de forças biológicas e psicossociais que são singulares para cada pessoa”. Portanto, para a mesma autora, um processo natural em desenvolvimento de auto-realização, conduz ao desenvolvimento do potencial humano em três direções básicas: em direção aos outros, a expressão de amor e confiança; contra os outros, para a expressão de oposição saudável; e para longe dos outros em direção à auto-suficiência (HORNEY, 1966).

No agrupamento de variáveis, também foram trabalhadas na ludoterapia, aquelas relacionadas aos distúrbios psicossomáticos. O Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV-TR™ (2003, p. 469) diz que o termo refere-se “aos distúrbios situados na fronteira mente-corpo e às condições patológicas físicas causadas ou agravadas por fatores psicológicos” ou ainda, compreende toda perturbação somática resultante de um determinismo psicológico que intervém de modo constante na gênese da doença.

A psiconcologia propõe a análise da identificação do papel de aspectos psíquicos dos pacientes, que são submetidos a tratamento oncológico, tanto na etiologia quanto no desenvolvimento da doença. Na análise psicológica realizada, Bayès (1985, p.91) diz que “se deve identificar variáveis psíquicas de natureza comportamental, social, defensivas e psicossomáticas envolvidas no tratamento do paciente oncológico”. Essa identificação, segundo o autor, possibilitará a sistematização de um corpo de conhecimento sobre o paciente

e sua doença, fornecendo subsídios para a assistência psicológica do paciente oncológico e de sua família.

Para Bayès (1985, p.87) o desenvolvimento da psicooncologia, tem vários fatos associados, tais como:

O reconhecimento de que a etiologia e o desenvolvimento do câncer estão associados a fatores psicológicos, comportamentais e sociais; ao fato da adesão ao tratamento, reconhecida como de extrema importância pela comunidade da área da saúde, estar associada a fatores de natureza social e psicológica, implicando na necessidade de desenvolver estratégias eficientes que possam assegurar a participação efetiva de pacientes oncológicos nas diferentes fases do tratamento; o reconhecimento da importância de complementar a utilização da tecnologia medicamentosa com a comportamental na área de saúde; ao fato dos avanços na área médica e tecnológica permitirem um aumento no número de sobreviventes e do tempo de sobrevida após o aparecimento do câncer, permitindo que profissionais de saúde passassem a ter como alvo a qualidade de vida de seus pacientes.

A ludoterapia é uma forma de psicoterapia, cuja meta é promover ou restabelecer o bem estar psicológico do indivíduo através de atividades lúdicas. Para Klain (1961, p. 285) “no contexto de desenvolvimento social da criança a atividade lúdica é parte do repertório infantil e integra dimensões da interação humana necessárias na análise psicológica”.

A possibilidade de uso integrado da ludoterapia como cuidado paliativo, justifica sua aplicação em questões relativas aos traumas psíquicos de crianças em tratamento oncológico. Chiattonne (2000, p. 83) ressalta que a atividade lúdica no ambiente hospitalar:

Facilita a elaboração pela mãe da doença do filho permitindo a diminuição da angústia, pois o brincar aparece como um sinal saudável e preservado apesar da doença; fortalece as relações da criança com outras crianças, com os adultos, incluindo a própria mãe, e neste caso, tem também uma função religante, fundamental para a preservação do vínculo entre a mãe e o filho; e, para as mães o brincar significa escoamento de ansiedade, tão necessária no ambiente hospitalar.

Considerando a importância das atividades lúdicas durante o processo de tratamento infantil, esta pesquisa procurou responder à seguinte questão: como a ludoterapia enquanto cuidado paliativo realizado pelo profissional da Psicologia pode beneficiar as crianças em tratamento oncológico? Foram considerados os resultados da avaliação psicológica através do teste de HTP (House, Tree, Person) e o inquérito complementar do próprio teste para responder tal questão.

Nesse sentido, no primeiro capítulo desta dissertação, são analisados os aspectos gerais que envolvem a psico-oncologia, no tocante às fases temporais do câncer infantil, abordando temas centrais da história natural da doença crônica desde a fase da crise,

passando pela crônica à fase terminal. No capítulo seguinte, o tema central são os prejuízos da hospitalização e os benefícios do brincar como enfrentamento do câncer. Em seguida, fala-se sobre a ludoterapia como cuidado paliativo em crianças hospitalizadas com câncer onde se discute o significado da palavra cuidado, os aspectos simbólicos, o significado e o significante da atitude do cuidar como característica própria do ser humano. Ainda são discutidos os aspectos relacionados às variáveis psíquicas disfuncionais presentes nas crianças hospitalizadas e trabalhadas nesta pesquisa trazendo uma visão integrada, considerando as dimensões orgânicas, psíquicas e sociais que conjuntamente participam na produção e existência dos problemas por elas vivenciados. Na seqüência, serão abordados os procedimentos metodológicos da pesquisa, destacando os sujeitos, o local, as etapas, os instrumentos e os procedimentos de coleta e análise de dados da pesquisa; são descritos os resultados e discussão sobre os benefícios da ludoterapia realizada pela profissional de Psicologia com as crianças em tratamento oncológico, segundo os resultados obtidos nas duas avaliações psicológicas, estabelecendo-se comparações entre as avaliações e confrontando-as com o referencial teórico sobre o referido tema. Por fim, são feitas as considerações finais desta pesquisa.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico da presente dissertação compreende os aspectos gerais que envolvem o câncer e a psico-oncologia, os conceitos, fases e tratamentos.

No capítulo seguinte, o tema central é o brincar na criança como enfrentamento do câncer, enfatizando os conceitos, os benefícios e a importância do brinquedo, da brincadeira e do jogo no desenvolvimento infantil e os prejuízos causados pela hospitalização.

Enfatizam-se a ludoterapia como cuidado paliativo em crianças hospitalizadas, o significado e o significante dada à atitude do cuidar e ainda os aspectos simbólicos atribuída à morte pela criança.

Por fim se discute as variáveis psíquicas disfuncionais no contexto hospitalar, voltados para os aspectos comportamentais e sociais, para as defesas psíquicas e para os distúrbios psicossomáticos presentes na hospitalização.

2.1 O CÂNCER E A PSICO-ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

O câncer pode ser definido como doença degenerativa resultante do acúmulo de lesões no material genético das células, que induz o processo de crescimento, na reprodução e dispersão anormal de células. Para Yamaguchi (2006, 73) “as células passam a se reproduzir de maneira descontrolada, formando tumores (células cancerígenas) ou neoplasias”.

As rápidas divisões celulares, que caracterizam o câncer, tendem a ser, também, muito agressivas e incontroláveis, sendo esta característica determinante para uma neoplasia ser considerada maligna. As neoplasias benignas apresentam um crescimento lento e expansivo, sendo bem delimitadas e quase sempre envolvidas por uma cápsula fibótica (GOMES, 2002).

Segundo Franks (1997) apud Costa Júnior (2005, p. 174) “o câncer designa um conjunto de patologias cuja característica básica é o desenvolvimento de alterações em processos de divisão celular, promovendo um crescimento anormal e geralmente rápido de células”. O nome câncer é advindo do grego *Karkinos*, que significa caranguejo, devido ter característica infiltrante, analogicamente ao caranguejo (GOMES, 2002).

Para Rosenthal, Carignan e Snith (1995, p. 2), “as causas do câncer parecem ser tão diversas quanto o próprio (tipos) câncer”. Segundo esses autores, o câncer ocorre, teoricamente, em pacientes com predisposição genética herdada ou induzida, e expostos a outros fatores como ambientais ou virais.

O risco para apresentar câncer depende, evidentemente, da interação entre fatores herdados e componentes ambientais, mas pode-se observar que alguns indivíduos quando inseridos no mesmo ambiente desenvolvem câncer e outros não.

Segundo Simonton, Matthews-Simonton e Creighton (1987, p. 40) “o câncer é causado por substâncias cancerígenas, por predisposições genéticas, por radiação ou, talvez pela dieta”. Segundo este autor, nenhum desses elementos por si só é a explicação suficiente do por que alguns contraem e outros não.

Nieman (1999, p. 58) ao estudar as causas do câncer, diz que:

As células que constituem o corpo se reproduzem e se dividem de maneira ordenada, com as células velhas sendo substituídas e as células danificadas sendo reparadas. Apoiadas por certos fatores ambientais (p.ex., oxidantes e outras substâncias químicas, radiação e vírus) e internos (p.ex., hormônios, condições imunológicas e mutações herdadas), algumas células sofrem alterações anormais e iniciam o processo (freqüentemente levando mais de 10 anos) de se tornarem células cancerosas.

Os tumores mais incidentes para o sexo masculino, segundo os dados do INCA (2008, p.25), foram devido ao câncer de pele não melanoma (56 mil casos novos), próstata (49 mil), pulmão (18 mil), estômago (14 mil) e cólon e reto (12 mil). Para o sexo feminino, destacam-se os tumores de pele não melanoma (59 mil casos novos), mama (49 mil), colo do útero (19 mil), cólon e reto (14 mil) e pulmão (9) mil.

As células, para a formação de tecidos estão em constante renovação e, para isso, precisam estar em ritmo perfeito quanto à produção e eliminação de células. Neste processo, poderá ocorrer um desajuste social entre as células, deixando de apresentar a capacidade de interagir corretamente com as demais. Essas células passam a se proliferar indefinidamente e implantam filiais em áreas destinadas a outras células num processo denominado metástases. Segundo Gomes (2002, p. 26), “metástase significa colonização de um tumor maligno, à distância do foco primitivo original, sem continuidade com o mesmo”. A doença não implica necessariamente um tumor sólido, podendo também ser incluída nas doenças homeopáticas, como por exemplo, a leucemia.

No que se refere ao tempo de tratamento do câncer, este varia e depende de cada caso, efetivando-se de forma conjugada ou isoladamente. As formas de tratamento, segundo Valle e Françoso (2005, p. 41) são: a quimioterapia; a radioterapia; a cirurgia; a imunoterapia e, associadas a elas, tem-se as intervenções através de atividades lúdicas, que adotadas em pediatrias oncológicas contribuem para o desenvolvimento da criança, tornando sua recuperação mais rápida e menos traumatizante. Para Rosenthal, Carignan e Snith (1995, p. 41), “a quimioterapia do câncer é um tratamento sistêmico para neoplasias malignas que não são curáveis pela cirurgia ou por radiações”. A meta da quimioterapia passa a ser a destruição do câncer, poupando o hospedeiro.

Na quimioterapia existem mais de 30 drogas utilizadas, todas visando à diminuição da proliferação celular. O tratamento pode ser primário (antes do procedimento cirúrgico ou radioterápico) ou adjuvante (após uma cirurgia considerada suficiente) com o objetivo de prevenir a incidência de metástases. Para Carvalho (2002, p. 27), este modo de tratamento “é curativo em doenças disseminadas extremamente sensíveis à quimioterapia, como os linfomas e as leucemias, os tumores no ovário e testículos, entre outros”. Os tipos quimioterápicos mais utilizados são agrupados através do mecanismo de ação ou da semelhança química da sua fórmula estrutural. Na escolha do agente quimioterápico, Gomes (2002, p. 70) ressalta que “leva em conta o tipo histológico, a biologia da célula e os efeitos tóxicos das combinações”.

A radioterapia é outra forma de tratamento, e consiste na utilização de raio ionizantes nas células cancerígenas. As partículas radioativas podem ser utilizadas no tratamento do câncer e ser curativas em vários tumores radiosensíveis. Segundo Carvalho (2002, p. 26), “a radioterapia é considerada uma terapêutica local e atinge mais especificamente a área delimitada”. Para Gomes (2002, p. 64), “radioterapia é um método de tratamento das neoplasias malignas que utiliza os efeitos das irradiações eletromagnéticas no controle da evolução dos tumores”. Para o autor, a partir da evolução progressiva da física e da eletrônica ocorreu o desenvolvimento de equipamentos para obtenção de irradiações (fótons e elétrons), de alto poder de penetração nos tecidos. Estes são aceleradores lineares de partículas, dotados de sistemas de comando para o posicionamento de pacientes do feixe de radiação. Em relação aos objetivos da radioterapia Gomes (2002, p. 66) acrescenta que:

A radioterapia tem a finalidade curativa (que visa ao controle do tumor em doses radicais), paliativa (que visa à redução do tumor sem pretensão de controle) e remissiva (que visa ao alívio de compressão de estruturas neurológicas, vias aéreas, vísceras ocas, controle de sangramento, prevenção de fraturas, etc.).

A teleterapia e a braquiterapia, segundo Gomes (2002, p. 68), são as duas formas de aplicação da radioterapia, onde:

A teleterapia, consiste em uma fonte de irradiação, produzindo feixes de raio que são emitidos pelo equipamento à distância de 1 a 100 cm da pele do paciente e é dirigida ao tumor; a braquiterapia consiste em colocar o isótopo radioativo emissor em contato direto com o tumor. Este pode ser colocado de forma intracavitário ou intersticial.

Para Rosenthal, Carignan e Snith (1995, p. 27), a braquiterapia “consiste no uso de fontes de radiação ionizante encapsuladas implantadas diretamente nos tecidos ou colocadas em cavidades corporais naturais”. Essa forma de tratamento vem se desenvolvendo na última década com a utilização dos sistemas de alta tecnologia, que visam diminuir o tempo de exposição, tornando o tratamento mais prático, rápido, eficiente.

Os patologistas, oncologistas clínicos, radioterapeutas e ortopedistas especializados, trabalhando em conjunto, têm muito a contribuir para aumentar as taxas de sobrevida e de preservação de membros do paciente, a partir da radioterapia.

A cirurgia oncológica, baseia-se na retirada total ou parcial dos tumores que formam o câncer. O cirurgião especializado no tratamento oncológico deve conhecer bem a história natural da doença, ter formação global em oncologia que lhe permita avaliar a indicação e a oportunidade da associação de outras armas terapêuticas, e habilidade técnica para executar o ato cirúrgico.

A imunoterapia é outro tratamento e consiste em um processo em que se aumentam as defesas do sistema imunológico. Este sistema é composto de anticorpos, células e outros fatores que associados mantêm o equilíbrio do organismo. Segundo Carvalho (2002, p. 29), “quando as substâncias com atividades de aumentar as defesas do organismo são utilizadas, temos a imunoterapia”. Para Gomes (2002, p. 74) “a imunoterapia necessariamente deve ser vinculada a conceitos tais como oncogênese, mecanismo de defesa do sistema imunológico para combate ao câncer”.

As formas de tratamento oncológico são várias, sendo cada uma associada ao tipo de patologia apresentada pela criança. As atividades lúdicas podem ser associadas às diversas formas de tratamento, considerando os benefícios no desenvolvimento da criança hospitalizada ou em tratamento.

A literatura aponta autores como Valle e Françoso (2005), que não mencionam os jogos, as brincadeiras e os brinquedos como forma de tratamento, porém, as atividades lúdicas podem ser utilizadas como forma de assistência à criança, principalmente àquela que se encontra em pediatria oncológica, pois favorece o desenvolvimento infantil, torna a recuperação mais rápida e minimiza prejuízos advindos da hospitalização. Além disso, as atividades lúdicas realizadas durante a hospitalização em conjunto com as demais formas de tratamento, permitem uma melhora na assistência à criança hospitalizada, pois como afirma Valle e Françoso (2005, p. 41), “esta configuração atual do câncer infantil gera necessidades específicas na área de assistência, impondo necessidade de transformações nas práticas de saúde organizadas para atender a criança”.

Os tipos de câncer (ou neoplasia ou tumor), que mais acometem, as crianças são a leucemia, os linfomas, os tumores ósseos e o retinoblastoma (GOMES, 2002).

Segundo Silva e Cimino (2000, p. 43):

As leucemias são proliferações de células-tronco anormais nos órgãos hematopoéticos - medula óssea, gânglio e baço. No sangue circulante os leucócitos são encontrados em grande quantidade, porém imaturos e sem capacidades de desenvolver a sua função normal.

Para Gomes (2002, p.287) “as leucemias são doenças neoplásicas, clonal de células de aspecto blástico, pouco diferenciadas, nas formas agudas e de células diferenciadas, morfológicamente semelhantes às normais nas formas crônicas”. A leucemia é classificada por Gomes (2002) como Leucemia Aguda (LLA) e Leucemia crônica (LLC). A LLA caracteriza-se por proliferação neoplásica clonal de precursores imaturos (blastos) do tecido hematopoético da medula óssea. Estas células ocupam o espaço medular, levando à

insuficiência global da medula óssea, que se traduz no sangue periférico por granulocitopenia, plaquetopenia e anemia, segundo (GOMES, 2002).

A classificação da LA tem por objetivo principal reconhecer a linhagem celular, se mielóide ou linfóide, visando ao seu tratamento, dividindo-se em Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) e Leucemia Mielóide Aguda - LMA (SILVA; CIMINO, 2000).

O Quadro 1 mostra os tipos da LLA e suas características.

Quadro 1 - Classificação e características da Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA)

TIPOS	CARACTERÍSTICAS
LLA-L1	Pequenas células com alta relação núcleo-citoplasmática (pequena quantidade de citoplasma), bordo nuclear regular, nucléolo incipiente.
LLA-L2	População heterogênea de células com predomínio de grandes blastos, moderada quantidade de citoplasma, bordo nuclear irregular, um ou dois nucléolos proeminentes.
LLA-L3	População homogênea de grandes blastos com moderada

Fonte: Bennett apud Gomes (2002).

O Quadro 2 compreende os tipos de LMA e suas características.

Quadro 2 - Classificação e características da Leucemia Mielóide Aguda (LMA)

TIPOS	CARACTERÍSTICAS
LMA-MO	≤ 30% de blastos de células nucleadas medulares não eritróides.
LMA-M1	> 30% de blastos, bastonetes de Auer ocasionalmente presentes.
LMA-M2	> 30% de mieloblastos, > de 10% de elementos granulocíticos em maturação e < 20% de células monocíticas. Bastonetes de Auer frequentemente encontrados.
LMA-M3	Leucemia aguda promielocítica. Múltiplos bastonetes de Auer são comuns.
LMA-M4	Leucemia mielomonocítica aguda. Apresenta um aumento de eosinófilos contendo grânulos basofílicos e está associado à alteração cromossômica.
LMA-M5	Leucemia monocítica aguda. São reconhecidos dois subtipos, a M5a, de morfologia monoblástica e M5b, de promonócitos.
LMA-M6	Eritroleucemia. Blastos M1, M2 ou M4 associados a precursores eritróides displásicos.
LMA-L7	Leucemia aguda megacarioblástica. ≥ de 30% de blastos de células nucleadas medulares não eritróides.

Fonte: Bennett apud Gomes (2002).

A Leucemia Crônica (LC) divide-se em leucemia mielóide crônica (LMC) e leucemia linfóide crônica (LLC). A LMC, que segundo Gomes (2002, p. 294) “é uma doença clonal proliferativa da célula troncomielóide, que envolve o setor granulocítico, eritróide e megacariocítico”. Os autores Silva e Cimino (2000, p. 43) ressaltam que a incidência da LLC representa 15% de todos os casos de leucemias, com uma incidência de 1 a 2 casos para

100.000 habitantes por ano. Almeida (2003) apud Marcondes (2003, p. 33) aponta suas principais causas: “exposição a derivados de petróleo, pesticidas; o uso de maconha durante a gestação; doenças genéticas como a síndrome de Down, de Bloom, anemia de Fanconi, doença de Kotman e neurofibromatose”.

A leucemia linfóide crônica (LLC) é uma neoplasia hematológica de natureza linfoproliferativa com acúmulo lento e progressivo de pequenos linfócitos, na maioria das vezes com morfologia bastante semelhante aos linfócitos normais circulantes. Corresponde a aproximadamente 25% dos casos de leucemias diagnosticadas (GOMES, 2002).

Na leucemia aguda a incidência em adultos é de 3,5 casos por 100.000 por ano. É a principal causa de morte por câncer em adultos com menos de 35 anos. Em adultos, a incidência de LMA é muito maior que LLA; o reverso acontece na infância (ROSENTHAL; CARIGNAN e SNITH, 1995).

Existe uma predominância no sexo masculino com cerca de 2000 casos novos/ano sendo diagnosticados nos EUA. Suas causas geralmente são desordens genéticas; hereditárias; síndromes associadas a defeitos na reparação do DNA; retro vírus, como HTLV-1. O quadro clínico da pessoa com ambas as formas de LA, apresenta, geralmente dor óssea espontânea ou evidenciada por dígito-pressão esternal (MALUF, 2003).

O linfoma é o segundo tipo de câncer que afeta o sistema linfático, sendo constituído de gânglios e encontra-se em diversas partes do corpo, tais como, axilas e virilha, atuando na defesa do organismo (GOMES, 2002). Ressalta ainda o autor Gomes (2002, p. 299) que “os linfomas são tumores que se originam no sistema imune, com uma diversidade de apresentação clínica e morfológica de espectro tão amplo que não outro grupo de neoplasias com tamanha variação”. A incidência de pessoas com linfomas tem aumentado progressivamente, o que pode está decorrendo da rápida industrialização dos países em crescimento, onde a exposição a tóxicos químicos é de grande evidência.

Os linfomas têm origem nos linfonodos e se localizam no sistema linfático, que é responsável pela produção de células responsáveis pela imunidade. Gomes (2002, p. 299) diz que “os linfonodos produzem os linfócitos, que são células com funções no combate a infecções e a transformação destas células de normais para anormais seguidas de crescimento e disseminação descontrolada (que pode causar metástase) é o que caracteriza os linfomas”. Este tipo de câncer é classificado em linfoma de Hodgkin e linfoma não-Hodgkin. O primeiro pode ocorrer em qualquer parte do corpo e seu diferencial está na presença de células denominadas Reed-Sternberg no tecido do paciente. Já o segundo só ocorre no pescoço, nas axilas e na virilha. INCA (2008).

As características de linfomas na infância são descritas por Gomes (2002, p. 312), como sendo sempre “de alto grau de malignidade, com comportamento leucêmico em curto prazo, devendo ser tratados como as leucemias agudas linfobláticas”. O mesmo autor classifica os linfomas em dois grupos, sendo o “Linfoma de Hodgkin (LH) e Linfoma Não-Hodgkin (LNH)”. Gomes (2002, p. 315) destaca que:

A forma mais comum dos linfomas é a linfadenopatia superficial, com predomínio axial e crescimento adjacente nos casos de LH e de forma multicêntrica incluindo partes distais no LNH”. Os principais sintomas destes linfomas: febre, perda de peso e suores noturnos. Estes são mais observados nos LH, tendo inclusive importância prognóstica. Obtém menor valor clínico quando presente nos pacientes com LNH.

O termo linfoma Não-Hodgkin, para Maluf (2003, p. 933) “engloba uma grande variedade de doenças malignas proliferativas dos tecidos linfóides”. Segundo o autor, os LNH representam cerca de 10% de todas as neoplasias da infância e acometem mais o sexo masculino numa proporção de 2:1 para 3:1. Os LNH apresentam-se com prevalência na região abdominal e alguns dos seus sintomas são: vômitos, obstinação ou diarreia, enterorragia, ascite e hepatoesplenomegalia. O tumor cresce rapidamente, comprometendo o estado geral do paciente, que manifesta febre prolongada, desnutrição, anemia e edema, associados à insuficiência renal ou infiltração renal pelo tumor gerando graves distúrbios metabólicos (MALUF, 2003).

A radioterapia e a poliquimioterapia são formas terapêuticas para o tratamento dos linfomas. Esta doença é considerada uma das mais curáveis dentre as neoplasias humanas (GOMES, 2002).

Nas crianças são típicos os tumores de gânglios simpáticos ou neuroblastoma, o tumor renal ou tumor de Wilms, o tumor da retina do olho ou retinoblastoma, o tumor germinativo, o tumor ósseo ou osteossarcoma e os tumores de partes moles os sarcomas. (INCA, 2008).

O linfoma de Burkitt é um tipo de linfoma não-Hodgkin que acomete o sistema hematopoético, bastante incidente na faixa etária pediátrica. Este linfoma é classificado como um linfoma maligno de pequenas células não segmentadas de alto grau. O diagnóstico deve ser estabelecido por biópsia da medula óssea e do gânglio linfático já que as características clínicas são inespecíficas (GOMES, 2002).

Os tumores ósseos são os mais raros que acometem as crianças, o que dificulta o seu diagnóstico, podendo ser confundido com outras doenças ortopédicas. O diagnóstico dessas neoplasias dá-se através de anamnese, exame físico, exames de imagem e exame

anatomopatológico. Os tipos mais comuns de tumores ósseos são osteossarcoma, sarcoma de Ewing, condrossoma, tumor de células grandes, sarcomas das partes moles (GOMES, 2002).

O mais comum dos tumores malignos primários dos ossos, é o osteossarcoma, representando cerca de 20% dos tumores ósseos malignos e atinge geralmente extremidades dos ossos longos, sendo a região distal do fêmur a mais atingida, tendo preferência pelo sexo masculino, incide principalmente em crianças e adultos jovens, pode ocorrer em qualquer osso ou mesmo em partes moles, mas, na maioria das vezes, acomete o úmero e a tíbia proximal e o fêmur distal (GOMES, 2002). Para este autor, o osteossarcoma é um tumor agressivo que destrói a cortical óssea, levanta e rompe perióstio e invade as partes moles adjacentes. Têm-se o raio-X, a tomografia computadorizada e a cintilografia como exames que colaboram no diagnóstico definitivo do osteossarcoma. O tratamento depende do estadiamento inicial do tumor, podendo ser realizada a quimioterapia pré-operatória (para diminuir o inchaço e combater as possíveis micro-metástase, a cirurgia de amputação ou de preservação do membro e a quimioterapia pós-operatória. A radioterapia não é indicada, pois este tumor lhe é resistente.

O Sarcoma de Ewing é um tumor ósseo maligno, segundo Gomes (2002, p. 333), “é o segundo tumor ósseo mais comum na infância”. Representa 1,2% de todas as neoplasias em pacientes com idade até 18 anos, sendo muito freqüente, a sua ocorrência em menores de 5 anos de idade e maiores de 30 anos, em negros e chineses. Assim como o osteossarcoma, Almeida (2003, p. 95) coloca que “o Sarcoma de Ewing apresenta dor e aumento do local acometido e pode, também, apresentar febre, emagrecimento e anemia nos casos de doença avançada”. Ele pode ocorrer em qualquer estrutura óssea, principalmente, a diáfise do fêmur; na pelve e no esqueleto axial tem evolução pior. Segundo Gomes (2002, p. 231) “seu tratamento pode ser dividido em três etapas: quimioterapia pré-operatória, cirurgia, quimioterapia pós-operatória ou radioterapia”.

O tumor maligno, cujas células tumorais produzem tecido cartilaginoso é o condrossoma que acomete, geralmente, a fase adulta e raramente ocorre em crianças. Atinge, principalmente, ossos longos e é classificado em vários subtipos: convencional (medular), de células claras, mesenquimal, periostal, desdiferenciado e secundário. Estes subtipos têm características clínicas, radiológicas e histopatológicas próprias. A tomografia computadorizada e a ressonância nuclear magnética são os exames utilizados no seu diagnóstico. O tratamento de pessoas portadoras de condrossoma é cirúrgico, com ressecção do segmento afetado.

Os tecidos localizados entre a epiderme e as vísceras, com exceção dos ossos, correspondem às partes moles, sendo representados por vasos sanguíneos, linfáticos, músculos lisos, estriados, tecido gorduroso, tendões dentre outros. Estes tecidos são acometidos por tumores, com causas ainda não definidas, podendo atingir todas as idades, sendo o quinto tumor maligno mais freqüente em crianças. As neoplasias malignas, que reproduzem os componentes das partes moles, são denominadas no seu conjunto, sarcomas de partes moles. As neoplasias malignas e benignas do sistema nervoso periférico, também, são incluídas e estudadas dentro do grupo de partes moles (GOMES, 2002).

Os tumores do sistema nervoso central são responsáveis por 20% das neoplasias malignas infantis. Estes tipos de tumor podem localizar-se por toda a área que compreende o sistema nervoso central (SNC) e sua localização vai determinar o ritmo de evolução da doença, os sintomas e o prognóstico INCA (2008). Geralmente os tumores do SNC segundo Gomes (2002, p. 235) não extrapolam a cavidade craniana, impedindo a ocorrência de metástases. Devido à localização sensível, dependendo da área onde se encontra o tumor, não é possível a realização da cirurgia para a retirada do mesmo ou caso esta ocorra, é comum o risco de seqüelas. Os sintomas mais freqüentes são: dor de cabeça, vômito, náuseas, convulsão, paralisia de nervos e alterações da fala, marcha, equilíbrio e coordenação (INCA, 2008).

Para Gomes (2002) a sintomatologia dos pacientes com sarcoma das partes moles é variável, porque são vários tipos de tumores que podem ocorrer em praticamente todos os sítios anatômicos. Cerca de 80% localizam-se em membros, tronco, cabeça e pescoço. O diagnóstico definitivo é dado pela biópsia e exame anatomopatológico. Sua principal manifestação clínica é a queixa de tumor com ou sem dor. Entre as formas de tratamento, encontram-se a radioterapia, a quimioterapia e a cirurgia.

Quando o epitélio de origem for glandular, Pérez-Tamayo e Robbins (1984, p.189) dizem que “passam a ser chamados de adenocarcinomas e os tumores malignos originários dos tecidos conjuntivos ou mesenquimais será feito o acréscimo de ‘sarcoma’ ao vocábulo que corresponde ao tecido”. Os autores colocam que “os tumores de origem nas células blásticas, que ocorrem mais freqüentemente na infância, têm o sufixo ‘blastoma’ acrescentado ao vocábulo que corresponde ao tecido original”.

No organismo, verificam-se formas de crescimento celular controladas e não controladas. Pérez-Tamayo e Robbins (1984, p.190) dizem que “a hiperplasia, a metaplasia e a displasia são exemplos de crescimento controlado, enquanto que as neoplasias correspondem às formas de crescimento não controladas e são denominadas, na prática, de tumores”. Os autores explicam que “a primeira dificuldade que se enfrenta no estudo das neoplasias é a sua definição, pois ela se baseia na morfologia e na biologia do processo tumoral”. A definição mais aceita segundo Pérez-Tamayo e Robbins (1984, p.19) é "neoplasia é uma proliferação anormal do tecido, que foge parcial ou totalmente ao controle do organismo e tende à autonomia e à perpetuação, com efeitos agressivos sobre o hospedeiro".

O diagnóstico de uma doença crônica é um evento desestabilizador em qualquer fase do ciclo vital do ser. No entanto, quando uma criança é acometida por uma doença grave, o abalo parece ser ainda maior. No caso do câncer infantil, essa realidade, na maioria das vezes, toma proporções imensuráveis, uma vez que o câncer é uma doença carregada de significados pejorativos, vivida ainda como uma fatalidade, que elimina a possibilidade de um amanhã para a reprodução tanto física quanto social do ser.

A compreensão dos desdobramentos de uma doença crônica implica numa reflexão sistêmica sobre os elementos de uma tríade que se configura em um esquema psicossocial que abarca fundamentalmente duas dimensões, iniciando pela tipologia psicossocial das doenças crônicas (início, curso, conseqüências e grau de incapacitação da enfermidade) e na fase temporal da doença. Estes desdobramentos segundo Valle (2001, p. 17) “variam de acordo com a doença, estabelecem uma conexão entre o que é biológico e o social, favorecendo uma maior contextualização da situação que atravessa tanto o paciente como sua família”.

Neste capítulo, os aspectos relacionados às fases temporais do câncer infantil, são abordados, e temas centrais da história natural da doença crônica serão acessados, desde a fase da crise, passando pela crônica, indo à fase terminal. A prática aponta que a realidade extrapola estes modelos, mas Valle (2001, p. 17) recomenda que “as fases temporais sejam consideradas apenas como um mapa geral dos temas que emergem na literatura, nas vivências da criança com câncer e sua família”.

As fases consideradas por Valle (2001) iniciam pela crise que engloba desde o pré-diagnóstico até o esclarecimento da situação, seguido de algum delineamento do plano de tratamento ou intervenção. A mesma autora coloca que “é uma etapa difícil, de

desestruturação, que requer diversos aprendizados práticos, tais como lidar com a dor, o ambiente e os procedimentos hospitalares”. E, ainda:

O diagnóstico do câncer infantil é o início de efeitos desalentadores sobre toda família e não somente sobre a criança. Também a família é vítima do câncer infantil. Uma das razões que justificam esse efeito na família é a concepção de que os filhos devam necessariamente sobreviver aos seus pais. (VALLE, 2001, p. 17)

O medo da morte precoce da criança, suscita nos familiares o pensar de uma inversão na ordem natural dos acontecimentos no ciclo da vida, posto que fere o processo de projeção familiar, onde os filhos são o foco emocional mais importante da família. Portanto, a perda de um filho rompe a possibilidade de extensão e perpetuação dos pais. Por outro lado, o diagnóstico de câncer quebra o paradigma cada vez mais arraigado na sociedade capitalista, onde o novo é valorizado e estimulado, e o velho, e a morte são internalizados como incapacidade para continuar.

O contato com o câncer se constitui em um verdadeiro choque para a família. A este fato Valle (2001, p. 18) chama de “um tempo de catástrofe, que é seguido por uma série de sentimentos, com os de culpa, raiva e inconformismo, além daqueles de depressão e isolamento”.

Outra atitude freqüente por parte da criança e, principalmente, de seus familiares é a negação desta realidade. Um estudo realizado por Bozeman apud Valle (2001, p. 19) revela que muitas das reações iniciais frente ao diagnóstico de câncer, consistem mais “no questionamento sobre a validade deste, o que pode gerar a procura por outros médicos e hospitais, uma incredulidade, e na busca de se reverter a situação que é revelada com o diagnóstico”.

No sentido de entender estes questionamentos tanto os profissionais da equipe, como os psicoterapeutas devem estar alertas para o fato de que existem dois tipos de negação¹, que Le Shan (1999, p. 81) relaciona-os como:

1)Tipo saudável, que se constitui em uma defesa que é necessária por algum tempo, até para que se consiga enfrentar a situação. Trata-se de uma crosta necessária, que poderá ir dissolvendo-se com o passar do tempo à medida que o paciente e família tomam maior consciência de seus recursos; 2) tipo prejudicial, refere-se à negação que enfraquece o relacionamento pessoal do paciente, tolhe recursos para lidar com problemas, impede a assunção de uma atitude responsável.

É importante ressaltar o cuidado que se deve ter ao lidar com os mecanismos de

¹ Freud (1925) em um Artigo, circunscreve como a negação pelo sujeito de qualquer articulação entre si mesmo e o conteúdo que ele exprime; o sujeito afirma que a realidade percebida não corresponde à representação que fez dela.

defesas², pois só devem ser atacados quando estes interferirem no acesso do sujeito à sua capacidade para lidar com suas dificuldades existenciais.

Freud (1925, p. 110) explica que a negação é um mecanismo de defesa sendo:

Um substituto, em grau mais elevado, da repressão. No inconsciente só existem conteúdos catexizados com maior ou menor força. Processo pelo qual o sujeito, embora formulando um dos seus desejos, pensamentos ou sentimentos até então recalçados, continua a defender-se deles negando que lhe pertença.

Nos membros da família de uma pessoa doente, aparecem diversos sintomas de doenças, que vão desde as somáticas até as físicas e, isto contribui de forma desfavorável com a capacidade para lidar com as informações e os procedimentos que decorrem do tratamento que, muitas das vezes parecem óbvios para a equipe hospitalar, entretanto, confusos e estressantes para os membros da família.

A capacidade de elaboração da doença por parte dos familiares pode se processar de forma lenta e, isto requer um permanente exercício de informações sobre o câncer, as quais devem ser sistemáticas e detalhadas em linguagem acessível em nível de conhecimento que a família tenha acerca da doença, o que nem sempre é tarefa fácil para os profissionais da saúde que lidam com o problema. Para Bozeman apud Valle (2001, p. 21) “vários fatores decorrem ou por não estarem preparados afetivamente ou por falta de treinamento específico para tratar de situações que envolvam questões psicossociais”.

Quanto às relações médico-criança-família, Freud (1920, p. 11) coloca que:

As relações de um indivíduo com os pais, com os irmãos e irmãs, com o objeto de seu amor e com seu médico, na realidade, todas as relações, podem reivindicar serem consideradas como fenômenos sociais, e, com respeito a isso, podem ser postas em contraste com certos outros processos, por nós descritos como ‘narcisistas’, nos quais a satisfação dos instintos é parcial ou totalmente retirada da influência de outras pessoas.

As relações que se estabelecem entre a equipe de saúde, a criança e sua família, mesmo que transitórias em relação à equipe devem garantir o acompanhamento das necessidades gerais advindas do tratamento. É de fundamental importância que seja considerado o grau de vulnerabilidade que se encontra os familiares quando recebe o diagnóstico de câncer de um filho e que os cuidadores da saúde envolvam todo o núcleo familiar como unidade de intervenção, trabalhando suas relações psicoafetivas e emocionais.

² Freud (1905) exprime como o fato dos fenômenos psíquicos apresentarem articulações e situa essa noção de defesa na base dos fenômenos histéricos; diferentes tipos de operações em que a defesa pode utilizar as mais diversas atividades, a fantasia, atividade intelectual. Principais mecanismos de defesas: recalque, regressão, formação reativa, isolamento, anulação retroativa, projeção, introjeção, retorno sobre a própria pessoa, inversão em seu contrário, sublimação.

A percepção de que está ocorrendo mudanças no relacionamento familiar poderá resultar em problemas de ordem conjugal ou até mesmo na relação com o próprio filho doente ou com os outros filhos. De acordo com Minuchin (1990, p. 57), “os filhos podem constituir mecanismos de desvios de conflitos dos pais no momento em que se deparam com um fato de extrema gravidade e desestabilizador que é o câncer”.

No tocante à questão dos relacionamentos intra-familiares, Freud (1920, p. 11) coloca que:

O indivíduo, nas relações com os pais, com os irmãos e irmãs, com a pessoa amada, com os amigos e com o médico, caem sob a influência de apenas uma só pessoa ou de um número bastante reduzido de pessoas, cada uma das quais se torna enormemente importante para ele.

No que tange aos relacionamentos familiares, percebe-se que o câncer pode mobilizar transformações tanto construtivas quanto destrutivas, estas últimas, implicando essencialmente em novas formas de comunicação familiar, numa revisão nos modos habituais de comunicação e funcionamento.

Na medida em que os familiares da criança vão entendendo o emaranhado de nuances contidas nesta rede de informações, torna-se possível a elaboração psicológica, permitindo que a família internalize o real significado do diagnóstico. Na verdade, o entendimento das informações não tranqüiliza os familiares, mas poderá reduzir substancialmente os níveis de ansiedade e angústia, tornando-os mais resilientes no enfrentamento do tratamento.

Este universo de dúvidas é permeado de significados, onde a forma como a notícia é dada à família, torna-se fator determinante no desencadear de sentimentos positivos ou negativos. Segundo Bozeman apud Valle (2001, p. 27) quando negativos, “são os estereotipados e preconceituosos vigentes no contexto social; quando positivos, desenvolverá uma relação de confiança, evitando o afastamento gerado pelo saber médico”. Portanto, no momento que o diagnóstico for dado pelo médico, é importante a presença da equipe de cuidadores, e que estes estejam atentos às inquietações que poderão surgir no núcleo familiar, acolhendo-as dentro do possível, pois facilitará a adesão do paciente ao tratamento.

Um sentido de causalidade para a doença do filho é posta no imaginário dos familiares, levando-os a significados de natureza existenciais, tais como sentimentos de culpa em relação às atitudes adotadas no desenvolvimento de suas vivências com o filho. Nesta fase

de crise, a criação de significados é uma tarefa-chave para maximizar a preservação dos sentimentos de domínio e auto-competência, bem como o de elaborar o luto pela perda da identidade familiar com a instalação da enfermidade.

Para a família, mesmo diante dos resultados da Medicina, a representação simbólica do câncer continua diretamente relacionada à morte e ao descontrole, como se os tratamentos existentes não fossem capazes de estagnar ou curar a doença.

A frase crônica de uma doença como o câncer pode ser longa ou curta, seu início situa-se entre o informe do diagnóstico até a fase final que poderá ser da sobrevivência à morte. As etapas do tratamento propriamente dito, segundo Valle (2001, p. 21) “são vivenciadas pela família por períodos de maior otimismo e outros de desestruturação, nos quais se faz presente a ameaça e a perda”.

O vivenciar de ter um filho com câncer resultará em uma série de ajustamentos no cotidiano da família para que possam dar conta da situação. Isto resultará numa série de redimensionamentos nos hábitos, nas rotinas, nos papéis até então desempenhados, exigindo busca de estratégias para enfrentar o problema, e se o desfecho será satisfatório, dependendo do nível de maturidade e estruturação da constelação familiar.

A estrutura familiar é definida por Minuchin (1990, p. 57) como “um conjunto invisível de exigências funcionais que organiza as maneiras pelas quais os membros da família interagem”. Este conceito se encontra intimamente interligado ao de padrões transacionais, os quais se traduzem nas maneiras que se operam as estruturas familiares.

A maioria dos familiares da criança com câncer tem muitas dificuldades para estabelecer limites às crianças, pois a condição de doentes as tornam manhosas, birrentas e se estabelece níveis elevados de agressividade. Desta forma, Soifer (1983, p. 26) coloca que “mais do que noção de realidade, trata-se de um limite com relação à própria fantasia”. Portanto, uma das maneiras de demonstrar à criança que ela continua sendo querida consiste na possibilidade de serem colocados limites quando estes se fizerem necessários.

Outra questão sempre presente no contexto familiar da criança com câncer é o ciúme e os sentimentos de rejeição e alienação por parte dos outros irmãos e vergonha pela aparência do irmão doente, sendo importante os pais compartilharem com os outros filhos a situação pela qual a família está passando, para que estes possam participar deste processo,

que também lhes diz respeito, de uma forma realista, e ao máximo, desprovida de todas as fantasias que esta situação pode gerar.

A última fase temporal do câncer é o conhecido como período terminal, que pode ou não ocorrer e, abrange desde o momento em que a morte parece realmente inevitável até a morte propriamente dita. Kovács (2002, p. 49) enfatiza a importância de que “possa ser abordado com as crianças o tema da morte, através da utilização de palavras e experiências que possam ser compreendidas por ela, em função da fase de desenvolvimento específica em que se encontrem”. Segundo a autora, “as crianças terminais apresentam, além do medo da morte, os medos da dor, do tratamento e da separação em relação às pessoas de sua família”. No entanto, sabe-se que é dolorido para os pais, falarem sobre morte com uma criança terminal, e normalmente adotam uma conduta de silenciamento na tentativa de proteger a criança. Por outro lado, a psicologia analítica preconiza que a verdade ao ser ocultada, prejudica a elaboração do luto e a relação da criança com o adulto.

Determinadas estruturas adaptativas familiares poderão ser úteis em algumas fases da doença, sendo que algumas se tornam disfuncionais outras conservadas. Há famílias de crianças com câncer que segundo Rolland (2007, p. 379):

Conseguem se organizar coesivamente para dar conta, que requer como tarefa-chave o reestabelecimento de uma certa autonomia para os membros, não conseguem abandonar esta estrutura de crise, nela permanecendo. É uma prisão adaptativa, que é sufocante para todos os membros da família na fase crônica.

A intensidade da convivência da família com a doença crônica pode ser abrandada na transição da fase de crise para a crônica, sendo um momento culminante para a família efetuar correções no seu curso desenvolvimental. Rolland (2007, p. 390) ainda coloca que “no câncer infantil, este momento estaria situado após a primeira elaboração do impacto do diagnóstico pela família, com delineamento inclusive de um plano de tratamento”.

A compreensão da criança com câncer e de sua família torna-se mais abrangente considerando-se as influências recíprocas dentro da unidade familiar. Neste sentido, Dolgin e Phipps (1996) realizaram uma revisão bibliográfica e identificaram uma série de contradições sobre o modo pelo qual o câncer infantil pode influenciar o ajustamento psicossocial da família. Estes estudos foram realizados nos períodos em que o câncer infantil era sinônimo de morte, e segundo esses autores, os estudos tendiam para enfatizar a patologia, ou seja, níveis de distúrbios afetivos e de respostas desadaptadas existentes frente ao estresse da doença. Os autores Dolgin e Phipps (1996, p. 78) apontam para o surgimento de novos focos centrados

nos “processos de enfrentamento e adaptação e na identificação de fatores psicológicos que predisõem respostas saudáveis”.

A colocação de Dolgin e Phipps (1996, p. 79) ressalta, que “esta evolução dos focos só traduz a idéia de que distúrbios psicológicos em famílias de crianças com câncer podem ou não ser um resultado característico e, que diferentes níveis de estresse podem ser esperados”. Neste contexto é importante não negar a possibilidade de ocorrer a disfunção, mas, não generalizar que diante de famílias de crianças com câncer a disfunção estará sempre presente.

Um tema que se deve considerar é que sempre haverá uma relação entre os possíveis ajustamentos da criança e de seus pais, posto que, a dinâmica emocional e os recursos dimensionados pelos pais são determinantes nos modos como as crianças e seus irmãos lidarão com o câncer nas várias e diferentes fases da doença que poderá resultar em crescimento psicoafetivo e emocional, mesmo que oportunizado pela dor.

Nos últimos anos, a relevância dos aspectos psicológicos no processo de adoecimento tem sido cada vez mais reconhecida pelos profissionais de saúde e, conseqüentemente, a importância do psicólogo no ambiente hospitalar. Ainda os autores Dolgin e Phipps (1996, p. 91) “é imprescindível falar deste tema, devido ao fato de que a hospitalização é uma das etapas vividas pela criança com câncer durante seu tratamento e a presença do psicólogo nesta situação é extremamente necessária”. Hoje, é inadmissível não reconhecer que a doença é resultado de uma interação constante entre mente e corpo e influenciada por diversos fatores, que vão além do biológico e incluem fatores psicológicos, sociais e culturais.

No surgimento, desenvolvimento ou prognóstico de uma patologia, além de outros fatores, os aspectos psicológicos estão sempre envolvidos e, por isso, também necessitam de atenção, tanto quanto os aspectos físicos. Além disso, os aspectos emocionais também podem ser desencadeados pela própria doença. Para Petrilli (2004, p. 191), “o psicólogo pode fazer muito pouco em relação à doença em si, este é o trabalho do médico, mas pode fazer muito no âmbito da relação do paciente com seu sintoma”.

A questão da multicausalidade da doença, quando se refere ao adoecer, Petrilli (2004, p. 197) vê “não como um evento casual na vida de uma pessoa, mas sim, representando a resposta de um sistema, de uma pessoa que vive em uma sociedade”. Ou seja, não é por acaso que a doença se instala no sujeito. Tudo que ocorre não só na vida, mas, também no corpo do indivíduo, sendo resultado de sua interação com o meio ambiente e sua

relação com este meio, envolve vários aspectos, que devem ser considerados quando o sujeito é acometido por alguma patologia.

Junto a esta gradual mudança de visão em relação à doença, também tem ocorrido um grande esforço em torno da humanização do tratamento oferecido aos pacientes nos hospitais, visando à atenção global do sujeito sem focar a doença em detrimento da sua história de vida e da sua identidade. É importante lembrar, que a humanização envolve desde a administração do hospital até a equipe de saúde que cuida diretamente do paciente, sendo responsabilidade de todos.

A humanização hospitalar para Mezzomo (2003, p.410) é "tudo quanto seja necessário para tornar a instituição adequada à pessoa humana e a salvaguarda de seus direitos fundamentais", ou seja, a humanização é um movimento de ação solidária em prol de uma produção de saúde digna para todos, cooperando com as pessoas, buscando reciprocidade e ajuda mútua. Entende-se que a humanização é uma ação complexa visto que o indivíduo não pode ser considerado humanizado somente pelo seu conhecimento, mas pela forma que usa esse saber, no caso dos servidores dos hospitais, em benefício da saúde dos pacientes e da qualidade do ambiente. Para Mezzomo (2003, p.410) “a tendência mundial em saúde no tocante à humanização, tem sido a de recuperar a dimensão humana nos tratamentos hospitalares, com o objetivo principal de salientar a necessidade de cuidar do paciente e não apenas de sua doença”.

A humanização do atendimento hospitalar requer mudança de valores, comportamentos, conceitos e práticas, exigindo dos profissionais da saúde um reposicionamento no que se refere ao atendimento aos usuários. Para Mezzomo (2003, p. 421) “humanizar o atendimento hospitalar é dar aos profissionais da saúde mais profundidade na compreensão do processo da saúde e da doença”.

Ao adotar a ludoterapia como cuidado paliativo, a criança hospitalizada com câncer, terá um acompanhamento humanizado, fundamentado na compreensão das implicações biopsicossocial e espiritual, objetivos estes, preconizados pela OMS (1990). As crianças com câncer, fora de possibilidades terapêuticas curativas, necessitam de um acompanhamento multidisciplinar abrangendo cuidados de enfermagem, médicos, nutricionais, fisioterápicos, psicológicos para suprir alterações físicas e emocionais relativas à doença, visando o enfrentamento, a adesão do tratamento oncológico para melhorar a sua qualidade de vida.

Em fins da década de 50 e durante toda a década de 60, a Psicologia foi progressivamente entrando no contexto do hospital geral em resposta às novas tendências que

assinalavam a necessidade de expansão do saber biopsicossocial na compreensão do fenômeno da doença, visando à modificação das concepções habituais, cristalizadas pelo modelo biomédico. Para Angerami-Camon, (1995, p. 28):

A doença passou a ser tida, então, como um estado de crise agravado pela hospitalização, que interfere diretamente sobre o estado emocional do indivíduo, refletindo em sua desarmonização, em um desequilíbrio total.

A partir disso, o objetivo primordial da atuação de psicólogos no contexto hospitalar segundo Angerami-Camon, (2002, p. 25):

É justamente a minimização do sofrimento gerado pelo adoecimento e a hospitalização, evitando as possíveis seqüelas emocionais dessa vivência, assim, o campo de entendimento e o foco de atuação da Psicologia Hospitalar são exatamente os aspectos psicológicos em torno do adoecimento.

A Psico-oncologia é uma área de Psicologia da Saúde proposta pela American Psychological Association (APA) como “um campo de contribuição científica e profissional, específica da Psicologia como disciplina, que visa a promoção, a manutenção da saúde e prevenção de doenças, voltada no atendimento de pessoas com câncer”.

Ao tratar de aspectos psicológicos, fica clara a abertura dessa disciplina para a multiplicidade de recursos teóricos e técnicos aplicados a essa nova demanda, ou seja, nenhuma teoria ou escola da Psicologia Geral apoderou-se, exclusivamente, da possibilidade de embasar teórica e tecnicamente essa nova modalidade clínica. Neste aspecto, Simonetti (2004, p. 44), aponta que “os aspectos psicológicos não existem soltos no ar, e sim encarnados em pessoas, sejam estas pacientes, familiares ou os próprios profissionais de saúde”. Logo, a atuação do psicólogo hospitalar deve se dar essencialmente em nível da comunicação, das relações interpessoais sobre a tríade paciente-família-equipe.

Ao ampliar seu modelo assistencial ao paciente, aos familiares e às equipes de saúde, o psicólogo hospitalar engaja-se definitivamente na essência da sua prática e na humanização da assistência prestada ao nível da saúde. Nesse ponto, cabe ressaltar que frente à inexistência de um paradigma, Chiattonne (2000, p. 93) coloca que na “nova especialidade, muitos psicólogos acabaram por tentar transpor ao hospital o modelo clínico tradicional aprendido”. Com isso, em um primeiro momento, muitas experiências foram malsucedidas, pois esses “novos” profissionais acabaram por distanciarem-se da realidade institucional.

Nesse contexto, a psicologia hospitalar conceituou-se no Brasil, na década de 60, mediante diversas tentativas de fundamentação teórica através do exercício descritivo de tarefas, segundo tendência generalizada nas primeiras publicações científicas.

A partir da década de 60 segundo Chiattonne (2000, p.95) a psicologia hospitalar “estreitou seu compromisso com a comunidade, envolvendo-se não somente nos problemas da

doença atual, mas também cuidando de aspectos psicológicos futuros, prevenindo-os durante a hospitalização”.

Segundo Castro e Bornholdt (2004, p. 48) no contexto hospitalar é preciso que o psicólogo esteja disponível e possa intervir sempre que julgar necessário, não somente quando solicitado. O seu olhar, sua escuta, são insubstituíveis e não podem ser delegados, a não ser temporariamente. Para que isso aconteça, é preciso que esteja ao lado do paciente, onde estão os acontecimentos.

Para Castro e Bornholdt (2004, p. 57) “a criança hospitalizada é um acontecimento que necessita de adaptação às mudanças de sua vida cotidiana, o que nem sempre é fácil”. Os autores acrescentam que não são raras as vezes que se observam regressões emocionais, negação da realidade ou apego afetivo a funcionários do hospital, ou até mesmo uma dependência do pessoal. Isto tudo acontece pela ameaça que o indivíduo sente em função da quebra da rotina, ou pela intervenção cirúrgica ou medicamentosa. Com isso, surge o medo da morte, como ameaça a sua integridade física. O paciente entra em contato com sua limitação, sua dependência e sua impotência. A doença pode provocar culpabilidade, regressão e depreciação de si mesmo, marcando uma ruptura na história pessoal (CASTRO; BORNHOLDT, 2004).

Ao pensar sobre a atuação do psicólogo no contexto hospitalar, Simonetti (2004, p. 41) acredita que “esse profissional não está somente limitado à atenção direta aos pacientes, estando também, atuando na tríade paciente-família-equipe”. Por esse motivo, cabe ao psicólogo participar de equipes multi ou interdisciplinares, onde o seu saber será compartilhado com outros membros, com formações e práticas distintas.

De acordo com Angerami-Camon (2002, p. 21), “as expectativas da equipe de saúde sobre o serviço de psicologia são bastante alvissareiras e abrangem a possibilidade do oferecimento de um sustentáculo emocional eficaz ao paciente”. Para o mesmo autor, uma determinante que o psicólogo precisa ter muito bem definida em sua atuação no hospital é o fato de que o paciente hospitalizado, ao contrário do paciente atendido em consultório, faz parte de um contexto institucional com objetivos específicos.

Nesta mesma forma de pensar, Chiattonne (2000, p. 96) concorda que a atuação do psicólogo hospitalar “está diretamente determinada por limites institucionais, pela instituição em si – o hospital – caracterizada por regras, rotinas, condutas específicas, dinâmicas que devem ser respeitadas e seguidas, limitando as possibilidades de atuação do profissional”. Nesse contexto, cabe ao psicólogo redefinir seus limites no próprio espaço institucional e juntamente com outros profissionais.

No ambiente hospitalar, o psicólogo deve transpor os limites de seu consultório, mantendo contato obrigatório com outras profissões, o que determina multiplicidade de enfoques ao mesmo problema, gerando ações diversas. Levando-se isso em consideração, é evidente que a essência em psicologia hospitalar segue a ótica do trabalho em equipe, onde visões e enfoques diferentes de um determinado problema fazem crescer as possibilidades de intervenção sobre ele.

O psicólogo como profissional da saúde deve observar e ouvir com paciência as palavras e os silêncios de seus pacientes. Para Angerami-Camon (2002, p. 42) é preciso:

Entender e saber interpretar as atitudes e expressões, palavras, gestos e silêncios”. O psicólogo precisa ter uma visão ampla do que está se passando com o paciente, onde leitura apenas do sintoma orgânico não psicólogo não é um classificador de doenças. Por isso, além de diagnosticar e classificar necessita entender e compreender o que não está manifesto.

Entende-se que cada indivíduo possui uma história particular e viverá a internação, também, de uma forma singular. Sendo assim, cabe ao psicólogo conhecer esses aspectos particulares, a fim de poder dar a assistência necessária ao paciente, trabalhando com a subjetividade a partir do que foi objetivado. Portanto, o doente tem necessidade de ser ouvido e atendido no momento em que pede auxílio.

Na psicologia hospitalar, a atuação do psicólogo, segundo Simonetti (2004, p. 38) “centraliza-se no significado e nas conseqüências para o paciente hospitalizado, na vivência de hospitalização e na doença em si. Desta forma, os recursos técnicos e teóricos que norteiam este trabalho devem estar de acordo com a demanda da instituição hospitalar”.

Para Angerami-Camon (2002, p. 7) quando a psicologia foi inserida no contexto hospitalar, coloca que “precisou rever seus postulados, adquirindo conceitos e questionamentos que fizeram dela um novo ancoradouro na busca da compreensão da existência humana”.

A vivência hospitalar coloca o profissional de psicologia em contato com o concreto, onde é possível participar de fatos que são acontecimentos marcantes na vida do paciente e de seus familiares. Foi preciso construir e adequar a práxis, e para tal, foi necessário enfrentar um grande desafio que foi implantar o novo.

Na prática profissional, o psicólogo trabalha diariamente com a urgência médica e com a emergência do indivíduo como pessoa. Isto é entendido por Straub, (2005, p. 27) quando afirma que “cada situação coloca o psicólogo em contato com o novo, o que exige dele uma flexibilidade ao definir qual a ação mais efetiva em um determinado momento, caracterizando a singularidade de cada atendimento”.

Muitas pessoas, apesar dos aspectos negativos que o ambiente e a situação hospitalar proporcionam, possuem uma estrutura egóica forte o suficiente, permitindo que atravessem esta experiência sem repercussões emocionais negativas. Outras com ego mais fragilizado e que não desenvolveram uma maturidade emocional razoável, necessitam de suporte e é papel do psicólogo estar atento para esta necessidade que nem sempre é percebida pelo próprio paciente. Família e equipe, também, estão aptas para perceber cada demanda do paciente e devem ser sensibilizados para esta atitude, colaborando para o trabalho da psicologia e, conseqüentemente, estimulando o trabalho interdisciplinar.

Os aspectos psicológicos não existem soltos no ar, e sim encarnados em pessoas, sejam estas pacientes, familiares ou os próprios profissionais de saúde. Simonetti (2004, p. 53) aponta que “a atuação do psicólogo hospitalar deve ser essencialmente ao nível da comunicação, das relações interpessoais, devendo sustentar-se sobre a tríade paciente-família-equipe”. Ao ampliar seu modelo assistencial ao paciente, aos familiares e às equipes de saúde, o psicólogo hospitalar engaja-se definitivamente na essência da sua prática: a humanização da assistência prestada em nível da saúde.

Os familiares do paciente internado, também, sofrem as conseqüências do adoecimento do parente doente e necessitam de apoio psicológico, pois, também são tomados pelas incertezas e pela angústia da experiência vivida por seu ente querido, sendo fundamental que tenham a possibilidade de expor seus sentimentos, visando a um melhor enfrentamento da situação. O psicólogo deve oferecer uma escuta atenta e sensível às questões que emergem para os familiares, devido ao momento difícil atravessado por seu parente e que gera implicações emocionais para todo o núcleo familiar.

A oportunidade da família poder falar, e desta forma, simbolizar todas as angústias sofridas proporciona não só um melhor enfrentamento da situação, como também, o estreitamento dos vínculos familiares, resultando assim, em uma atitude mais cooperativa em relação ao tratamento do parente doente.

A equipe multiprofissional lida com a possibilidade de morte durante todo o tempo que está no hospital; não só com a possível morte do outro se faz presente a todo o momento, como também, esta situação provoca questionamentos sobre a própria finitude. Sentimentos de impotência e onipotência se alternam e demonstram uma grande dificuldade de lidar com a doença e a morte. Os mecanismos de defesa são utilizados, e segundo Pimenta, Mota e Cruz (2006, p. 103) servem para “lidar melhor com um cotidiano

extremamente estressante do qual não se pode fugir e muitas vezes estes mecanismos levam a comportamentos que podem prejudicar a relação da equipe com pacientes e familiares”.

O apoio psicológico à equipe pode ser feito tanto através de conversas informais durante a rotina de trabalho, que para Le Shan (1999, p. 80) devem ser “através da realização de grupos ou atuando em situações específicas, nas quais o psicólogo é solicitado ou percebe a necessidade e pertinência de uma intervenção”.

É sempre importante lembrar que o psicólogo, também, faz parte da equipe de saúde e assim como ela, ele também está sujeito a uma rotina estressante e sendo obrigado a lidar com a finitude do outro e a própria também. Para realizar um bom trabalho e para poder dar suporte a pacientes, família e equipe, ele necessita rever sua posição diante da morte, elaborando o medo e a negação em relação a este tema.

O psicólogo antes de ser um profissional, é e deve ser um ser humano sensível às questões da vida e das outras pessoas e empático na realização de suas atividades. De acordo com Le Shan (1999, p. 80) “se os sentimentos do terapeuta estiverem mal resolvidos por ele estar trabalhando com alguém que está morrendo, fazendo-o sentir que seus esforços são inúteis e sem esperança, provavelmente esses sentimentos serão transmitidos ao paciente”. Assim sendo, ao invés de uma posição de neutralidade máxima, de onipotência, ou até mesmo de apatia, o psicólogo hospitalar deve manter seu lado humano e solidário, caso contrário não poderá cuidar das pessoas em situações tão difíceis como as que são encontradas todos os dias nos hospitais.

Além das condutas terapêuticas realizadas no cotidiano hospitalar com a tríade paciente-família-equipe, Le Shan (1999, p. 80) ainda coloca que é dever do psicólogo hospitalar “investir nas áreas de pesquisa, se especializando para trabalhar na área e participando de estudos que proporcionem novas informações e conhecimentos sobre o tema e que divulguem a importância da especialidade na área da saúde”.

A Psico-oncologia, segundo Rolland (2007, p. 98) tem como foco de cuidado, “o paciente oncológico, e tem como objetivo principal, proporcionar uma maior qualidade de vida ao paciente com câncer através de uma abordagem psicossocial, a incorporação do conceito de cuidados paliativos e a valorização do aspecto religioso”. Para o autor Rolland (2007, p. 98) o trabalho da Psico-Oncologia tornou-se possível devido:

A uma maior possibilidade e abertura dos pacientes com câncer e seus familiares de falar sobre a doença e o prognóstico, já que antigamente muitos médicos tinham o costume de esconder ou atrasar a revelação do diagnóstico, o que impedia qualquer tipo de trabalho que envolvesse as questões emocionais relativas à doença.

Para Chiattonne (2003, p. 23) a Psico-oncologia no Brasil surgiu “a partir da mudança de visão dos profissionais de saúde e da opinião pública em geral, a respeito da doença e seu aspecto psicossocial”. Neste mesmo contexto, o reconhecimento dos fatores psicológicos como contribuintes para o desenvolvimento do câncer e a necessidade de uma intervenção psicossocial nesta área, fez com que diversos profissionais, inspirados em serviços de Psico-oncologia existentes em outros países, percebessem a necessidade de investimento neste campo.

A formação em Psico-Oncologia é essencial para o cuidado aos pacientes com câncer já que representa a união entre Psicologia e Oncologia, resultando em um maior conhecimento a respeito destas duas áreas de trabalho. Segundo Chiattonne apud Angerami-Camon (2000, p. 24), “este conhecimento possibilita a integração destas duas especialidades dentro de uma perspectiva de trabalho que vise à valorização dos aspectos emocionais do paciente oncológico e a inclusão destes fatores no seu tratamento”.

A atuação do psicólogo na Oncologia Pediátrica é imprescindível, e para Schavelzon (2004, p. 162) isto ocorre, devido ao fato, de que “o câncer não se trata somente do adoecimento de um corpo devido a uma multiplicação desordenada de células”. Entende-se, então, que o câncer, assim como qualquer outra doença, atinge o corpo sim, mas o corpo de um sujeito, é alguém que possui uma história de vida, faz parte de um contexto específico e possui uma singularidade que o faz diferente de todos os outros pacientes com a mesma doença. Isto quer dizer, que cada paciente enfrentará o câncer de uma maneira particular e por isso não devem ser tratados como se fossem mais um paciente oncológico dentro de um grupo padrão.

Neste aspecto, Schavelzon (2004, p. 167) diz que:

Para o estudioso do câncer a história começa com o diagnóstico do câncer; para o psicoterapeuta, a história começa antes do diagnóstico, compreendendo desde o que está acontecendo à volta do paciente, enquanto o câncer existe .

Ao falar sobre a equipe de saúde que trata o paciente com câncer Petrilli (2004, p. 203), enfatiza sobre “o cuidado que esta deve ter para não tratá-lo como objeto, sim, como sujeito, principalmente devido à posição passiva que a criança doente se encontra por estar submetida aos cuidados da equipe”. Deve também, atentar para as características físicas dos pacientes com câncer, que podem tornar-se parecidas, fazendo com que a equipe os trate como iguais.

Antes de qualquer intervenção na Oncologia Pediátrica, o psicólogo deve estar consciente de que está lidando com crianças doentes e não com a doença, e que não é possível

levar a cabo nenhum tipo de intervenção terapêutica direcionada a uma criança que não inclua sua família. Além disso, outra regra básica que deve embasar e anteceder qualquer tipo de trabalho do psicólogo é a sua capacidade para o trabalho multi e interdisciplinar, sendo que, para olhar o sujeito na sua totalidade é necessário que seu trabalho seja compartilhado com todos os outros membros da equipe pertencentes a todas as especialidades necessárias ao tratamento do sujeito.

Na Oncologia Pediátrica, Schavelzon (2004, p. 167) diz que “o psicólogo tem 3 focos de intervenções: a criança, a família e a equipe de saúde. Em se tratando da criança, as intervenções do psicólogo podem ser realizadas de várias formas:

No leito ou individualmente (quando a criança estiver impossibilitada ou recusar-se a participar de atividades grupais); ou em grupo (musicoterapia, arteterapia, etc.), através da elaboração de atividades com outras crianças, que visem a uma interação social e o compartilhamento de experiências e sentimentos que podem, também, ajudar para um melhor enfrentamento e elaboração da doença e da hospitalização. Além disso, caso haja necessidade, o suporte emocional à criança também deve ser oferecido após a alta hospitalar.

Durante o período de internação para tratamento oncológico a criança, além de receber informações, deve ser ouvida, seja através de suas palavras, gestos ou até mesmo através do brincar, quando esta e outras técnicas lúdicas, tornam-se possíveis de serem utilizadas no ambiente hospitalar. Toda forma de expressão deve ser utilizada como meio de comunicação com a criança para que possa falar de seu mal estar, de sua angústia, tirar dúvidas, dar significado aos acontecimentos e tentar minimamente posicionar-se como sujeito na situação que vivencia.

Alguns temas básicos na vida do ser humano, que ganham significado durante a infância, tornam-se mais presentes para criança durante a sua vivência para tratamento oncológico. Vida, morte, doença, identidade, auto-imagem, corpo são alguns destes temas e a maneira como eles serão tratados definirá a importância e o significado que cada um deles terá no futuro da criança. Rolland (2007, p. 98) ressalta que “é papel do psicólogo, auxiliar a fim de que o sofrimento proporcionado pelo câncer não influencie de forma negativa nas significações atribuídas pela criança a estes temas”.

A sensação de perda de controle sobre o próprio corpo, tanto pela submissão aos procedimentos invasivos quanto pelas limitações impostas pelos sintomas da doença; os efeitos colaterais do tratamento e a sensação de perda da liberdade, tanto devido às limitações de certas atividades impostas pela equipe, mesmo que a criança sinta-se disposta a realizá-las quanto pela superproteção dos pais, todas essas interferências, deverão ser trabalhadas com

muita cautela com a criança, pois, são sensações desagradáveis, sobre as quais não tem controle e dos quais deve ser orientada, e muitas vezes, até mesmo convencida do motivo, da importância e da necessidade de submeter-se a elas.

A auto-imagem, também, é um tema importante que segundo Torres (2002, p. 63) deve ser trabalhado pelo psicólogo com a criança, pois:

Sua aparência modifica bastante durante o tratamento, a forma como se vê, a maneira como ela imagina que os outros a percebem, e a importância que dá a isso, são fundamentais na forma como a criança vai lidar com as mudanças estéticas que ocorrem.

O ambiente hospitalar, também, deve ser modificado, de acordo com a necessidade exigida e as possibilidades oferecidas pela instituição a fim de que a criança, apesar dos aparelhos e dos procedimentos invasivos, sinta-se o menos possível longe de casa, fazendo uma proximidade com objetos que sejam familiares a ela e que tornem o ambiente minimamente com a sua “cara”. Além disso, Sdala (2007, p. 106), afirma que “o espaço hospitalar deve ser rico em elementos sensoriais que estimulem o interesse visual, auditivo, olfativo e tátil, na tentativa de fazer do hospital o lugar mais agradável possível”.

Todo o trabalho da Psicologia realizado com a criança na Oncologia Pediátrica deve visar ao entendimento dos efeitos traumáticos que essa experiência pode proporcionar e fazer dela uma vivência elaborada, na medida em que possibilitará a aquisição de recursos saudáveis para lidar com situações difíceis. Além disso, Gimenes (1998, p. 232) acrescenta que “a Psicologia também ajudará a impedir que a relação desta criança com o ambiente hospitalar e a imagem que ela terá dele sejam negativas e acabem provocando problemas”. Então, independentemente da criança ter outras doenças ou não, uma vez acometida pelo câncer, mesmo curada clinicamente, o contato com o ambiente hospitalar ou algo que remeta à esse ambiente, será inevitável, ainda que seja através de um consultório médico.

Em relação ao sofrimento da família, Valle (2001, p. 23) enfatiza que o psicólogo “deve oferecer um suporte emocional, a fim de que, esta possa enfrentar da melhor forma possível, a situação, já que também vivencia tudo com a criança, principalmente a mãe que geralmente é quem toma para si, a responsabilidade pelo cuidado do filho doente”.

O grupo terapêutico com familiares é uma excelente forma de fazer com que estes coloquem em palavras suas emoções e compartilhem sentimentos e vivências com outros familiares que estão passando pela mesma situação (VALLE, 2001).

As terapias com atendimentos individuais são, também, indicadas em momentos de maior angústia principalmente para os familiares que demonstram maior dificuldade para elaborar a situação e, isto os impede de assistir a criança doente, posto que, o estado emocional dos familiares em desequilíbrio, afetará negativamente a criança. A este respeito, Valle (2001, p. 29) entende que:

De uma forma, o atendimento individual, oportunizará a cada membro da família falar sobre seus medos, angústias e fantasias e assim ter seu nível de ansiedade reduzido; de outra forma, a criança, também, terá ganhos secundários, pois, quanto mais tranquilos os pais, maior tranquilidade transmitirão à criança, visto que, os cuidadores familiares, principalmente os pais, agem como mediadores entre a criança e a doença, pois, juntamente com o médico e todos os demais integrantes da equipe é que darão significado e justificativa à tudo que passará com a criança a partir do diagnóstico.

O recebimento do diagnóstico de câncer do filho dados aos pais gera inicialmente, sentimentos de angústia e comportamento emocional de tristeza. Um dos meios de minimizar e organizar essa confusão de sentimentos é desmistificar o caráter mortal do câncer, demonstrando aos pais, que cada caso é único, e o câncer não afeta a todos da mesma maneira, esclarecendo as dúvidas ou pontos obscuros. Para estreitar a relação médico-paciente é necessário que informações médicas sejam dadas por este profissional com o auxílio do psicólogo para esclarecimento de possíveis dúvidas pelos familiares.

Outra questão importante e que determina muitas das reações dos pais é o sentimento de culpa ou a atribuição de culpa do diagnóstico do filho ao médico. Neste aspecto, Valle (2001, p. 29) afirma que “é necessário que os pais tenham consciência de que não há culpados e, que buscar uma causa para a doença, além de ser um esforço inútil, não ajudará na recuperação da criança”.

A mesma autora (p. 30) acrescenta que “a questão da culpa, também, está relacionada ao consentimento dos pais para que procedimentos invasivos e dolorosos sejam administrados”. O motivo pelo qual os procedimentos serão realizados, assim como o caráter de necessidade dos mesmos, deve ser sempre reforçado para que os pais não se culpem e não temam perder o amor de seus filhos. Este tipo de intervenção, também deve ser utilizado, nos momentos em que os pais precisarem tomar decisões importantes em relação ao tratamento, decisões que muitas vezes podem colocar em risco a vida da criança.

Ao falar da família, não se pode esquecer os irmãos da criança com câncer, pois eles também têm suas vidas abaladas e sofrem com a ausência dos irmãos quando estes estão hospitalizados. Na forma de abordar os irmãos Fiorini (1991, p. 117) coloca que “deve variar de acordo com a idade, mas independentemente da faixa etária, eles também devem ser

ouvidos, receber um suporte emocional e serem informados de tudo o que se passa”. Neste aspecto, os pais devem ser encorajados a falar com os outros filhos sobre a doença e o tratamento, atualizá-los a respeito do estado do irmão doente sempre que houver novidades, pois a falta de informação pode levá-los a pensar o pior e dessa forma agravar o seu sofrimento (FIORINI, 1991).

Devido ao sentimento de abandono vivido pela criança e pelos irmãos é importante que haja uma conscientização dos pais a respeito da rotina familiar, orientando-os para que estas permaneçam as mesmas, na medida do possível. Para tanto, Fiorini (1991, p. 117) diz que:

Não negligenciem suas atividades e obrigações por causa da doença do filho e principalmente que não deixem de atender, também, às necessidades dos filhos saudáveis, que podem não ter caráter de vida ou morte, mas, também podem ser traumáticas se negligenciadas por muito tempo.

Neste ponto, o mesmo autor coloca que é recomendável um trabalho específico com os pais, a fim de que estes não negligenciem a própria relação conjugal, pois uma vez descoberto o câncer de um filho, toda a rotina da família passa a girar em torno da criança e da sua doença, como se mais nada importasse e merecesse atenção; assim, quando a criança é curada e a vida volta ao normal, esta já não é mais a mesma. A realidade se mostra, e tudo aquilo que deixou de ser investido, expõe as conseqüências do abandono, e no caso dos pais, a maior conseqüência costuma ser a separação, que muitas vezes ocorre ainda durante o tratamento da criança (FIORINI, 1991).

Um trabalho voltado para os pais consiste em apoio psicológico preventivo, antes mesmo que o conflito entre o casal se instale, através de aconselhamento e orientação para que não se esqueçam da vida conjugal e não permitam que esta seja afetada pelo momento vivido. No caso de um conflito já instalado, Valle e Françoso (2005, p. 32) recomendam “a terapia de casal ou individual, caso um dos pais não aceite, a primeira opção, também é válida.

Ao trabalhar com o paciente e sua família, o psicólogo deve basear-se no conceito de crise. Sendo assim, para Valle e Françoso (2005, p. 32) é tarefa do psicólogo:

Atuar junto a pacientes e familiares neste momento de crise, que é a descoberta do câncer, e auxiliá-los na busca de recursos mais eficientes para adaptar-se à situação e lidar com ela da forma mais saudável possível, fazendo dela uma oportunidade de crescimento e amadurecimento. Assim como as crianças, no caso das famílias, caso seja necessário, o apoio psicológico também deve ser oferecido após a alta hospitalar da criança.

O trabalho da Psicologia com a equipe de saúde, além de envolver a permanente troca de informações a respeito do paciente, a fim de que este seja visto na sua totalidade, também é importante que o psicólogo fortaleça o vínculo terapêutico entre paciente, família e equipe, pois uma boa relação entre eles só tende a favorecer um melhor enfrentamento da situação por parte do paciente e da família, além de colaborar para o trabalho da equipe. As mesmas autoras Valle e Françoso (2005, p. 38) acrescenta que “o psicólogo deve estar atento a falhas na comunicação na tríade paciente-família-equipe que possam causar dificuldade de relacionamento e intervir quando necessário, pois o mais prejudicado em uma situação destas costuma ser o paciente”.

É fundamental considerar que a equipe responsável pelo tratamento de crianças com câncer, também, necessita de um suporte emocional, pois ainda que aquelas crianças não sejam seus parentes, elas estão sob a responsabilidade da equipe, e cabe a ela salvar vidas ou pelo menos tentar amenizar os prejuízos que a doença pode causar. Entretanto, estes sentimentos não são exteriorizados e interpretados por pacientes como frieza ou má vontade. Sendo assim, em situações de crise é importante a mediação do psicólogo como facilitador da comunicação entre a equipe-paciente-família, visando sempre ao bem estar da criança doente.

As formas e oportunidades de intervenção do psicólogo não se esgotam aqui. Foram expostos algumas das inúmeras possibilidades de trabalho que podem ser realizados na Oncologia Pediátrica. A atuação no contexto hospitalar seja com pacientes com câncer ou acometidos por outras patologias é extremamente versátil e como já foi dito, exige muita flexibilidade e criatividade nas ações cotidianas, pois as demandas são sempre diversas e imprevisíveis. Desta forma, não há como enumerar todas as possibilidades de atuação do psicólogo, pois elas são infinitas e estão sempre em constante transformação.

Assim, em última instância, o que se constata é que os psicólogos estão definindo o lugar da Psicologia no contexto hospitalar para além de qualquer distinção terminológica. Esse lugar consiste, portanto, essencialmente em um lugar de escuta, mas de uma escuta diferenciada e privilegiada, na medida em que é a porta de entrada para um mundo de significados e sentidos. Além disso, é justamente nesses espaços e momentos de integração que a Psicologia vai fortalecendo seu lugar nesse campo institucional.

2.2 PREJUÍZOS DA HOSPITALIZAÇÃO: benefícios do brincar no enfrentamento do câncer.

As primeiras legislações sobre a infância surgiram, em diversos países, nos fins do século XIX e nas primeiras décadas do século XX. A “doutrina da situação irregular”, predominante à época, baseava-se no controle social dos menores infratores, bem como daqueles reconhecidos como abandonados moralmente ou materialmente por seus familiares. Aos juízes do judiciário foi outorgado o poder de decidir sobre o destino dessas crianças e jovens, intervindo na vida de suas famílias em nome da proteção, conforme o conteúdo dessas primeiras legislações.

A Assembléia Geral das Nações Unidas aprovou em 1959 a Declaração Universal dos Direitos da Criança (BRASIL, 1959), que se constituiu o primeiro documento legal de âmbito internacional, e isto, modificou esse panorama ao conceder à criança a qualidade de “sujeito de direito”. Nesse documento, vários direitos foram concedidos, dentre os quais se destacam: alimentação, moradia, assistência médica adequada para a criança e a mãe, educação gratuita, lazer, proteção contra o abandono e exploração no trabalho. Prevêem a todas as crianças a equidade como garantia aos direitos assinalados, sem qualquer exceção ou distinção por motivos de raça, cor, sexo, idioma, religião, implicações políticas ou de outra natureza, além de precária condição social, situação econômica, entre outras variáveis inerentes à própria criança ou à sua família.

O Princípio VIII da Declaração Universal dos Direitos da Criança (BRASIL, 1959) prevê que “a criança deve desfrutar plenamente de jogos e brincadeiras, os quais deverão estar dirigidos para a educação; a sociedade e as autoridades públicas se esforçarão para promover o exercício deste direito.” Ressalta-se, portanto, que o lazer infantil é garantido e de responsabilidade do Estado desde 1959.

A Constituição Brasileira, em 1988 (BRASIL, 1988) e a implantação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em outubro de 1990, têm como doutrina jurídica a proteção integral determinando, ao menos formalmente, a existência do estado de direito para a infância e adolescência. Com essa conquista jurídica, especialmente com a promulgação da Constituição em 1988, o congresso brasileiro, teve a intenção de mudar a visão paternalista e assistencialista de outrora no tocante aos menores.

O dever do Estado para com a educação das crianças é enunciado no Art. 208 da Carta Magna (BRASIL. Constituição, 1988) garantindo além de outros direitos que conduzam o de uma efetiva educação para essas crianças com acesso ao conhecimento, à aprendizagem e ao brincar, requisitos fundamentais para o processo de formação integral da infância.

Dando continuidade, o art. 227 determina:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (BRASIL. Constituição, 1988).

A citação reporta ao fato em que o dever não cabe somente ao Estado, mas também à família e à sociedade de assegurarem direitos básicos à criança como os concernentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à liberdade e, inclusive, ao lazer.

O Art. 3º do ECA assegura que todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana devem ser gozados pela criança e a ela devem ser assegurada, todas as oportunidades e facilidades, por lei ou por outros meios, para promoverem os desenvolvimentos físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.

O Art. 4º do ECA ressalta os deveres da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público, no sentido de que os direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária sejam assegurados com absoluta prioridade.

No Artigo 16 do ECA são especificados os aspectos que compreendem o direito à liberdade, dentre os quais se destaca o inciso IV e V que dispõe sobre o brincar, praticar esportes, divertir-se, participar da vida familiar e comunitária, sem discriminação (BRASIL. Lei nº 8.069/90).

O ECA, segundo Campello e Carvalho (2004, p. 67), foi o responsável por uma nova forma de gestão da política pública às crianças e adolescentes, onde a proteção dos direitos tornou-se uma forma de efetivar políticas públicas. Ressalta-se que o referido Estatuto, é um instrumento legal importante no processo de reconhecimento dos direitos da criança e do adolescente e constitui uma possibilidade de implementação nas políticas públicas de proteção à criança incluindo aquelas que garantam do acesso diferenciado ao brincar.

Outro aspecto, que deve ser registrado, é o fato que no Brasil, a preocupação com a permanência dos pais no hospital só veio a se tornar mais efetiva após a promulgação da Lei nº. 8.069, de 13 de julho de 1990. Essa lei regulamenta o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, lei 8.069/90) dispõe em seu Artigo 12: “os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsáveis, nos casos de internação de criança ou adolescente”

A inserção de um acompanhante e seu envolvimento no processo terapêutico é relevante, principalmente, no caso de crianças com menos de 5 anos de idade, quando exigem uma atenção maior dos cuidadores. Autores como Cypriano e Fisberg (2004) concordam com a idéia de que “a separação da mãe é um fator que provoca efeitos diversos no processo de hospitalização infantil, especialmente, naquelas menores de seis anos de idade”. Com base no exposto, percebem-se alterações nas políticas hospitalares durante os últimos anos, refletidos na atitude modificada em relação aos pais, pois muitos hospitais não mais consideram os pais como “visitantes” e enfatizam sua presença durante todo o período de hospitalização da criança.

Quanto ao brincar no hospital, a Lei 11.104 de 21 de março de 2005 dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação. O Art. 1º regulamenta a obrigatoriedade das brinquedotecas nas dependências dos hospitais que apresentem atendimento pediátrico em regime de internação (BRASIL, lei 11.104/05).

O Art. 2º da mesma Lei apresenta a definição de brinquedoteca, para os efeitos desta Lei, como sendo “o espaço provido de brinquedos e jogos educativos, destinado a estimular as crianças e seus acompanhantes a brincar”. Por fim, o Art. 3º trata da punição prevista aos infratores, face à inobservância do disposto no art. 1º ao configurar infração à legislação sanitária federal e sujeita às penalidades previstas no inciso II do art. 10 da Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977.

Essa importância dada ao brincar por essa Lei tem na explicação de Ribeiro (1994, p. 56) de que é devido:

Trata-se de uma forma da criança integrar-se ao ambiente que a cerca assimilando valores, desenvolvendo diversas áreas de conhecimento, e no convívio com outras crianças aprende esperar sua vez de brincar e a emprestar e tomar como empréstimo outros brinquedos.

Nesse sentido, considera-se um grande avanço a conquista, no texto legal, da obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que oferecem atendimento pediátrico em regime de internação através da Lei nº. 11.104 de 21 de março de 2005 (BRASIL, lei 11.104/05).

A hospitalização para a criança, devido à ausência da família, representa um impacto, não restrito apenas ao paciente, mas também a todo o sistema de saúde. Para uma ação positiva é necessário uma abordagem conjunta de todas as pessoas envolvidas com as crianças, além de ser indispensável uma diretriz específica para desenvolver-se uma uniformidade de tratamento, adequado às suas necessidades.

Sem uma atenção especial, que privilegie a satisfação das suas necessidades psicossociais, os prejuízos causados pela hospitalização prolongada podem ser graves. Lima (1985, p. 98) ressalta que “hospitalização é para a criança uma experiência que, em maior ou menor grau, repercute no seu desenvolvimento emocional, tanto positivo como negativamente”. Sabe-se que, em especial, nos primeiros anos de vida, a perda, ou mesmo o afastamento do objeto de amor, pode gerar uma descrença em relação aquele objeto, o que futuramente terá repercussões nas suas relações com as pessoas e com o mundo. É sabido que nas situações de crise o ser humano é mais vulnerável, tornando os vínculos afetivos mais frágeis. Neste ponto, Melitto e Ojeda (2005, p. 82) consideram que “é neste momento que são necessárias atitudes e capacidades relacionadas com a função de sustentar os vínculos”.

Ao contextualizar os prejuízos que a hospitalização prolongada causa às crianças Straub (2005, p. 54) afirma que “estão ligados à duração prolongada da internação afastando a criança de seu ambiente familiar, da vida escolar, às vezes privada da companhia dos pais e à exposição de procedimentos dolorosos, invasivos e desagradáveis”.

Para Chiattonne (2003, p.156) “o tempo prolongado da hospitalização é um fator determinante de prejuízos graves à criança e:

Quanto maior o tempo de internação, maiores serão os impactos negativos no estado psicológico gerando na criança comprometimento na auto-estima, sentimento de culpa pelo sofrimento de seus familiares, problemas de sono, agressão hostil, perda de apetite, perda de peso, parada do desenvolvimento e crescimento, dermatoses, manifestações psicossomáticas, incapacidade de fazer contatos e tomar iniciativas, personalidade instável, carência afetiva, sentimentos de vingança, desorientação, distúrbios do comportamento, enfraquecimento de todas as suas funções fisiológicas, estando sujeita a contrair infecções e ausência de aquisição das aprendizagens normais ou até mesmo a perda daquelas que já existiam, como a fala e controle dos esfínteres.

As conseqüências da hospitalização no desenvolvimento da criança foram assinaladas por Spitz (2005, p. 95), mostrando os prejuízos e os riscos que a hospitalização pode causar à criança. As conseqüências observadas por esse pesquisador derivam da “qualidade das interações bastantes precárias encontradas dentro do ambiente hospitalar”. De acordo com o autor, a criança hospitalizada passa por três fases:

A primeira é a de revolta com a internação e os procedimentos invasivos e dolorosos; depois, entra em um estado de apatia e finalmente, com a formação de vínculos dentro do hospital, começa a substituir a reação de revolta por aceitação aos cuidados a segunda se a separação da criança com a mãe ocorrer antes dos seis primeiros meses de vida, a criança sofrerá principalmente prejuízo em seu desenvolvimento físico e intelectual; a terceira se a separação ocorrer entre os seis meses e os cinco anos de vida, a criança terá falta de habilidade para estabelecer relações afetivas contínuas e efetivas, podendo gerar desajustamentos às regras sociais.

Em seus estudos Spitz (2005, p. 98) afirma que o hospitalismo é um conjunto de regressões ditas como graves, nas quais:

Crianças de seis a dezoito meses, colocadas em hospitais, separadas de suas mães (se a separação durar mais de quatro ou cinco meses), apresentaram inicialmente um período de choro, gritos e perda de peso, seguido de um estado de recusa de contato, insônia e regressão do desenvolvimento geral, com numerosos sintomas somáticos podendo levar a um estado de enfraquecimento, rigidez facial, aumento de retardo e gemidos raros. O hospitalismo pode ser confundido com os sintomas da própria doença que determinou a hospitalização da criança, dificultando o diagnóstico e o tratamento.

O trabalho de Bowlby (1990, p.73) destaca a separação entre a criança e sua mãe, afirmando que é possível notar uma seqüência de reações, que as chama de fase de protesto, fase de desespero e fase de desligamento:

A fase de protesto é a primeira, poderá durar dias e será de muito choro e raiva; depois, na fase de desespero, a criança torna-se mais calma, porém, permanece preocupada com a ausência da mãe e tem esperança que esta volte; e, com o passar do tempo ocorre a fase de desligamento, na qual a criança parece esquecer a mãe, quando esta vai visitá-la aparenta estar desinteressada, podendo parecer que não a reconhece.

Bowlby (1990, p.74) destaca que nessas fases ocorre uma “seqüência de respostas descritas de protesto, desespero e desligamento - é uma seqüência que, numa variante ou outra, é característica de todas as formas de luto”.

Durante a hospitalização os acompanhantes, em sua maioria as mães, estão presentes, mas há angústia em seus semblantes. Por tudo isso, essas crianças são muito tristes, e a internação é um momento no qual, além da doença, a criança vivencia a separação das pessoas com as quais possui vínculo afetivo, a mudança de espaço físico do lar para o hospital, a diminuição da experimentação e da exploração, procedimentos terapêuticos invasivos, dolorosos, causando medo e emoções de sofrimento ou morte.

O enfoque dado as resiliências³ relacionadas às variáveis comportamentais, sociais, defesas psíquicas e distúrbios psicossomáticos trabalhados através da ludoterapia permite pensar que, não obstante as adversidades sofridas pela criança e por sua família, estas poderão desenvolver e alcançar níveis aceitáveis de saúde e bem-estar. É fato que, cada criança internada deixou para trás o mundo das coisas comuns: os pais, a casa, os irmãos, a escola, os amigos, os bichos de estimação, os brinquedos.

Segundo Bergamini (1997, p. 11), a resiliência “é uma combinação de fatores que auxiliam os indivíduos a enfrentarem e superarem problemas e adversidades na vida”. A resiliência como capacidade universal que permite uma pessoa, grupo ou comunidade se previna, minimize ou supere os efeitos nocivos das adversidades ainda é entendida por Bergamini (1997, p. 15), “como um conjunto de forças psicológicas e biológicas exigidas para atravessar com sucesso as mudanças num processo contínuo de aprendizado ou desaprendizado”. No entanto, o autor explica para que isto ocorra, é necessário que os processos fisiológicos, ativados pelo estresse, funcionem de tal forma, que o indivíduo se torne resiliente por meio da habilidade de reconhecer a dor, de perceber seu sentido e de tolerá-la até resolver os conflitos de forma construtiva.

As situações de riscos, estresse e experiências adversas com respostas finais positivas de adaptações e ajustamentos do indivíduo às tensões vivenciadas são entendidas por Flach (1991, p. 32) como respostas resilientes resultantes da:

Capacidade que tem o ser humano de se recuperar psicologicamente quando é submetido às adversidades, violências e catástrofes na vida, correspondendo à capacidade de pessoas, grupos e/ou comunidades não só de resistir às adversidades, mas sim de utilizá-las em seus processos de desenvolvimento pessoal e crescimento social.

Existem múltiplos fatores e variáveis que devem ser considerados no estudo dos fenômenos resilientes. Em relação aos mecanismos de proteção contidos nas resiliências, Sroufer e Rutter (1993, p. 47), dizem que “necessariamente não eliminam os riscos no vivenciar, porém, têm um efeito de encorajamento que levam a pessoa ao enfrentamento e engajamento para a superação dos mesmos numa predisposição positiva”. Entende-se então,

³ A aplicação do termo resiliência (‘resiliens’ no latim - saltar para trás, voltar, ser impelido, recuar, encolher-se, romper e ‘resilient’, no inglês, que remete à idéia de elasticidade e capacidade rápida de recuperação). Utilizada por ciências como a medicina e a psicologia, a resiliência refere-se à capacidade de a pessoa resistir à doença, à infecção, quer pela sua própria resiliência, quer pela ajuda de uma medicação curativa ou preventiva; para a psicologia, tem a ver com a qualidade de resistência e de perseverança do ser humano em face das dificuldades da vida (BARREIRA, 2006).

que essas condições não devem alimentar, no ser humano, a fantasia da resistência absoluta ao estresse, da invulnerabilidade para resistir ao sofrimento, pois a resistência ao estresse é relativa.

A psicopatologia do desenvolvimento da criança inclui o interjogo entre os fatores de risco e mecanismos de proteção e entre vulnerabilidade e recursos, podendo resultar em trajetórias de sucesso ou fracasso. Para Crepaldi, Linhares e Pedrosa (2006, p. 113) “desse interjogo emerge o processo de resiliência, que consiste na superação ou no adequado enfrentamento das adversidades”. Esses autores acrescentam que a resiliência pode ser definida “como a resistência relativa aos efeitos adversos das experiências de risco que se expressa em uma ampla variação de respostas pessoais frente a situações de estresse e adversidade”.

O processo de resiliência depende de traços e disposições pessoais, assim como da influência do contexto familiar. Segundo Zimmerman e Arunkumar (2006, p. 75), “a resiliência refere-se à habilidade de superar as adversidades, sem que signifique que o indivíduo saia ileso”. Tais autores consideram a resiliência como a “capacidade do indivíduo recuperar seu padrão de funcionamento após experimentar uma situação adversa, sem que deixe de ser atingida por ela, e pressupõe que a pessoa funcionava relativamente bem antes da adversidade”.

A resiliência para Garmezy (1993, p. 416) “é o resultado da interação de fatores genéticos e ambientais, os quais também oscilam em sua função, podendo atuar como proteção em certos momentos e, em outros, como fator de risco”. É um fenômeno relativo e não absoluto, pois o indivíduo pode se mostrar resiliente em uma determinada circunstância e em outra não. Portanto, ainda segundo Garmezy (1993, p. 416) a resiliência ocorre quando “a exposição da pessoa a uma ameaça significativa ou a uma severa adversidade; a concretização de uma adaptação efetiva, apesar do dano em potencial que ameaça o desenvolvimento do indivíduo”.

Os pesquisadores Sroufer e Rutter (1993, p. 47) estudaram o desenvolvimento humano de padrões de adaptações individuais das crianças associados ao ajustamento apresentado na idade adulta, ou seja, procuram compreender como adaptações prévias deixam a criança protegida ou sem defesa quando exposta a eventos estressores. Estudaram também, como os padrões particulares de adaptação, em diferentes fases de desenvolvimento, interação com mudanças ambientais externas. Esse estudo não tinha como proposta inicial estudar a questão da resiliência, mas investigar os efeitos cumulativos dos cuidados familiares deficientes no desenvolvimento físico, social e emocional das crianças.

A pesquisa acompanhou 48 sujeitos nascidos em Kauai, uma ilha do Havai e foram avaliados com 10 anos de idade (incluindo entrevistas com os pais) e acompanhadas até as idades de 18. Sroufer e Rutter (1984, p. 47) informam que os pais tiveram sérios problemas devido ao abuso do álcool e sofreram conflitos familiares desde cedo, além de viver em condições de pobreza. Por volta dos 18 anos, 41% desse grupo apresentaram distúrbios psíquicos ao contrário dos restantes 59%. Esse último grupo foi denominado grupo resiliente, e diferia do primeiro por um número de medidas obtidas através de entrevistas com pais e entrevistas retrospectivas com os próprios jovens. Os fatores que discriminaram o grupo resiliente, segundo os autores, incluíam: temperamento das crianças/jovens (percebidos como afetivos e receptivos); melhor desenvolvimento intelectual; maior nível de auto-estima; maior grau de autocontrole; famílias menos numerosas; menor incidência de conflitos nas famílias. Os autores atribuíram as diferenças às características constitucionais das crianças e ao ambiente criado pelos cuidadores da infância.

Este resultado é confirmado por Martineau (1999, p.34) quando define a resiliência como "habilidade de superar as adversidades". Werner (1993, p.23) entende que o componente-chave desses sujeitos “é o sentimento de confiança que o indivíduo apresenta de que os obstáculos podem ser superados”. Isto confirma a ênfase colocada pelos pesquisadores nos componentes psicológicos individuais e nos aspectos protetores decorrentes de relações parentais satisfatórias e da disponibilidade de fontes de apoio social na vizinhança, escola e comunidade.

A família tem um papel relevante nos processos resilientes bem sucedidos de desenvolvimento da criança, onde alguns aspectos foram incorporados à noção de família resiliente. O autor Garmezy (1993, p. 418) compreende resiliência familiar como sendo:

Um processo desenvolvimental e não como um fenômeno estático e da importância da etapa do ciclo vital em que o indivíduo e a família se encontram quando se deparam com a adversidade; do papel que desempenham os fatores de risco e de proteção na determinação da resposta do indivíduo ou da família à situação que enfrentam.

Estudos citados nessa pesquisa comprovam que a brincadeira, é uma das estratégias, que mais privilegiam a comunicação entre a criança e o adulto, sobretudo na fase pré-escolar e, discute o valor do brincar como forma de enfrentamento do câncer e quais as formas pelas quais a criança enfrenta a sua doença e adere ao tratamento no hospital. Um desses estudos é o de Bettelheim (1988, p. 65) quando diz que “o brinquedo pode ser colocado como algo indissociável da realidade social em que está inserido, conforme se observa na sua história cultural. Para Bettelheim (1988, p. 65) “sua função está intimamente ligada ao valor

simbólico que lhe é conferido pela criança na brincadeira, que é uma associação entre a ação e a ficção, possibilitando a representação do mundo através dos objetos”.

Pensar na importância do brincar Bettelheim (1988, p. 69) diz que nos remete às mais diversas abordagens existentes, tais como:

A cultural, que analisa o jogo como expressão da cultura, especificamente a infantil; a educacional que analisa a contribuição do jogo para a educação, desenvolvimento e/ou aprendizagem da criança e a psicológica que vê o jogo como uma forma de compreender melhor o funcionamento da psique, das emoções e da personalidade dos indivíduos.

O conceito de brincar passa necessariamente por uma interpretação intersubjetiva, que segundo Friedmann (1966, p. 31) “é inequívoca a importância significativa do brincar no ciclo vital do ser humano, sugerindo que não há nenhuma atividade significativa do desenvolvimento da simbolização na criança que não seja trabalhada pelo brincar”. Então, pode-se considerar, que a saúde pode se espelhar no brincar da criança, de tal forma que perturbações da saúde ou cuidado se refletem em trocas ou ausências dessa atividade.

O brincar para Santa Rosa (1999, p. 16) “tem uma relação não somente na construção da subjetividade, como também na função de sustentação e capacidade para suportar os deveres históricos da vida social e familiar da criança”.

Para o ser humano o brincar é uma linguagem analógica não-verbal e gestual, ou seja, uma forma de expressão e uma maneira pela qual a criança se relaciona com o mundo à sua volta. O que a criança vê o que sente, o que compreende, toma forma através do brincar e, brincando Santa Rosa (1999, p. 19) diz que “as crianças representam, simbolizam, transformam-se, assumem personagens e expressam suas verdades e suas dúvidas”.

Segundo Freud (1926, p.18) “o ato do brincar fica a cargo do princípio do prazer, satisfazendo a compulsão, e através do brinquedo e a partir da brincadeira, é possível à criança sair do seu lugar de passiva e encarar uma postura mais ativa”.

A respeito do conceito de brincar, Kishimoto (1999, p. 73) diz que o mesmo “se caracteriza como um comportamento que possui um fim em si mesmo, que surge livre sem noção de obrigatoriedade e se exerce pelo simples prazer que a criança encontra ao colocá-lo em prática”. Portanto, o brincar é um comportamento selecionado pelo seu valor imediato de como se aprende brincando e como brincar melhor, e em algumas crianças o comportamento de brincar, possui valor adaptativo em um momento específico de sua história de vida e não somente na preparação para a vida adulta.

A brincadeira, seja simbólica ou de regras, não tem apenas um caráter de diversão ou de passatempo. Pela brincadeira a criança, sem a intencionalidade, estimula uma série de

aspectos que contribuem tanto para o desenvolvimento individual quanto para o social. Para Winnicott (1975, p. 45) “é por intermédio do seu símbolo, que a criança reproduz uma situação vivida, desejada ou rejeitada, e esta representação apreende algumas das relações importantes que ela mantém com os seres que interpreta e as situações que expõe”.

Os aspectos simbólicos de sociabilidade, linguagem e cognição também são estimulados no brincar que é uma maneira das crianças interagirem entre si, vivenciarem situações, manifestarem indagações e formularem estratégias para suas novas brincadeiras. A respeito do símbolo como representação de uma linguagem pelo brincar, Winnicott (1975, p. 45) diz que:

É uma forma da criança exprimir sua subjetividade, intraduzível apenas pela linguagem oral, enquanto que na brincadeira simbólica ocorre um comportamento de transformação de si mesmo por meio da representação, para si mesmo e para os outros, em que o eu pode se tornar o outro.

As primeiras funções do brincar segundo Rodolfo (1990, p. 93) se refere “a necessidade de extrair matérias para fabricar o corpo, ou seja, que a partir do brincar, a criança supre o corpo apoiado no meio”. Em relação a função do brincar Rodolfo (1990, p. 93) coloca que “é o segundo momento da estruturação do corpo e conduz ao estabelecimento de uma relação entre o meio e a formação dos conteúdos conceituais”. A terceira função do brincar segundo o mesmo autor “se desenvolve em torno das operações simbólicas, na multiplicidade das brincadeiras, onde o brincar é mais que a representação das fantasias inconscientes”. Fica entendido, sobretudo, como uma prática significativa que remete a uma função nos diferentes momentos da estruturação subjetiva, com suas variantes e transformações.

A função do brincar e das brincadeiras reúnem uma combinação de fantasias do que a criança acredita ser verdade no papel que desempenha. Por outro lado, a função do brincar para Batista (2003, p. 17) “não é apenas a de liberar desejos ocultos e reprimidos, mas principalmente indicar um plano de atuação, uma estratégia de apropriação da realidade”.

O brincar, no hospital, exerce a função de estratégia de apropriação de uma realidade que não faz parte da vida cotidiana. É primordial que a criança gravemente doente ou em estágio terminal possa participar nas enfermarias pediátricas ou nos ambulatórios de atividades lúdicas programadas e dirigidas, pois através do brincar a criança pode experimentar sua nova forma de vida. Dessa forma, pode-se compreender a importância do brincar no contexto hospitalar.

Dentre os fatores de proteção ou estratégia de enfrentamento no ambiente hospitalar surgem as atividades lúdicas, expressas no ato de brincar, atuando como

catalisadoras no processo de recuperação e adaptação da criança hospitalizada, permitindo que a mesma resgate as brincadeiras que realizava em seu ambiente natural (familiar), além de ser uma forma de melhorar e qualificar a assistência hospitalar.

Segundo Bettelheim (1988) apud Kishimoto (2000, p. 67) “as crianças são capazes de lidar com complexas dificuldades psicológicas através do brincar”. Para esse autor, as crianças procuram integrar experiências de dor, medo e perda, próprias do ambiente hospitalar.

Com o propósito de identificar e avaliar a importância dada ao brincar pela criança com câncer como estratégia de enfrentamento da hospitalização, as pesquisadoras Motta e Enumo (2004) elaboraram um instrumento com desenhos para a avaliação de estratégias de enfrentamento, com ênfase nas possibilidades do brincar no contexto hospitalar, destacando que a hospitalização pode afetar o desenvolvimento da criança, interferindo na qualidade de vida dela. Esses autores avaliaram a importância dada ao brincar pela criança e caracterizaram as atividades lúdicas possíveis no hospital em 38 crianças hospitalizadas com câncer nas idades entre 6 e 12 anos. A escolha dessas idades se assemelha nos níveis de compreensão e linguagem suficientemente desenvolvidas para participar das entrevistas e da aplicação do instrumento de avaliação exigidos na pesquisa dos autores citados. As crianças foram entrevistadas e responderam a um instrumento contendo 20 desenhos de brinquedos e brincadeiras, classificados em jogos de exercícios, simbólicos, de acoplagem, de regras e atividades diversas. Nos resultados, as pesquisadoras Motta e Enumo (2004, p.22) sugerem que:

Para lidar com essa situação deve-se utilizar o brincar como estratégia de enfrentamento durante a hospitalização, ficando evidenciado que o brincar pode ser um recurso adequado para a adaptação da criança hospitalizada, permitindo personalizar a intervenção.

Diante dos dados apresentados por essas autoras sobre os aspectos positivos trazidos pela ludoterapia em situação de hospitalização, é possível pensar, sobre a possibilidade do brincar como processo terapêutico se constituir em uma estratégia adequada para o enfrentamento da hospitalização.

Para Almeida e Bomtempo (2004, p. 11) o brinquedo, no contexto hospitalar, “permite a criança expressar seus sentimentos e aliviar a ansiedade, pois a encoraja explorar suas fantasias e interpretar a experiência no hospital, dando-lhe alternativa de estabelecer algum controle emocional sobre experiências ameaçadoras ali vivenciadas”. Por meio do brincar, também, o profissional de saúde pode entender melhor os sentimentos da criança e

identificar conceitos errôneos que ela venha a ter em relação à doença, equipe de saúde e ambiente hospitalar (ALMEIDA; BOMTEMPO, 2004).

O brincar e o desenhar para Winnicott (1975, p. 59) “são importantes meios de compreensão do que se passa com o mundo interno (emocional) da criança, sendo também, a situação onde ela pode entender o mundo que a cerca, elaborando os conflitos e frustrações”. As crianças, mesmo doentes, têm necessidade de brincar e se movimentar, como forma de entender em o mundo que as cerca.

O brinquedo com direcionamento terapêutico é uma das modalidades da brincadeira simbólica muito empregada na área da saúde. É definido como uma técnica não diretiva que dá liberdade à criança para expressar-se, inclusive de maneira não verbal, podendo ser empregada por diferentes profissionais de saúde. É indicada segundo Almeida e Bomtempo (2004, p. 32) “para qualquer criança que esteja diante de uma situação de crise como a hospitalização e pode ser realizada em qualquer local, até mesmo no leito da criança, quando hospitalizada”.

O brincar como terapia na psicanálise leva a denominação de ludoterapia que para Ribeiro (2005, p. 42) “consiste em uma técnica bastante efetiva no tratamento de crianças com distúrbios psicológicos, cujo objetivo é promover na criança a compreensão de seus comportamentos e sentimentos”. Ressalta-se que, deve ser conduzida apenas por profissionais especializados (psicólogo, psicanalistas) e necessita de um local especialmente preparado para essa finalidade.

Para Green (1974, p. 31) “o brinquedo como terapia é a técnica de utilização do brinquedo que permite a expressão segura dos sentimentos, pela transferência dos mesmos aos personagens da brincadeira ou ao profissional”. Vigotsky (2001, p. 101), afirma que “[...] o brinquedo é uma das principais ou mesmo a principal atividade da criança.” Com isto, o autor destaca o caráter central do brinquedo na vida da criança, indo além das funções de exercício funcional, de seu valor expressivo e, de seu caráter elaborativo.

Segundo Piaget apud Oliveira (1999, p. 61.) “o potencial dos brinquedos é uma forma que a criança utiliza para deslocar para o exterior seus medos, angústias e problemas internos, como forma de elaborá-los.” Portanto, na brincadeira simbólica, o conteúdo é a experiência da vida afetiva e, a deformação da realidade pela imaginação, expressa-se na forma de brincar.

Nas pesquisas realizadas sobre o brincar como estratégia de enfrentamento no contexto hospitalar Méndez, Ortigosa e Pedroche (1996, p. 48) utilizaram estratégias para redução do estresse induzido pela hospitalização onde a criança ao manipular o brinquedo

expressou seus temores e ansiedades. Participaram deste estudo 34 crianças (20 meninas e 14 meninos), com idade entre 6 e 12 anos (média: 9 anos), inscritas no serviço de oncologia de um hospital infantil público de Vitória, Espírito Santo, vinculado ao Sistema Único de Saúde e considerado referência no Espírito Santo para o tratamento de câncer infantil. Nos resultados os autores concluíram que o caráter lúdico pode estar presente, também, nas técnicas de imaginação e distração, quando a criança é solicitada a imaginar e fantasiar uma história com um herói que ela admire, para que este possa ajudá-la a enfrentar com segurança, a ansiedade provocada pela situação de hospitalização, podendo obter algum controle sobre a situação a ser enfrentada.

O brinquedo, no hospital, assume o significado de instrumento, com funções específicas e formas próprias de aplicabilidade. Em seus trabalhos com crianças hospitalizadas Chiattonne (1996, p. 99), divide os tipos de brinquedos em duas categorias, o brinquedo livre e o brinquedo dirigido onde “as primeiras atividades com o brinquedo livre são desenvolvidas com todos os materiais que se encontram disponíveis, com atividades que são desenvolvidas pela criança, mas orientadas e observadas por um coordenador”. O estudo procurou fazer uso do brinquedo dirigido, com tarefas lúdicas estruturadas, utilizado de forma sistemática, para verificar se existe uma correlação significativa entre o seu uso e a mudança na compreensão e utilização das estratégias de regulação das emoções entre crianças. Foram avaliadas 36 crianças de 6 e 10 anos de idade divididas em dois grupos controles (dentro e fora de hospitais) e um grupo experimental (dentro do hospital). Somente em um dos grupos foi desenvolvida atividade lúdica com sugestões para estratégias mais elaboradas. Os resultados mostram que as estratégias de regulação da emoção modificavam em função da atividade lúdica e que não houve mudanças em função da idade e do gênero; que a própria testagem por ser considerada uma atividade lúdica, pode possivelmente propiciar mudanças em crianças hospitalizadas.

Chiattonne (1996, p. 99) enfatiza as diferenças entre o brinquedo livre e dirigido:

Apesar do aspecto livre da atividade, as crianças não brincam por brincar, na medida que durante todo o período procuramos conversar, orientar e apoiá-las da melhor maneira possível. O próprio brinquedo nos mostra o caminho escolhido pela criança e pelo qual devemos adentrar e trabalhar os conteúdos existentes.

No brinquedo livre são usados os mais diversos brinquedos, e as crianças têm a oportunidade de brincar de maneira livre e são observadas pelos psicólogos. Oliveira (1993, p. 330) recomenda que “a criança que deve permanecer de repouso no leito, não devendo se levantar e sugere que o psicólogo deve levar até ela livros de histórias, músicas, pranchas fixas para desenho e fantoches de dedo”. A mesma autora (1993, p. 330) considera que “é

através dos brinquedos que as crianças falam de seu sentimento de enfermidade, predominantemente referido à ameaça de desintegração física”.

A segunda atividade é a do brinquedo dirigido, que deve ser com brinquedos previamente escolhidos pela equipe, que segundo Chiattonne (1996, p. 163) “são esses específicos ao processo de hospitalização, os quais têm como objetivo ajudar a criança a elaborar suas fantasias, retomar seu equilíbrio psíquico e lidar melhor com os seus medos e temores”. Esses brinquedos podem ser: as bonecas pacientes, as seringas, os estetoscópios, as ambulâncias, as cadeirinhas de rodas, as macas, os instrumentos cirúrgicos, os bonequinhos médicos, as maletinhas de médico. A chance que se dá por meio dessa atividade do brinquedo dirigido é a expressão de sentimentos específicos com o auxílio do material lúdico. A autora Chiattonne (2003, p. 163) “afirma que, a utilização de material lúdico inteiramente ligado ao período de hospitalização possibilita a elaboração de experiências desagradáveis e desconhecidas”.

Os estudos realizados por Mello apud Oliveira (1999, p. 65) teve como objetivo conhecer as representações sociais da enfermidade, a partir da criança, sob o viés da hospitalização. A população de estudo foi constituída por 15 crianças com idade entre 5 e 11 anos, internadas em três hospitais pediátricos públicos localizados na cidade do Rio de Janeiro, no período de 1 a 31 de julho de 1990. A metodologia do trabalho em questão constou de entrevistas realizadas com crianças hospitalizadas, desenhos feitos pelas mesmas crianças e relatos de observação por parte do pesquisador. A interpretação do material foi feita de forma complementar (entrevista/desenho/observação) e teve como eixo fundamental o estabelecimento de uma relação de empatia com cada criança procurando indicar as relações de significação possíveis que cada uma das crianças teria sobre a enfermidade e a hospitalização. Os resultados mostraram que os sintomas da enfermidade surgem na percepção da criança quando estes ocasionam dor ou quando modificam seu comportamento habitual e que na hospitalização a criança é retirada de seu ambiente familiar ocasionando uma série de mudanças no ritmo de sua vida, porém, não pára de se desenvolver, podendo no brincar, expressar plenamente seus pensamentos.

O valor do brincar para Freud apud Trinca et al (2004, p. 57), é discutido “como forma de expressão de conflitos e desejos infantis, salientando que no brinquedo, a criança tenta elaborar suas angústias e expressar suas fantasias”. No mesmo trabalho, Trinca et al

(2004, p. 57), coloca que Klein “utilizou o brincar como meio de acesso ao inconsciente infantil e que a criança expressa suas fantasias, desejos e experiências de uma forma simbólica através de jogos e brinquedos”.

Entretanto, Vigostky (2001, p. 74) diz que “o brincar não é somente uma simples fonte de prazer, mas preenche as necessidades da criança, sendo um motivo para sua ação”. Para Oliveira (1999, p. 66), “crianças pequenas sentem a doença ou a hospitalização como um castigo para algo de errado que tenham feito, custando a associar a hospitalização à cura de sua doença.” Entende-se, que a criança ao se encontrar hospitalizada, os temas manifestos e a maneira de comunicá-los serão diferentes aos manifestados quando a criança estiver em sua casa, gozando de plena saúde junto a seus familiares e seus amigos.

O ato do brincar contém símbolos que facilitam a comunicação das idéias da criança para o adulto que a ouve, ou mesmo para outra criança. O símbolo tem uma função interativa por excelência, existindo sempre em função de quem atribui o significado e do que é representado. Para os profissionais, que trabalham no hospital, Silva (2006, p. 133) diz que:

É fundamental que saibam que o hospital também é lugar de brincar, seja um espaço improvisado ou um espaço organizado, como é o caso da brinquedoteca terapêutica, que tem como principal proposta difundir o brincar por todo o hospital, como forma de promover sentimentos capazes de proporcionar um ambiente acolhedor e resgatar relações interpessoais.

A criança enfrenta dificuldades com as experiências dolorosas e desagradáveis vivenciadas no hospital. Portanto, o apoio daqueles que assistem a criança é essencial para a adaptação dela durante o período de internação, no qual é submetida a tratamentos invasivos e dolorosos aos quais é submetida, pois a atuação diferenciada dos profissionais da saúde para com a criança contribui no cotidiano da internação.

No sentido de minimizar a angústia da criança e familiares, priorizar a singularidade do universo infantil para maximizar o potencial de afetividade, amor e vontade de ser companheiro da criança na experiência vivenciada, Friedmann (1996, p. 49) salienta que:

A tríade profissional-brincar-criança interliga propósitos e expectativas, facilitando a interação positiva, sendo o brinquedo é predominantemente a ferramenta relevante à intervenção humanizada, promovendo o movimento entre o mundo real e imaginário, transpondo as barreiras do adoecimento. Assim, no brincar faz-se necessário o envolvimento no processo terapêutico.

Reforçando esta colocação, Mitre e Gomes (2007, p.147) afirmam que:

O profissional da saúde deve envolver-se no contexto do lúdico, conscientizando da importância de tal estratégia, possibilitando uma vivência diferente, em que poderá estabelecer vínculos prazerosos com a criança hospitalizada, facilitando o tratamento.

No tocante a adesão ao tratamento, a Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2008) publica que “uma adesão de 80% das exigências de tratamento podem ser suficientes para produzir efeitos positivos no controle da doença”. Sob essa perspectiva, deve-se considerar que o mesmo paciente pode aderir a um aspecto do tratamento e não aderir a outro, em diversos momentos do curso da doença.

A inclusão de brincadeiras como estratégia para adesão ao tratamento, através do relaxamento da criança na administração de quimioterapia, foi sugerida por Löhr e Silvaes (1998) em seu trabalho na intervenção psicológica em crianças com câncer. Participaram desta pesquisa 28 crianças (20 meninos e 8 meninas), com idade entre 5 e 12 anos, internadas em hospital público infantil; os responsáveis pelas crianças, como informantes, assim como a gerente socioterapêutica do hospital. As crianças foram selecionadas segundo os critérios: estar hospitalizada e apresentar qualquer tipo de câncer, e ter autorização dos responsáveis para participarem da pesquisa. A coleta de dados durou 6 meses (janeiro a junho de 2006), período em que 56 crianças preencheram os critérios de inclusão na amostra; mas somente 28 (50%) delas compuseram a amostra final. A escolaridade das crianças variou da pré-escola ao ensino fundamental. A maioria das crianças (25=89,3%) estava acompanhada pela mãe ou pelo pai; e (78,5%) das crianças residiam na região metropolitana. Nesse trabalho, o autor coloca a atividade lúdica como uma estratégia cognitivo-comportamental de enfrentamento na adesão ao tratamento do câncer. Para realizar as atividades, brincadeiras estruturadas, de pintar, jogos de raciocínio e de desenvolvimento motor e o uso técnicas de relaxamento foram utilizados. Nos resultados o autor mostra que a oportunidade de brincar no hospital tem efeitos positivos nos danos emocionais gerados pela hospitalização, e que as brincadeiras estruturadas proporcionam o relaxamento e amenizam o sofrimento, favorecendo a comunicação e a expressão dos sentimentos das crianças hospitalizadas.

A adesão ao tratamento segundo Crepaldi, Linhares e Pedrosa (2004, p. 159) demanda à criança e seus familiares “a aprendizagem de novos comportamentos, a modificação de sua rotina diária, como a falta às aulas, isolamento social, tolerância ao desconforto, como usar aparelhos ortopédicos, submeter-se à uma série de vacinas”.

Em geral, é atribuída ao paciente e seus familiares toda a responsabilidade da adesão ao tratamento, mas nem sempre são especificados pelos cuidadores da saúde sobre os processos de mudanças que o tratamento impõe. Algumas estratégias têm sido utilizadas para promover a adesão, dentre as quais Crepaldi, Linhares e Pedrosa (2006, p. 160) destacam as:

Atividades educativas, que se caracterizam pelo oferecimento de instruções, na forma escrita ou oral, para orientar a criança e seus pais sobre a natureza da doença e seu manejo; nas estratégias organizacionais são incluídas desde o tipo de protocolo utilizado para o tratamento, a possibilidade de supervisão pela equipe profissional por meio de visitas domiciliares até a qualidade da estrutura onde o serviço é oferecido, acessibilidade, tempo em sala de espera, obtenção de consultas; e as intervenções diretas com as crianças ou seus cuidadores com a utilização de técnicas psicanalíticas para trabalhar aspectos relacionados à hospitalização recalcados no inconsciente, a técnica cognitivo-comportamental que promova a redução da ansiedade, do medo e dos efeitos da experiência de dor, e estratégias que utilizem a comunicação de informações acerca dos procedimentos.

Nas estratégias de promoções às adesões recomendadas por Crepaldi, Linhares e Pedrosa (2006, p. 160) os autores colocam que “é importante esclarecer ao paciente, mesmo sendo criança, sobre essas estratégias utilizadas na adesão ao tratamento, sobre os aspectos éticos do procedimento, garantindo seu direito à autonomia e consentimento”.

O fato da adesão ao tratamento envolver o seguimento de orientações, segundo Crepaldi, Linhares e Pedrosa (2006, p. 182) “não existe uma definição padronizada que valha para todas as situações. Portanto, o uso do termo adesão, precisa ser adaptado aos diversos contextos da doença do paciente e do repertório comportamental de quem deverá aderir ao tratamento”.

Outra pesquisa buscando identificar e avaliar, a partir do relato da própria criança, a importância dada por ela ao brincar como estratégia de enfrentamento na situação hospitalar foi realizada por Fávero e Salim (2008, p. 189) onde participaram 28 crianças (9 meninas e 19 meninos), com idade entre 6 e 12 anos (média de 9 anos), em tratamento no Serviço de Onco-Hematologia de um hospital infantil público, em Vitória/ES. A Unidade de onco-hematologia desse hospital é considerada referência no Estado do Espírito Santo para o tratamento das doenças neoplásicas e hematológicas infantis, atendendo crianças, em sua maioria, provenientes de famílias carentes e naturais de todo o Estado. A escolaridade das crianças variou da pré-escola até a 6^a série do ensino fundamental, com uma concentração maior de crianças na 2ª série (32,1%). Em termos clínicos, 71,4% das crianças eram portadoras de leucemia, estando em fase de manutenção (64,3%), sem recidiva (85,7%). A escolha dos pacientes do Serviço de Oncologia como participantes desta pesquisa deveu-se ao fato de o tempo de internação hospitalar e o tratamento ambulatorial serem mais

prolongados, colocando a criança em situação de risco para o seu desenvolvimento. Para a coleta de dados, foram utilizados como instrumentos: ficha para registro de dados obtidos em prontuários médicos e fichas de dados sociais; roteiro de entrevista sobre o Serviço de Oncologia; roteiro de entrevista com 5 perguntas abertas a serem feitas para a criança.

A pesquisa de Fávero e Salim (2008, p. 191) foi executada em 4 etapas: identificação dos participantes a partir do cadastro de pacientes; coleta de informações gerais para caracterização das crianças, a partir de prontuários médicos e de fichas sociais do Serviço de Oncologia; elaboração do instrumento de avaliação das estratégias de enfrentamento que recebeu o nome de Avaliação das Estratégias de Enfrentamento da Hospitalização – AEH; e aplicação do instrumento para a investigação das estratégias de enfrentamento da hospitalização da criança com câncer, que incluía o roteiro de entrevista com 5 perguntas para a criança, cujas respostas foram gravadas, iniciando-se com uma pergunta aberta. Os autores, concluíram que ao brincar no hospital, a criança altera o ambiente em que se encontra, aproximando-o de sua realidade cotidiana, o que pode ter um efeito bastante positivo em relação a sua hospitalização. Com isso, a própria atividade recreativa, livre e desinteressada tem um efeito terapêutico, quando se considera terapêutico tudo aquilo que auxilie na promoção do bem-estar da criança. De modo geral, os dados mostraram que brincar constitui-se de fato em um recurso viável e adequado para o enfrentamento da hospitalização e pode ser mais utilizado quando a criança encontra apoio nas ações institucionais que viabilizam e disponibilizam recursos humanos e materiais para este fim.

Na tentativa de alcançar a humanização na assistência à criança no processo de hospitalização, a equipe de profissionais de saúde dispõe de instrumento capaz de proporcionar vivências com novos objetos, sensações, atividades e sentimentos não ameaçadores. Desta forma, Friedmann (1996, p. 49) diz que “o brinquedo proporciona a dinâmica de interações sendo sua utilização a articulação entre o tratamento e cura da criança hospitalizada”.

Portanto, fica nesse momento evidenciado, que a maturidade da criança é conquistada à custa da doença e do sofrimento, sendo necessária, a preparação dos adultos para ajudarem a criança durante todo esse percurso, no sentido de minimizar tais conseqüências ou efeitos negativos e confortá-la nos momentos mais difíceis da hospitalização. Nos momentos das visitas dos médicos, quando da realização dos procedimentos, que os mesmos discutam com a criança seus problemas e questões

expressadas verbalmente, antecipando e anunciando para a criança as preocupações indicadas nos comportamentos, mas não ditas verbalmente.

2.3 A LUDOTERAPIA COMO CUIDADO PALIATIVO EM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS COM CÂNCER

Na língua portuguesa, o verbo cuidar origina-se do latim *cogitare* que segundo Michaelis (2000, p. 622) significa “cogitar, pensar, imaginar, refletir, ocupar-se de, tratar de, zelar pelo bem estar ou pela saúde de. O termo cuidador denomina aquele que cuida ou trata; diligente, zeloso”. Assume, também, o significado de aplicar a atenção, o pensamento, a imaginação (MICHAELIS, 2000).

A palavra cuidado provém do latim *cogitatu*, significando segundo Ferreira (2005, p. 589) “atenção, precaução, desvelo, inquietação de espírito, pensado, imaginado, meditado”. Denota ainda, uma atitude de preocupação, ocupação, de responsabilidade e envolvimento afetivo com o ser cuidado”.

O cuidado, como uma atitude e característica própria do ser humano, para Boff (1999, p. 32) “revela a natureza e a forma concreta de ser humano e, sem este cuidado, o homem deixa de ser humano desestrutura-se, define-se, perde o sentido e morre”. O mesmo autor coloca que: “Tudo o que existe e vive, precisa ser cuidado para continuar a existir e a viver: uma criança, uma planta, um idoso, uma pessoa doente, os animais, o planeta Terra. O cuidado é mais fundamental que a razão e a vontade; é essencial para viver” (BOFF, 1999, p 32).

A necessidade de ser cuidado é própria do ser humano, não implicando necessariamente o estar doente, pois, existem outros motivos que exigem cuidados, tais como, a existência de alguma carência, vulnerabilidade ou ameaça que impulsione o indivíduo em direção a ‘alguém’, que lhe ofereça acolhimento, cuidado e proteção.

O conceito de cuidados paliativos teve origem no movimento hospice, do latim hospes, que significa estranho, anfitrião (PIMENTA; MOTA; CRUZ, 2006). Esse movimento foi organizado por Cecily Saunders⁴ e seus colegas, que disseminou pelo mundo uma filosofia sobre o cuidar, que segundo Pimenta; Mota; Cruz (2006, p. 17) dois elementos são

⁴ Médica inglesa, recentemente falecida, apontada como uma das fundadoras dos cuidados paliativos; em 1967 na Inglaterra fundou o St Christofer Hospice; 1963 publicou o artigo “The Treatment of Intractable Pain in Terminal Cancer”, que marcou o início da consciência dos Cuidados Paliativos. Nesse artigo, fala a respeito do tratamento da dor do paciente terminal, não só no seu contexto físico, mas abrangendo todas as áreas envolvidas na geração do sofrimento nesta fase final da vida, dando origem ao conceito de dor total.

fundamentais: “o controle efetivo da dor e de outros sintomas, presentes na fase avançada das doenças, e o cuidado com as dimensões psicológicas, sociais e espirituais de pacientes e suas famílias”.

O termo *palliare*, também tem origem do latim e segundo Pimenta, Mota e Cruz (2006, p. 17) significa “proteger, amparar, cobrir, abrigar”. Surge então, a perspectiva de cuidar e não somente curar como foco principal.

Na década de 1960 a médica psiquiatra, suíça Elisabeth Kübler-Ross⁵ (1991), relatou suas experiências profissionais com pacientes terminais, teorizando sobre os estágios pelos quais passam as pessoas no processo de terminalidade: negação, isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação. Porém, ressalta que em todos os estágios persiste a esperança dando a sensação que tudo deve ter um sentido e os deve suportar.

Em 1990, A Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 1990) estabelece princípios aos cuidados com o ser diante da morte. Esses princípios em termos de cuidados, afirmam a vida, e reconhecem a morte como um processo natural que não antecipa e nem retarda a morte. Antes, porém, providencia alívio da dor e outros sintomas aflitivos; integra os aspectos psicológicos e espirituais do cuidado ao paciente; oferece um sistema de suporte para ajudar os pacientes a viver o mais ativamente possível; oferece um sistema de suporte para auxiliar a família a cooperar durante a doença e a trabalhar o seu próprio luto e perda. Portanto, a OMS (BRASIL, 1990), define cuidados paliativos como:

Os cuidados totais e ativos ao paciente e família quando a doença não mais responde à terapêutica curativa. O controle dos sintomas físicos e psico-socio-espirituais são soberanos. Procura-se alcançar o maior grau de autonomia possível bem como o melhor nível de qualidade de vida até que a morte chegue.

A OMS (BRASIL, 1998, p. 76) apresentou uma definição específica para cuidados paliativos prestados à criança na qual os princípios são:

1. O cuidado paliativo em pediatria envolve prestar cuidado ativo e total à criança no contexto do seu corpo, mente, alma, bem como oferecer suporte à família;
2. O cuidado paliativo tem início quando a doença é diagnosticada e continua mesmo que a criança receba ou não tratamento com a finalidade curativa;
3. Um cuidado paliativo efetivo requer abordagem multidisciplinar que inclua a família e a utilização de recursos da comunidade e pode ser implementado mesmo quando os recursos são limitados;
4. Profissionais de saúde devem avaliar e aliviar o sofrimento físico, psicológico e social da criança; e,
5. Pode ser oferecido por instituições em nível terciário, em centros de saúde e até na casa da criança.

⁵ M.D. (8 de julho de 1926 — 24 de agosto de 2004) médica psiquiatra, nasceu na Suíça, autora do inovador livro *On Death and Dying*, onde primeiramente apresentou o agora conhecido Modelo de Kübler-Ross. Foi eleita em 2007 para o National Women's Hall of Fame dos Estados Unidos.

Outra definição, desta vez dada pela International Association of Hospice and Palliative Care - IAHP (2006), entidade sem fins lucrativos, traz a idéia de que o cuidado paliativo “é o cuidado do paciente com doença ativa, progressiva e avançada e uma expectativa de vida encurtada, para quem o foco do cuidado é o alívio e prevenção do sofrimento e a qualidade de vida”.

A definição mais recente da IAHP (2006) baseada na própria definição da OMS (BRASIL, 1990), diz:

Cuidado Paliativo é uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes e suas famílias encarando os problemas associados com doenças ameaçadoras da vida, através da prevenção e do alívio do sofrimento por meios de avaliação precoce e avaliação e tratamento impecável da dor e de outros problemas físicos, psicossocial e espiritual.

Fica claro que em todas as definições, o foco dos cuidados paliativos é o alívio global do sofrimento humano, ocasionado por uma situação de proximidade da morte por doença crônica avançada.

Os autores Camargo e Kurashima (2007, p. 16) ressaltam que para um paciente receber cuidados paliativos devem ser observados alguns destes critérios, como “a necessidade que esse paciente seja portador de doença considerada progressiva, incurável, em estágio avançado, cujo prognóstico de sobrevida seja pequena”. Assim, a equipe interdisciplinar terá tempo para abordar a maioria dos problemas emergentes no final da vida.

A condição paliativa tem início quando há sinais de ameaças à vida, quando uma condição limitante ou terminal é diagnosticada e que tenha continuidade mesmo que a criança receba ou não tratamento direcionado para sua doença.

O cuidado paliativo exige a adoção de uma abordagem multidisciplinar ampla que contemple todos os aspectos inerentes à doença e suas conseqüências para a criança e sua família, conforme Camargo e Kurashima (2007, p. 19) “os profissionais da saúde disponham de recursos intelectuais, e de recursos técnico-profissionais, para avaliar e aliviar a dor, as angústias físicas, dar apoio aos aspectos psicológicos e sociais da criança”.

A finalidade do cuidado paliativo e a integração dos aspectos físico (biológico), psíquico (emocional), social e espiritual do paciente, apresentando como principais metas o

controle afetivo de sintomas e manutenção da qualidade de vida. Neste sentido, Camargo e Kurashima, (2007, p. 21) dizem que:

É importante ressaltar que qualidade de vida é um conceito subjetivo relacionado à satisfação, o que depende da história e costumes de cada um para que a qualidade de vida seja alcançada há uma necessidade de uma equipe multidisciplinar junto ao paciente e seus familiares”. Em cuidados paliativos, o paciente e a família são considerados uma unidade de cuidados sendo que a família muitas vezes exerce o papel do cuidador, e que também necessita de cuidados.

Nos diferentes tipos de palição, os aspectos trans-culturais, os aspectos éticos e legais, os psicológicos, as modalidades de comunicações e controles de sintomas devem ser direcionados, no sentido de promoverem uma boa abordagem do cuidado paliativo, onde a criança e seus familiares satisfaçam suas necessidades advindas dos limites impostos pela doença.

Quatro são as categorias de condições divididas por Camargo e Kurashima (2007, p. 21) para as crianças que devem receber cuidados paliativos, a saber:

1. Condições ameaçadoras à vida para as quais o tratamento curativo pode ser responsável, mas também pode falhar;
2. Condições em que a morte prematura é inevitável, nas quais podem ocorrer períodos longos de tratamento intensivo visando prolongar a vida e permitir participação na vida normal;
3. Condições progressivas sem opções de tratamento curativo em que o tratamento é exclusivamente paliativo e geralmente pode se estender durante muitos anos; e
4. Condições irreversíveis mas não progressivas que causam incapacidade severa conduzindo a maior suscetibilidade a complicações de saúde e maior probabilidade de morte prematura.

Algumas condições patológicas tornam a pessoa elegível para receber cuidados paliativos, entre as várias patologias o câncer e AIDS com maior significância epidemiológica, mas também, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica, esclerose lateral amiotrófica, esclerose múltipla, cirrose entre outras.

A assistência ao paciente sem possibilidade terapêutica é um desafio para a família e para a equipe multidisciplinar. O princípio fundamental que rege os cuidados paliativos é o de oferecer por uma equipe multiprofissional um “cuidado total ativo” aos pacientes que não respondem ao tratamento terapêutico e a expectativa de vida seja relativamente curta.

Assim como o nascer, a morte faz parte do processo de vida do ser humano, portanto, algo natural do ponto de vista biológico. Contudo, o ser humano caracteriza-se principalmente pelos aspectos simbólicos, ou seja, pelo significado ou pelos valores às coisas

atribuídas, o significante. A morte passou a ter o significado de fracasso, impotência ao homem ocidental moderno; na ausência de um êxito, ela é escondida e negada.

Antes de abordar o tema sobre a morte na criança, é preciso que se investigue a concepção final significativa atribuída a ela pela criança. Somente após esta escuta, pode-se supor como a criança irá elaborar estes conteúdos. Logo, a concepção que a criança tem da morte poderá fornecer elementos daquilo que ela é capaz de compreender nas diferentes etapas do seu processo evolutivo.

Há preocupação para falar sobre a morte às crianças daqueles que lidam com elas e a maneira de abordar o tema deve estar de acordo com seu nível de compreensão. Para Torres, (2002, p. 65) “o adulto, em geral, não só adota a atitude de negar a explicação sobre a morte, como também tenta, muitas vezes, afastá-la magicamente”. Com este procedimento, Torres, (2002, p. 65) diz que o adulto:

Procura minimizar o significado que a morte pode ter como uma força ativa no desenvolvimento cognitivo, emocional e social da criança. Entretanto, essa negação ou este silêncio em torno da morte, em nada ajuda no desenvolvimento da criança. Ao contrário, quando se tenta manter esta atitude geral de negação, o crescimento da criança é prejudicado.

A psicanálise ortodoxa afirma que o desenvolvimento do conceito de morte na criança somente aparece depois do período edipiano, como produto simbólico do medo da castração, enquanto, que os cognitivos piagetianos, afirmam que a compreensão de conceitos somente se dá quando as estruturas cognitivas da criança atingem as operações formais, no início da adolescência. Esses pressupostos teóricos negam da criança a capacidade de compreender que, para o ser humano, o ato de morrer, além de um fenômeno biológico natural, contém, intrinsecamente uma dimensão simbólica impregnada de valores e significados dependentes do contexto sócio-cultural e histórico em que se manifesta.

Para Freud (1967, p. 103) o complexo de Édipo⁶ é a própria constituição do sujeito em sua palavra, que em relação a um terceiro produz sua significação. Ordena o Complexo de Édipo em três tempos como sendo um nó de relações dos fantasmas originários *Urphantasien*⁷. Nesses fantasmas, encontram-se tentativas de solução desses enigmas que surgem para as crianças e que são os enigmas sobre sua sexualidade (fantasma de sedução), sobre a diferença sexual (fantasma de castração) e sobre sua origem (cena originária). Esses fantasmas são a encenação da posição do sujeito no discurso em relação ao objeto de seu

⁶ Para Freud (1900), esse complexo desempenha papel fundamental na estruturação da personalidade e na orientação do desejo humano; é a fantasia sexual tecida em torno dos pais; é a forma primordial do desejo sexual infantil; conjunto organizado de desejos amorosos e hostis que a criança sente em relação aos pais.

⁷ Fantasma de sedução, castração e cena originária, coito parental.

desejo. Todo o Complexo de Édipo não é somente a relação do filho com seus pais, há uma pré-história, uma história anterior a ele que é a história dos desejos maternos e paternos.

Em seqüência às fases do desenvolvimento psicológico, Freud (1967, p. 105) diz que o complexo de castração emerge na fase de primazia do falo em que há representação da ferida narcísica pela perda do seio depois de mamar, das fezes e pela separação do corpo materno no nascimento, mas que só se deve falar desse complexo quando tal representação de uma perda está ligada à do pênis. É a partir desta fase que as anteriores se re-significam. Portanto, ao re-significar essas representações simbólicas, a criança consegue estabelecer a relação entre significado e significante, dando significação ao seu conteúdo simbólico e suas fantasias acerca da morte e do processo de morrer.

Falar de signo implica uma diferença entre a presença, que é a parte sensível, e a ausência, que é a parte não sensível, onde o significante é a presença sensível da morte e o significado é a ausência do prazer, da saúde, e das suas rotinas normais junto à família. O signo é duplo, simultaneamente sinal e ausência. Saussure (1974, p. 44) define o valor lingüístico como:

Um sistema de equivalência entre coisas de ordens diferentes onde o signo é um valor que por sua significação, relaciona um significado com um significante; estabelece relações de comparação, solidariedade e interdependência com outros signos da língua onde valor surge de um movimento de identidades e diferenças, sendo isto o que faz funcionar uma língua.

O conceito de morte requer uma abordagem multidimensional para se entender quais as fantasias que a criança tem acerca da morte nas suas diferentes etapas do seu desenvolvimento.

Em relação à idade cronológica, considerando o nível cognitivo, o desenvolvimento do conceito de morte pode ser entendido no trabalho realizado por Torres (2002) quando analisou as idéias de 378 crianças húngaras nas idades de 3 a 10 anos, onde as crianças se expressaram por meio de palavras ou desenhos. Na pesquisa Torres (2002, p. 98) identifica a relação dos componentes da irreversibilidade, da não-funcionalidade e da universalidade com o conceito de morte. Constata, ainda, a existência de três etapas:

[...] na primeira (até 5 anos) não há noção de morte definitiva, sendo esta compreendida como separação ou sonho e como um evento gradual e temporário; na segunda etapa (5 a 9 anos), há uma forte tendência a personificar a morte, que é percebida como "alguém" que vem para levar as pessoas, sendo compreendida como irreversível, porém evitável, e também, como algo que acontece a todos e, sobretudo a ela mesma; na terceira etapa (9 a 10 anos), a criança reconhece a morte como cessação das atividades do corpo e como inevitável.

Ao longo de seu crescimento, a criança desenvolve várias habilidades nas áreas motora, emocional, social, cognitiva e de linguagem por meio da exploração dos objetos que a cercam e da interação com as pessoas e ambiente no qual está inserida. Para Piaget (1990, p. 228) “os recursos que a criança se utiliza para tal envolvem sempre uma característica lúdica em sua ação”. Dessa forma, segundo Mitre (2000, p. 38) “o brincar na infância colabora para expressão simbólica de fantasias, dos desejos e das experiências, do aprendizado no domínio da angústia, no conhecimento do corpo e na representação do mundo exterior”.

Segundo Piaget (1990, p. 231) “a aprendizagem ocorre com base em dois processos que perduram por toda a vida que são a assimilação e a acomodação”. Para Piaget (1990, p. 231) “a assimilação é o processo de entrada, seja de sensações, alimentos ou experiências”. Portanto, a assimilação se refere a um processo de entrada que proporciona habilidade ao homem para lidar com situações novas, problemas e informações sobre o mundo, seja com pessoas, objetos, fato ou acontecimento. Enquanto que a acomodação para Piaget (1990, p. 231) “é o processo no qual o indivíduo passa por um ajustamento das suas vivências e por uma mudança mental, onde ocorre a capacitação de administrar problemas antes difíceis de serem solucionados”.

No propósito de definir diferentes formas de interação Piaget (2001, p. 141) divide o desenvolvimento intelectual da criança em quatro grandes estágios seqüenciais, sendo o “sensório-motor (0 - 2 anos); pré-operacional (2 - 7 anos); operacional concreto (7 - 11 anos) e operacional formal (a partir dos 11 – 12 anos)”. Piaget (2001, p. 141) ressalta que “as idades cronológicas, durante as quais se espera que as crianças desenvolvam comportamentos representativos de um dado estágio, não são fixas e podem variar de acordo com a experiência individual e o potencial hereditário”.

O primeiro estágio o sensório-motor, Piaget (1990, p. 231) diz que corresponde aos “dois primeiros anos da vida e se caracteriza por uma forma de inteligência empírica, exploratória, não verbal, onde a criança aprende pela experiência, examinando e experimentando com os objetos ao seu alcance, somando conhecimentos”. O segundo estágio, o pré-operacional, compreende dos dois anos aos sete anos, que para Piaget (1990, p. 231) “os objetos da percepção ganham a representação por palavras, as quais o indivíduo, ainda criança, maneja experimentalmente em sua mente assim como havia previamente experimentado com objetos concretos”. Este estágio é também chamado da inteligência simbólica que se caracteriza, principalmente, pela interiorização de esquemas de ação construídos no estágio anterior (sensório-motor) e satisfazem a necessidade da criança de não

somente lembrar o mentalmente o acontecido, mas também de executar as representações. Piaget (1990, p. 233) diz que a criança neste estágio:

É egocêntrica, centrada em si mesma, e não consegue se colocar, abstratamente, no lugar do outro; não aceita a idéia do acaso e tudo deve ter uma explicação, é fase dos "por quês"; pode agir por simulação, "como se"; possui percepção global sem discriminar detalhes; deixa se levar pela aparência sem relacionar fatos.

No terceiro estágio, dos sete aos doze anos, operatório concreto Piaget (1990, p. 237) diz que “as primeiras operações lógicas ocorrem e o indivíduo é capaz de classificar objetos conforme suas semelhanças ou diferenças”. A criança desenvolve noções de tempo, espaço, velocidade, ordem, casualidade, sendo capaz de relacionar diferentes aspectos e abstrair dados da realidade. Não se limita a uma representação imediata, mas ainda depende do mundo concreto para chegar à abstração. Isso desenvolve a capacidade de representar uma ação no sentido inverso de uma anterior, anulando a transformação observada (reversibilidade).

No quarto estágio, dos doze anos até a idade adulta, Piaget (1990, p. 241) coloca que “o indivíduo realiza normalmente as operações lógicas próprias do raciocínio”. É a fase do operatório formal, onde as representações agora permitem a abstração total. Para Piaget (1990, p. 241) “a criança não se limita mais a representação imediata nem às relações previamente existentes, mas é capaz de pensar em todas as relações possíveis logicamente buscando soluções a partir de hipóteses e não apenas pela observação da realidade”. Em outras palavras, as estruturas cognitivas da criança alcançam seu nível mais elevado de desenvolvimento e tornam-se aptas a aplicar o raciocínio lógico a todas as classes de problemas.

Os estágios têm caráter integrativo onde as estruturas construídas a um dado nível são integradas nas estruturas do nível seguinte. Entende-se que assim, o desenvolvimento por estágios sucessivos realiza em cada estágio um patamar de equilíbrio. Piaget (1990, p. 249) diz que “a ordem de sucessão das aquisições é constante, no sentido de que uma característica não aparecerá antes de outra num conjunto de indivíduos, e depois em seqüência diferente, em outro conjunto”.

Cada estágio possui uma estrutura diferente que possibilita à criança representar certos conceitos. Dentre esses conceitos está o da reversibilidade, que, ainda, segundo Piaget (2001, p. 141) consiste na “capacidade de reverter mentalmente um tipo de raciocínio, ou seja, partir de determinado ponto e voltar a ele fazendo uma operação inversa”. E, ainda, as

crianças adquirem este tipo de raciocínio durante o estágio das operações concretas (PIAGET, 2001).

Nessa pesquisa a escolha da faixa etária de 5 a 12 anos entre as crianças hospitalizadas para tratamento oncológico para participarem desse estudo, deu-se face as crianças se encontrarem no estágio das operações concretas e apresentarem compreensão e linguagem suficientemente desenvolvidas para participar das entrevistas e da aplicação dos instrumentos de avaliação.

As dimensões do conceito de morte se centraram no componente da reversibilidade para entender como a criança desenvolve o conceito de morte. Ao fazerem uma revisão das pesquisas sobre este tema, Speece e Brent (1984, p. 55) identificaram três componentes básicos, que parecem caracterizar o conceito de morte: irreversibilidade, não-funcionalidade e universalidade. Esses autores Speece e Brent (1984, p. 55) explicam que “a irreversibilidade ou morte como final, refere ao entendimento de que uma coisa com vida, quando morre, não pode voltar a viver”. Este termo está relacionado, também, à idéia da morte como algo final, irrevogável e permanente”.

Essa visão interfere na concepção que algumas crianças têm de que existe vida espiritual. Embora, compreendendo a irreversibilidade da morte, a pessoa morta continuaria vivendo espiritualmente. Na verdade, segundo Speece e Brent (1984, p. 55) “as crianças entendem a irreversibilidade da morte apenas no estágio operatório concreto, embora seja este caracterizado, do ponto de vista piagetiano, pela reversibilidade”. Portanto, a criança precisa desta lógica para lidar com a idéia da morte como algo permanente e irreversível.

Outros dois conceitos, que parecem fundamentais para o desenvolvimento do conceito de morte, são a não-funcionalidade e a universalidade. A não-funcionalidade ou disfuncionalidade, diz respeito à compreensão de que as funções vitais cessam na morte, enquanto a universalidade ou inevitabilidade tem a ver com a compreensão de que todas as coisas vivas morrem, ou seja, de que a morte é um evento inevitável.

Antes do aparecimento da reversibilidade, Speece e Brent (1984, p. 55) verificaram que as crianças podem “conceber a morte como temporária e reversível, como uma viagem ou sonho e que pode ser solucionada com uma mágica, bebendo água, comendo, tomando um remédio”. Antes da não-funcionalidade, a criança separa aspectos cognitivos de

funcionais; ela atribui às pessoas mortas mais funcionalidade cognitiva do que outros tipos de funcionalidade.

Mesmo sabendo que as pessoas mortas não podem se mover, muitas crianças acreditam que elas continuam pensando e sentindo. Os autores Speece e Brent (1984, p. 55) afirmam que “as crianças que não atingem a universalidade acreditam que existem certas qualidades que podem evitar a morte, tais como esperteza e sorte”. Portanto, aceitam que outras pessoas podem morrer, mas que isto pode não acontecer com elas, com seus professores, com sua família, com as crianças em geral.

Reforçando o conceito de personificação, Kübler-Ross (1991, p. 17) afirma que “crianças consideram a morte como um homem ou um lobisomem que vem para levar as pessoas. A morte em si está ligada a um conceito de ação má, a um acontecimento medonho, a algo que clama por recompensa ou castigo”.

Os conceitos de irreversibilidade, não-funcionalidade, universalidade e personificação estão relacionados com o nível de desenvolvimento cognitivo. Em geral, parece que a maioria das crianças saudáveis tem o conceito de morte entre os 5 e 7 anos, visto que segundo Piaget (2001, p.144) “é nesta idade que, a maior parte delas, fazem a transição do pensamento pré-operacional para o operacional concreto”.

A cultura em que a criança está inserida influencia na formação de um conceito de morte, e em particular, dando sentido e suporte no processo de perda e na elaboração do luto, onde o papel da família tem sido historicamente reconhecido como um elemento essencial para a saúde psíquica e física da criança no contexto hospitalar. Neste sentido, Soares (2001, p. 109) coloca que os “pais devem participar de uma forma ativa, restaurando seu papel como agentes cuidadores, estabelecendo confiança em sua capacidade pessoal para lidar com o filho.”

Em relação ao sentimento de morte para a criança com câncer, Kovács (2002, p. 102) coloca que:

Não surge apenas quando a ela ocorre de fato através do diagnóstico de que está com câncer, mas em diferentes situações de vida que configuram perdas ou frustração de expectativas, como o brinquedo quebrado ou perdido, a perna imobilizada, o bichinho de estimação que fugiu, a briga com o melhor amigo, a mudança de lar ou a separação dos pais, entre outros motivos.

O avanço científico na área de oncologia infanto-juvenil vem aumentando os índices de cura e sobrevivência de crianças acometidas por câncer, principalmente quando ocorre o diagnóstico precoce.

O processo de tratamento do câncer infantil demanda um tempo considerável de hospitalização, no qual a criança é submetida a procedimentos invasivos e dolorosos, como é o caso da quimioterapia e seus efeitos colaterais. Essa idéia é contextualizada por Collet e Rocha (2004, p. 197) quando afirmam que a hospitalização de crianças com câncer [...] é uma vivência traumática, onde parecem esquecer que a criança é criança, que necessita de espaço físico, atividades e atenções apropriadas à sua faixa etária. Para Collet (2004, p. 12) “as fobias, a insegurança e a ansiedade são decorrentes das mudanças e dos fatores envolvidos na hospitalização e dão origem a vários distúrbios na conduta da criança”.

A experiência da hospitalização é um processo estressante e traumático para a criança, com reflexo no comportamento durante a permanência no hospital, sendo o brincar uma alternativa de ludoterapia, proporcionando uma possibilidade na resolução dos conflitos existenciais. Este fato é reafirmado por Mitre e Gomes (2007, p. 149) quando dizem “que a criança, quando brinca, desloca para o exterior seus medos, angústias e problemas interiores”. Ainda nessa perspectiva, os autores acrescentam que o brincar:

Surge como uma possibilidade de expressão de sentimentos, preferências, receios, mediação entre o mundo familiar e situações novas e de transtorno de comportamento, reconhecendo suas singularidades e especificidades e se sentindo descontraída e feliz, tornando sua permanência no hospital mais fácil e favorecendo o seu desenvolvimento e cura. (MITRE E GOMES, 2007, p. 149).

A hospitalização pode comprometer o desenvolvimento normal da criança com câncer, devido à quebra de sua rotina anterior e ao processo de adaptação à nova realidade (rotina hospitalar: exames, procedimentos dolorosos, horários, visitas, etc.), podendo acarretar alterações físicas e mentais. Tanto é assim, que somente são percebidas estas dificuldades quando as pessoas se deparam com algum paradigma novo da doença, revelando um modo limitado de pensar.

Ao explorar opções de enfrentamento em relação aos acréscimos negativos que advêm da hospitalização, em contraponto às necessidades que a própria doença exige que a criança em algumas fases seja hospitalizada, pode-se buscar no próprio brincar no hospital, resiliências adormecidas no inconsciente da criança.

O diagnóstico do câncer ou a simples possibilidade de sua confirmação, passa a ser sentida como ameaça da morte, e rompe o equilíbrio individual e familiar. É tão arraigada a associação de morte ao diagnóstico de câncer que, mesmo continuando a viver, a marca da morte antecipada, permanece para sempre nas pessoas que um dia se encontraram nessa situação.

Existem muitas doenças fatais além do câncer, porém a impressão que é de que as outras doenças matam, o câncer destrói. Neste sentido Melitto e Ojeda (2005, p. 74) colocam que:

Ao longo dos anos há adoção de modelos de prognósticos reducionistas para trabalhar a capacidade de enfrentamento que estas crianças possuem em relação à morte e ao câncer, onde os modelos de déficit que negam as capacidades daqueles que protagonizam sofrimentos os têm transformado em receptores passivos dessas soluções, em vez de serem aqueles que efetivamente proponham o mais adequado a suas próprias necessidades.

As práticas terapêuticas psicológicas utilizadas para responder estas necessidades, ainda são insuficientes e demoradas. Por outro lado, são ferramentas valiosas para reforçar as fortalezas nas relações da criança com sua família, buscando facilitar a interação com a equipe de cuidadores no ambiente hospitalar. Dessa forma, o processo terapêutico através do lúdico, poderá trabalhar as dificuldades que a própria doença traz, os transtornos que a hospitalização causa e que afeta a totalidade da criança, comprometendo seu desenvolvimento físico, emocional e intelectual.

Uma tendência forte entre muitos psicólogos da área hospitalar responsáveis por muitas atuações malsucedidas, que levam ao isolamento do profissional em relação à equipe de saúde, é a transposição do trabalho de psicoterapia realizado nos consultórios particulares para o contexto hospitalar. Isso ocorre devido à formação acadêmica destes profissionais ser totalmente focada em uma psicologia clínica, voltada para o consultório e com pouquíssimas ou nenhuma disciplina específica na área da saúde, e contribuindo fortemente para a tendência destes profissionais em repetirem no hospital o que fazem em seus consultórios ou aprenderam na graduação.

Estes fatos demonstram a importância de uma especialização na área hospitalar para atuar na área da saúde, pois o hospital possui uma dinâmica de trabalho que é inerente a este contexto, exigindo conhecimento teórico e técnico específicos, que caracterizam de fato o psicólogo como psicólogo hospitalar, pois não é somente o contexto que caracteriza esse profissional, mas, também, a atividade exercida por ele.

O psicólogo hospitalar atua oferecendo assistência ao paciente, à família e à equipe de saúde sempre visando ao bem estar do paciente, num contexto de trabalho e possui características próprias.

No hospital o psicólogo está referido a uma instituição que possui regras e valores aos quais seus funcionários estão submetidos, e com o psicólogo não é diferente. Seu trabalho deve adequar-se ao perfil da instituição, mas isto jamais deve ferir os princípios éticos do seu

exercício profissional. De acordo com Simonetti (2004, p. 201), “a psicologia está interessada mesmo em dar voz à subjetividade do paciente, restituindo-lhe o lugar de sujeito que a medicina lhe afasta”.

A situação do paciente quando está internado em um hospital, perde sua identidade; não é mais o sujeito de nome próprio, que mora em sua própria casa, possui objetos particulares, exerce atividades diárias, que possui uma rede social e uma autonomia que lhe permite gerir sua própria vida. Numa enfermaria, é mais um paciente doente, identificado por sua patologia, longe de sua casa, de suas coisas, de sua família, amigos e está totalmente dependente e submetido à equipe de saúde. É uma situação de completa fragilidade, desamparo e incerteza em relação à própria vida.

Segundo Simonetti (2004, p. 201), no trabalho dentro de um hospital o psicólogo nunca deve atuar sozinho, deve sempre estar inserido em uma equipe multidisciplinar, ou seja, uma equipe composta por profissionais de diferentes especialidades. Como integrante de uma equipe multidisciplinar, o psicólogo deve estar apto para desenvolver um trabalho interdisciplinar, ou seja, um trabalho visando à interação e à troca de informações e conhecimentos entre os diferentes profissionais que integram a equipe.

O setting hospitalar não é o local ideal para um atendimento psicológico, mas para o psicólogo hospitalar é o local de atendimento conforme Simonetti (2004, p. 209) diz:

Seja no leito, nos corredores ou no pátio do hospital, sujeito a interrupções da equipe, sem privacidade, sem tempo determinado, ou seja, em meio a toda imprevisibilidade do hospital, o psicólogo deve atuar de forma flexível e criativa tentando adequar na medida do possível suas atividades, à rotina hospitalar.

No seu estudo, Simonetti (2004, p. 211) diz ainda, que a consequência que o ritmo hospitalar gera para o trabalho do psicólogo deve ser “a prioridade, a frequência e a duração das sessões que só devem ser estabelecidas sob a forma de intenção”.

A área hospitalar oferece uma variedade de serviços com características muito particulares e que exigem um planejamento específico. Ambulatórios, emergências, CTIs e enfermarias oferecem serviço, ambiente, rotina e pacientes de características muito singulares e que devem ser consideradas no momento em que psicólogo delinea suas atividades.

O trabalho do psicólogo com o paciente tem como objetivo principal fazer com que o paciente expresse suas emoções, fale de seus medos e angústias, coloque-se como sujeito ativo e participante do seu processo de adoecimento, através das palavras e das mais diversas formas de comunicação (olhares, gestos, entre outros), e com isso possa simbolizar e elaborar da melhor forma possível a experiência do adoecer.

Para a realização dos atendimentos, o psicólogo respeitará a rotina do serviço, bem como as condições físicas do paciente. Sendo assim, nem sempre atendimentos previamente programados poderão ser realizados, devendo ser remanejados, seja porque o paciente precisou fazer um exame de última hora ou porque está sob efeito de alguma medicação. Isto demonstra a necessidade da flexibilidade e da criatividade do psicólogo hospitalar.

As fantasias fazem parte de uma etapa do ciclo vital do desenvolvimento psicológico da criança, porém, na criança hospitalizada, isto se efetiva em proporções inadequadas que a conduz para mudanças na sua auto-estima e na sua imagem corporal. As reações da criança à doença e à hospitalização dependem, principalmente, do nível de desenvolvimento psíquico na ocasião da internação, grau de apoio familiar, tipo de doença e atitudes do médico.

Em um trabalho utilizando o brincar como dispositivo para simbolização e meio de expressão, Oliveira, Dias e Roazzi (2003, p. 13) divide as fases em intervalos de idades, onde a criança:

[...] a partir dos cinco anos aumenta o medo ao dano corporal, havendo maior sensibilidade à dor, feridas, sangue e aos procedimentos médicos; dos cinco aos sete anos surgem as preocupações acerca da morte e o temor da perda; dos sete aos nove anos quando em hospital público, preocupa-se em perder seu lugar na enfermaria, em ficar inválido e medo de ser abandonado; dos nove aos dez anos mostra preocupação acerca da capacidade intelectual, social e física (ficar para trás na competição com colegas); depois dos onze anos apresenta preocupação pré-puberal acerca das funções corporais, da exposição do corpo frente ao pessoal da equipe hospitalar.

Qualquer criança sob estresse físico, psicológico e social é propensa a distorções perceptivas, intelectuais e emocionais, devido à imaturidade de sua capacidade cognitiva e à regressão emocional que apresenta nestas situações. Para Oliveira, Dias e Roazzi (2006, p. 65) outros sintomas podem ocorrer durante a internação de uma criança:

Sintomas psicofísicos como mal-estar, dores, irritabilidade, distúrbios do apetite e sono, estresse (provocando reações psicoendocrinológicas). Comportamentos regressivos como a reativação da ansiedade de separação, sucção do polegar, fala infantil, enurese, encoprese⁸, distúrbios alimentares e do sono, hospitalismo e depressão. Com frequência apresentam ansiedade, passividade e mobilização de defesas, com desesperança, insegurança, negação, fobias, hipocondria, reações histéricas e alucinações acerca das funções corporais.

⁸ É a eliminação de fezes, voluntária ou não, em que eventualmente podem-se sujar as roupas do indivíduo. É uma desordem de causa fisiológica ou emocional, pode ocorrer tanto em adultos como em crianças, e é mais frequente nos indivíduos de sexo masculino. Nas crianças a causa geralmente é psicológica, podendo estar ligada ao medo, ao estresse, a raiva e angústia (SDALA, 2007).

Partindo dessas alterações, ocorridas repentinamente na vida da criança, nota-se a importância de projetos que incluam uma assistência adequada e que visem, através de ações lúdicas, minimizarem os efeitos da hospitalização e prevenirem sofrimentos mentais (psicológicos). Dentre as possíveis estratégias utilizadas pela criança para enfrentar o processo da hospitalização, encontra-se o brincar, sendo uma estratégia efetiva para normalizar o ambiente hospitalar e aumentar o sentido de controle da criança.

O dia de uma criança não-hospitalizada, especialmente durante os anos escolares, é estruturado com períodos específicos para comer, vestir-se, ir para a escola, brincar e dormir. Entretanto, esta estrutura horária desaparece quando a criança é hospitalizada, permitindo que essa criança internalize conceitos negativos na sua história de vida.

É fato que na maior parte do período de hospitalização Oliveira, Dias e Roazzi (2006, p. 65) “a criança fica restrita ao leito, submetida à passividade, cercada de pessoas estranhas e que, para ela, trazem mais dor e sofrimento”. A dor é representada pelas agulhas, cortes, medicações que ardem na pele, dentre outros procedimentos desagradáveis, até mesmo para um adulto. E, ainda segundo Oliveira, Dias e Roazzi (2006, p. 66) “as imagens, cheiros e sons estranhos no hospital, comuns para os profissionais de saúde, mas que podem ser ameaçadores e confusos para as crianças”. Deste modo, cabe ao profissional avaliar os estímulos presentes no ambiente a partir do ponto de vista da criança e protegê-la desses elementos visuais e auditivos ameaçadores e desconhecidos.

A natureza das condições de saúde das crianças no hospital aumenta a probabilidade delas experimentarem procedimentos mais invasivos e traumáticos, enquanto estiverem hospitalizadas. Esses fatores tornam-nas mais vulneráveis às conseqüências emocionais da hospitalização. Para Costa Júnior. (2005, p. 118) “é comum a ocorrência de mecanismos de defesa, do tipo regressão, onde a criança retorna a uma fase anterior à de sua real idade, como uma forma de proteção”. E, ainda, pode também, ocorrer a recusa de alimentos sólidos, diminuição do vocabulário, perda do controle dos esfíncteres, além de outras reações emocionais (COSTA JÚNIOR, 2005).

Além dessas formas de regressão, Oliveira (2006, p. 326) ressalta que poderá ocorrer volta às fases já superadas, tais como: “chupar o dedo, a depressão, a ansiedade, o choro, a apatia (sendo considerada boazinha pela equipe), o medo de escuro e dos cuidadores da saúde vestidos de branco”. Portanto, a criança enferma reage à situação de acordo com a idade, personalidade e os hábitos familiares, mas isso não significa a ruptura dos laços afetivos entre a criança e seus familiares, pois, é neste momento que a família poderá deixar

de lado a excessiva proteção e desenvolver capacidades para desafiar inibições e temores, mantendo os vínculos entre a criança e seus familiares.

O retorno às fases já superadas é explicado como um mecanismo de defesa que é ressaltado por Freud (1939, p. 91) como um “processo onde ocorre o retorno a atitudes passadas que provaram ser seguras e gratificantes, e às quais a pessoa busca voltar para fugir de um presente angustiante”. Para Freud (1939, p. 132), “o inconsciente é atemporal, portanto, a utilização da regressão⁹ como mecanismo de defesa, é um ganho secundário”, ou seja, mesmo na dor física do câncer, a criança tem a dor existencial, onde o outro, que pode ser a família, em especial a mãe, demanda-lhe mais atenção, carinho e dispensando mais tempo para maternar.

Apesar de um grande avanço ter ocorrido quanto à atenção pediátrica, muitos dos procedimentos realizados com as crianças para curar a doença e prolongar a vida são traumáticos, dolorosos, desagradáveis e ameaçadores. Portanto, os profissionais de saúde devem dirigir sua atenção para a prestação dos cuidados da forma menos traumática possível, onde o brincar, característica inerente à própria idade, poderá, quando bem direcionado, constituir-se elemento catalizador na capacidade elaborativa dos conteúdos traumáticos.

Partindo do princípio de que as crianças podem reagir aos estressores da hospitalização antes da internação hospitalar, especialmente aquelas com menos de 4 anos de idade, as quais demonstram alterações comportamentais temporárias após a alta. Estas alterações são resultantes de separação dos entes queridos, da falta de oportunidade para formar novos vínculos e do ambiente estranho em que ela se encontra.

A carência dos cuidados maternos quando da hospitalização depende de vários fatores tais como; idade da criança, tempo de internação, qualidade da relação família antes da separação e a presença ou não de uma substituta materna adequada. Sobre o assunto Lima (1985, p. 11) ressalta que “a satisfação das necessidades físicas e emocionais da criança parece, pois, contribuir para que os objetivos do tratamento sejam alcançados, mais facilmente”.

Informar às crianças seus direitos, enquanto hospitalizadas, fomenta uma maior compreensão e pode aliviar alguns dos sentimentos de impotência que elas tipicamente experimentam. Os hospitais, que fornecem serviços às crianças, devem ter uma política

⁹ Para Freud (1900), processo psíquico que contém um sentido de percurso ou de desenvolvimento, designa um retorno em sentido inverso desde um ponto já atingido até um ponto situado antes desse. A regressão se dá ao longo de uma sucessão de sistemas psíquicos que a excitação percorre normalmente segundo determinada direção (LAPLANCHE; PONTALALIS, 2001).

hospitalar ampla sobre os direitos e responsabilidades destes pacientes e de seus pais e/ou responsáveis, inclusive no que compete ao acompanhamento de um adulto à criança hospitalizada.

Neste instante surge a necessidade de se falar de humanização no atendimento em saúde, porém se constata que as evoluções científica e técnica dos serviços de saúde não têm sido acompanhadas por um avanço correspondente na qualidade do contato humano. Parece que, em muitos hospitais, o diagnóstico e os procedimentos de tratamento, assim como a autoridade do médico e de alguns profissionais da área dispensam, definitivamente, qualquer iniciativa para melhorar o contato interpessoal, o conforto e qualidade de vida do paciente.

Muitas dificuldades enfrentadas pelos usuários da saúde podem ser evitadas quando se ouve, compreende, acolhe, considera e respeita suas opiniões, queixas e necessidades, ao contrário do que tem sido feito em alguns serviços de saúde, nos quais os usuários são, basicamente, impedidos de se manifestar.

A humanização no atendimento em saúde é definida por Ballone (2005, p. 14) como um processo que surge através do “fortalecimento de um desejável comportamento ético e do arsenal técnico-científico, com os cuidados dirigidos às necessidades existenciais dos pacientes. E, ainda para o mesmo autor, “humanizar é, também, investir em melhorias nas condições de trabalho dos profissionais da área, é alcançar benefícios para a saúde e qualidade de vida dos usuários, dos profissionais e da comunidade. Entende-se então, que os procedimentos médicos e a metodologia do atendimento em saúde, sejam de responsabilidade dos médicos ou do pessoal da área, que na maioria das vezes, subestima e desconsidera as necessidades emocionais e psíquicas dos usuários.

Os motivos do distanciamento humano no atendimento em saúde podem ir além das eventuais dificuldades de recursos materiais, porém o descaso humanitário é encontrado na intimidade das pessoas que atendem a área da saúde. A empáfia, a arrogância, o descaso, a falta de vocação, o desinteresse, o comercialismo, a insensibilidade ou até mesmo a falta de habilidade técnica para o exercício profissional, têm trazido conseqüências negativas para se efetivar o processo de humanização no espaço hospitalar (BALLONE, 2005).

Humanizar o atendimento não é apenas chamar a paciente pelo nome, nem ter um sorriso nos lábios constantemente, mas, além disso, também, ocorrer aquilo que Ballone (2005, p. 15) diz “entender compreender seus medos, angústias, incertezas dando-lhe apoio e atenção permanente”. Portanto, humanizar também é, além do atendimento fraterno e humano, procurar aperfeiçoar os conhecimentos continuamente; é valorizar, no sentido antropológico e emocional, todos os elementos implicados no evento assistencial.

Na realidade, a humanização do atendimento, seja em saúde ou não, deve valorizar o respeito afetivo ao outro, deve prestigiar a melhoria na vida de relação entre pessoas em geral.

Ressalta-se, inclusive, que o sistema envolvido nos cuidados a esses pacientes inclui não só o psicólogo, mas a equipe de assistência, o próprio paciente, sua família e toda a rede afetiva e social.

Por fim, o trabalho da equipe deve ser interdisciplinar, apontando para uma transdisciplinaridade. A psicologia, como parte integrante dessa equipe, insere-se nesse contexto de forma muito positiva e com objetivos claros de colaborar com os restabelecimentos clínico, físico e emocional desses pacientes frente a momentos tão delicados, impostos pelo adoecimento, sem esquecer que a chave para morrer bem está no bem viver.

2.4 VARIÁVEIS PSÍQUICAS DISFUNCIONAIS NO CONTEXTO HOSPITALAR

Neste capítulo são discutidos aspectos relacionados às variáveis psíquicas disfuncionais avaliadas através do HTP, padronização BUCK (2005). Estas variáveis foram trabalhadas através da ludoterapia que é um processo analítico terapêutico, segundo Klain (1961, p. 258):

É um valioso recurso para lidar com as dificuldades em todas as formas que o sofrimento humano pode assumir, nas manifestações sintomáticas relacionadas às disfunções comportamentais, nas sociais, nas defesas psíquicas e nas psicossomáticas.

Os aspectos psíquicos disfuncionais presentes nas crianças hospitalizadas e trabalhadas nesta pesquisa trazem uma visão integrada da criança, considerando as dimensões orgânicas, psíquicas e sociais que conjuntamente participam na produção e existência dos problemas por elas vivenciados.

2.4.1 Variáveis Comportamentais

As teorias mais difundidas relacionadas ao estudo do comportamento humano foram derivadas de estudos experimentais. O principal pesquisador foi Skinner, que através de experimentos refinados, estabeleceu classes de comportamentos, os quais afirmam serem resultantes da interação de variáveis identificáveis e determinantes do comportamento. Para

Skinner (1971, p. 6) “a ciência é mais do que a mera descrição de eventos conforme eles ocorrem, é uma tentativa de descobrir ordem, de mostrar que certos eventos mantêm relações legítimas com outros eventos”. Portanto, o comportamento do indivíduo para o autor, é inteiramente um produto do mundo objetivo e só pode ser compreendido em termos desse mundo.

Em princípio Skinner (1971, p. 51) acreditava que o comportamento “é o produto de forças que agem sobre o indivíduo, mas não é uma escolha pessoal”. O mesmo autor sugeriu que ao analisar o comportamento, o leigo geralmente atribui ao ambiente um papel causal em certos comportamentos, mas não em outros. Portanto, a suposição de que todos os comportamentos são regidos por leis implica claramente a possibilidade do controle do comportamento o que afirma Skinner (1971, p. 51) “só precisamos manipular as condições que influenciam ou resultam em uma mudança de comportamento”.

Skinner (1971, p. 61) argumentava que “a capacidade de manipular o comportamento, se apropriadamente manejada, pode ser usada para a melhora de todos”. O autor rejeita a explicação de que a variabilidade dos comportamentos seja resultante de estados emocionais, mas admite os estados internos como causas e úteis como preditores. Skinner (1971, p. 230) escreve “o que uma pessoa sente é um produto das contingências das quais seu futuro comportamento também será uma função, e, portanto, existe uma conexão útil entre sentimentos e comportamento”. Entende-se, que a meta de Skinner era desenvolver uma tecnologia que permitisse alterar o comportamento, não apenas predizê-lo. Contudo, para Davidoff (2001, p. 182) “os estados emocionais internos são produtos de ações ambientais prévias, e não estão sujeitos à manipulação e como consequência, eles são inúteis em uma tentativa de controlar o comportamento”.

No tocante às explicações fisiológicas do comportamento, Skinner (1971, p. 231) não assumiu uma posição contrária, pois acreditava que “o comportamento poderia basicamente ser predito investigando-se os efeitos de uma variável ambiental através de toda a seqüência de eventos fisiológicos que a ela seguem”. No entanto, o autor enfatiza que a ciência do comportamento não requer necessariamente um conhecimento de processos fisiológicos para ser viável, pois, mesmo quando conhecemos os processos, o controle prático do comportamento será exercido pela manipulação de variáveis independentes que estão fora do organismo (SKINNER (1971)).

Assim, o estudo de variáveis através de conceitos dinâmicos e motivacionais foram utilizados nesta pesquisa e são semelhantes aos empregados para explicar a

variabilidade do comportamento em situações ambientais aos pesquisados na teoria que analisa o comportamento humano.

No trabalho sobre o estudo das reações comportamentais em crianças hospitalizadas com câncer com ou sem a presença dos pais e/ou acompanhantes os pesquisadores Brunner e Suddarth (1992, p. 47) comentam nos resultados que uma das principais intervenções do atendimento à criança hospitalizada “é tentar reconhecer a ansiedade na criança, de modo a estar alerta aos indícios fisiológicos, emocionais e comportamentais”. Recomendam que se deva encorajar a criança a reconhecer e expressar seus sentimentos de ansiedade. Se a fonte de ansiedade é extrema, como barulhos e cenas desagradáveis, a equipe de enfermagem deve estar atenta à possibilidade de mudar estas condições, ou se não for possível, ajudar o paciente a compreender e a controlar suas reações.

No grupo de crianças entre 6 e 12 anos com acompanhamento familiar durante a internação para tratamento de câncer, o medo foi a reação emocional mais freqüente com 53,6% dos comportamentos observados, seguida pela indiferença com 35,7%, irritabilidade 7,1% e a agressividade com 3,6%. Quanto às crianças que ficaram hospitalizadas sem acompanhamento familiar, observaram que das reações emocionais apresentadas a mais freqüente foi a irritabilidade 39,4%, seguida pelo medo 26,4%, agressividade 21% e, por fim, a indiferença 13,2%. Analisando os dois grupos de crianças, hospitalizadas com e sem acompanhantes, os resultados mostraram que, dentre as reações emocionais observadas nas crianças, o medo 37,8% apresentou-se como a mais freqüente, seguido da irritabilidade 25,7%, da indiferença 22,7%, sendo a última, a agressividade 13,8%.

Constatando que o medo foi a reação de maior freqüência nas crianças com acompanhantes e a irritabilidade nas crianças sem acompanhantes, sugerem em sua análise que no primeiro grupo, alguns procedimentos causam reações naturais de medo frente aos possíveis procedimentos invasivos como aplicação de injeções, a implantação de soros e o fato de ficarem confinados ao leito, sem poderem movimentar-se livremente.

No segundo grupo, a reação emocional de irritabilidade e não de medo e, justificam tratar-se de um mecanismo de defesa da criança. Neste caso, o medo do desconhecido, transforma-se numa formação reativa¹⁰ de irritabilidade, no sentido de afastar de si, situações desagradáveis que lhes pareçam ameaçadoras. Observaram que as crianças com acompanhantes apresentaram mais comportamentos de indiferença à situação de

¹⁰ É o processo psíquico, por meio do qual um impulso indesejável é mantido inconsciente, por conta de uma forte adesão ao seu contrário. Caracteriza-se pela adoção de uma atitude de sentido oposto a um desejo que tenha sido recalçado, constituindo-se, então, numa reação contra ele (LAPLANCHE E PONTALIS, 2001)

hospitalização do que aquelas sem acompanhantes. Esse resultado sugere que, a indiferença do primeiro grupo se deu em virtude dos acompanhantes transmitirem apoio, segurança às crianças frente à situação, o que não aconteceu com o segundo grupo. Entende-se com isso, que a presença de familiares na hospitalização, ajuda a criança a superar a ansiedade da internação.

O comportamento agressivo foi encontrado em um número menor dos que os comportamentos já mencionados (medo, instabilidade e insegurança), entretanto, ele foi mais presente no grupo de crianças sem acompanhamento. Parece sugerir que a falta de um apoio emocional em uma situação de dor pode gerar comportamentos agressivos, já que a criança tem que ser forte para superar sozinha as dificuldades da situação hospitalar. Comparando-se os resultados das reações físicas e emocionais dos dois grupos estudados, as crianças com acompanhantes apresentaram menor frequência de ambas as reações do que aquelas sem acompanhantes durante a internação.

2.4.2 Variáveis Sociais

A criança ao nascer tem uma identidade biológica e social, o que equivale dizer que já se encontra inserida numa classe social, num grupo cultural, numa comunidade lingüística, e isto, é determinante no seu processo de desenvolvimento e na constituição de suas peculiaridades psíquicas e sociais.

Na abordagem behaviorista a aprendizagem dos comportamentos sociais é explicada por Bandura (1969) apud Friedman (2004, p. 242) os quais ressaltam que os mesmos “são adquiridos por meio dos mesmos processos pelos quais outros comportamentos são aprendidos”. Por esse motivo, as abordagens, que tratam da aprendizagem dos comportamentos sociais, acreditam que as diferenças individuais provêm da sociedade e estão sujeitas a mudanças pela sociedade.

A psicologia da gestalt se concentra nas áreas da personalidade e da psicologia social através do seu amplo conceito de campo que pode ser visto tanto como um campo no sentido matemático de forças vetoriais quanto um campo que focaliza um espaço vital, ou seja, todas as forças internas e externas que atuam sobre o indivíduo e as relações estruturais entre a pessoa e o meio ambiente. A abordagem interacionista de Lewin (1935) apud Friedman (2004, p. 337) entende que “o comportamento é função tanto das características pessoais quanto da circunstância social imediata” A abordagem interacionista pessoa-situação

sobre a personalidade tenta explicitamente levar em conta a circunstância ou situação social em que o comportamento depende e é função da pessoa e do ambiente.

A conclusão que Lewin chegou sobre as características pessoais e sociais foi compartilhada por Allport (1961) apud Friedman (2004, p. 48) quando diz que “parte de cada padrão de comportamento representa uma predisposição invariante subjacente, mas que a propensão a agir ocorre de diferentes maneiras em diferentes situações”. Entende-se, portanto, que as necessidades motivam o indivíduo interiormente, e a pressão do ambiente afeta o indivíduo externamente.

A abordagem interacionista tem em Murray (2006) seu precursor mais influente ao enfatizar a natureza dinâmica e integrada do indivíduo como organismo complexo que reage a ambiente específico, ressaltando a importância das necessidades e motivações, enfatizando a pressão do ambiente. Murray (2006, p. 4) diz que “os papéis ou funções sociais e os determinantes situacionais devem ser considerados focalizando-se a combinação entre motivações internas e as exigências externas”.

O estudo das variáveis sociais foi outro aspecto analisado nesta pesquisa, considerando-se uma complexa e vasta rede de comportamentos sociais expressos em conceitos voltados para o interior e para o exterior das crianças pesquisadas.

Embora a investigação de fatores etiológicos e de variáveis psicológicas que possam explicar a vulnerabilidade individual ao câncer embora tenha mais de um século de história, o primeiro estudo publicado sobre a descrição de variáveis psicológicas sociais em pacientes oncológicos ocorreu no início da década de 50. Explicando os avanços desenvolvidos nesta área, Holland (1991, p.67) ressalta que:

Os avanços mais significativos em Psico-Oncologia foram obtidos, somente, a partir da década de 80, com o delineamento de pesquisas que buscavam identificar variáveis sociais intervenientes sobre o ciclo do câncer (prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação); uma abordagem mais humanística ao paciente, incluindo estudos sobre controle de dor, medidas de qualidade de vida, efeitos de intervenções multiprofissionais e estratégias de suporte psicossocial ao paciente constituíram algumas temáticas incluídas nas preocupações de pesquisadores e profissionais da área.

Na mesma direção, reconhecendo os avanços do conhecimento em Psico-Oncologia, até o início da década de 80, Bayés (1996, p. 91) observa “a ausência de investigações detalhadas acerca da influência de fatores de natureza psicológica sobre o desenvolvimento do câncer em centros médicos especializados”. Investigações clínicas, por exemplo, não permitiam esclarecer, suficientemente, o impacto de variáveis psicossociais,

consideradas isoladamente ou em conjunto, sobre o tratamento do câncer. Crianças com quadros clínicos semelhantes, incluindo diagnósticos e prognósticos, apresentavam evoluções clínicas diferenciadas, sem que os profissionais da saúde, pudessem apontar elementos suficientemente explicativos.

Embora estudos desenvolvidos a partir da década de 80 busquem uma melhor compreensão do papel desempenhado por variáveis psicossociais em crianças com câncer e seus familiares, Bearison e Mulhern (1994, p. 61), enfatizam:

O caráter descritivo da maioria, em detrimento do desenvolvimento de perspectivas teóricas específicas em Psico-Oncologia, bem como, de hipóteses experimentais que pudessem contribuir para o esclarecimento da relação estabelecida entre variáveis psicossociais do paciente e variáveis de natureza ambiental do tratamento.

Sobre o avanço do conhecimento em Psico-Oncologia Pediátrica, Holland (1991, p. 77), apontava a identificação de áreas prioritárias de pesquisa, tais como:

Adaptação comportamental e psicossocial da criança ao câncer; aplicações da Medicina Comportamental à Oncologia; estudo de aspectos específicos do câncer pediátrico, incluindo suporte social e medidas de qualidade de vida; prevenção e detecção de fatores de risco na infância; novas aplicações da Farmacologia ao tratamento do câncer e; desenvolvimento de modelos de intervenção psicossocial.

A divisão em áreas prioritárias, embora um recurso de análise útil, é discutível. Primeiro, a divisão é arbitrária; as áreas de pesquisa em Psico-Oncologia não podem ser consideradas isoladamente. Estudos sobre o processo de adaptação e de adesão da criança ao tratamento do câncer (incluindo a execução de procedimentos médicos invasivos), por exemplo, envolvem, pelo menos, quatro áreas: a identificação de variáveis psicossociais do paciente e de seus familiares, a consideração de possíveis elementos quimioterápicos utilizados e seus efeitos, a demonstração de indicadores de qualidade de vida do paciente ao longo do tratamento e a definição de modelos de intervenção psicossocial.

Em relação às variáveis psicossociais, Adams-Greenly (1991, p. 18) ressaltam que a assistência ao paciente com câncer e seu familiar deveria envolver a compreensão da interação entre diversos fatores e a compreensão mais precisa da influência destes fatores poderia ajudar a delimitar, inclusive metodologicamente, a intervenção profissional da Psicologia dentro da Oncologia, como:

Desenvolvimentais, considerados os diferentes contextos de desenvolvimento de uma criança; sócio-econômicas e culturais do paciente e dos familiares; capacidade de enfrentamento de situações estressantes (cujo comportamento poderia ser controlado por contingências aversivas); nível de coesão e facilidade de comunicação entre os membros da família e; história pessoal e familiar do paciente.

Apesar do reconhecimento de variáveis psicossociais envolvidas no ciclo do câncer pediátrico, Carpenter (1999, p. 67) em uma descrição crítica da área, aponta a “necessidade do delineamento de estudos relacionados à investigação de procedimentos médicos invasivos e outras experiências potencialmente aversivas”. Carpenter (1999, p. 69) ainda ressalta que:

Intervenções de caráter comportamental poderiam se constituir em ajuda adicional às crianças para o enfrentamento de variadas experiências durante o tratamento do câncer, principalmente quando uma combinação de estratégias e condutas médicas eram exigidas.

Erikson (1998) observando crianças em situações lúdicas descobriu que as crianças geralmente revelavam melhor suas preocupações quando brincavam com brinquedos do que por meio de palavras. Isso o levou a desenvolver uma situação lúdica padronizada, utilizando brinquedos e blocos, que empregou em estudos não clínicos em 150 meninos e 150 meninas entre dez e doze anos de idade. Erikson (1998, p.177) relata que:

Preparou uma mesa para brincar e uma seleção aleatória de brinquedos e convidou as crianças do estudo, um de cada vez para imaginar que a mesa era um estúdio de cinema e os brinquedos, atores e cenários, depois a criança foi convidada para contar uma história sobre a cena que tinha construído.

Ao estudar uma variedade de conexões entre configurações lúdicas e a história de vida dessas crianças, Erikson (1998) constatou diferenças nítidas no uso do espaço para brincar nas cenas criadas pelos meninos e pelas meninas. As cenas dos meninos incluíam muita ação, as meninas preferiam utilizar o espaço interno ao passo que os meninos preferiam utilizar os espaços externos. Embora o autor objetivasse explicar primordialmente as diferenças sexuais nas escolhas das brincadeiras, mas o que ficou evidenciado é a importância do lúdico no desenvolvimento da criança.

Ao considerar a importância do lúdico no desenvolvimento psicossocial, afetivo-emocional da criança e até mesmo na formação de sua identidade Mello *apud* Oliveira (1993, p. 65), recomenda que:

O durante a hospitalização brincar não deve ser suspenso juntamente com alguma função do corpo, a qual esteja recebendo cuidados médicos e, que mesmo estando doente, a criança sente necessidade de brincar, pois, é por intermédio do brincar, que ela poderá aproveitar os recursos físicos disponíveis naquele contexto para elaborar a nova situação.

Em um estudo realizado com crianças estudantes da rede pública de ensino do Estado de São Paulo, as pesquisadoras Villemor-Amaral e Silva (2006, p.205) utilizaram o

HTP, padronização Buck, (2005) como instrumento de avaliação de evidência de auto-estima, realizado somente na forma acromática e sem o inquérito, em crianças voluntárias e vítimas de violência doméstica.

Participaram do estudo 32 crianças entre 7 e 10 anos, de ambos os sexos, do interior do Estado de São Paulo, sendo (3,1%; N=1) de sete anos, (43,8%; N=14) de oito anos, (31,3%; N = 10) de nove anos e (21,9%; N=7) de dez anos de idade (M=8,72; DP=0,85), freqüentando a segunda série (31,3%; N=10), a terceira (43,8%; N=14) e a quarta série (25%; N=8) do ensino fundamental de uma escola da rede pública do interior do Estado de São Paulo. Considerando o total da amostra, 15 (46,9%) crianças eram do sexo masculino e 17 (53,1%) do feminino.

Os resultados obtidos pelas pesquisadoras no HTP, demonstram que a maioria dos sujeitos da pesquisa apresentaram auto-estima rebaixada (87,5%, N=28), enquanto (12,5%, N=4) demonstraram auto-estima elevada. Segundo as pesquisadoras a análise dos resultados demonstrou que os sucessos percebidos pelo indivíduo quando iguais ou maiores que suas pretensões ou aspirações, a auto-estima seria elevada. Contrariamente, se as pretensões excedem os sucessos, isto é, se a pessoa não for bem sucedida, nas suas aspirações, a auto-estima seria baixa. Para as pesquisadoras as pessoas que são significativas afetivamente para os sujeitos, constituem um espelho social no qual o mesmo olharia para detectar opiniões a respeito do próprio eu e incorporadas, formando o self. Assim, as pesquisadoras consideram o auto-conceito como um componente fundamentalmente cognitivo e contextualizado da auto-avaliação, ou seja, o conhecimento que o indivíduo tem de si. Concluem, afirmando que o auto-conceito difere da auto-estima, a qual se refere a uma auto-avaliação mais descontextualizada, tendo um componente predominantemente afetivo.

2.4.3 Variáveis Defesas Psíquicas

Os desafios do ambiente externo e das pulsões internas que ameaçam o Ego por meio da ansiedade gera conflitos ou ameaças à auto-estima. O ego, governado pelo princípio da realidade, tenta lidar realisticamente com o ambiente. Entretanto, às vezes necessita distorcer a realidade para proteger o ego contra as pulsões dolorosas ou ameaçadoras que provêm do id.

Os processos, que distorcem a realidade para proteger o ego, livrá-lo da ansiedade, permitindo a acomodação dos conflitos e ajustamento do homem ao seu ambiente, são chamados de mecanismos de defesa.

Os mecanismos de defesas foram amplamente estudados por Freud durante todo o percurso de sua vivencia clínica. Para a psicanálise os mecanismos de defesas podem ser considerados eficazes, quando conseguem eliminar o fato rejeitado; ou ineficazes, quando nunca o eliminam, perpetuando assim as ações defensivas do indivíduo. Portanto, se a defesa foi eficaz, raramente haverá uma neurose de muita importância a ser tratada, mas Freud (1949, p. 52) afirma que:

Quando uma defesa é caracterizada pela necessidade permanente de comportamentos substitutivos para evitar que o objeto verdadeiro do instinto apareça, ela não é uma defesa eficaz, pois necessita de ação permanente do indivíduo em busca de um auto-convencimento do que do convencimento da própria sociedade, e esse comportamento é um comportamento neurótico que deve ser tratado.

O estudo dos mecanismos de defesas se tornou um tema importante da investigação psicanalítica, particularmente com a obra de Anna Freud em 1949. Esta autora, partindo de exemplos concretos, dedicava-se a descrever a variedade, a complexidade e a extensão dos mecanismos de defesa, mostrando principalmente como o objetivo defensivo pode utilizar as mais diversas atividades, e como as defesas podem incidir não apenas em reivindicações pulsionais, mas em tudo o que pode suscitar um desenvolvimento de angustias, ambivalência afetiva, bloqueios de afetos, fuga dos estímulos exteriores, imaturidade afetiva, inadequação das defesas do ego, maior satisfação na fantasia que na realidade (autodefesa e/ou defesa para com o mundo), negação, refúgio na fantasia, simbolização, sentimentos de desamparo, sentimento de rejeição, sentimento de menos valia, sentimento de imobilidade.

Para Fenichel (1981, p. 23) os mecanismos de defesa podem ser considerados as ações psicológicas que têm por finalidade, reduzir qualquer manifestação que pode colocar em perigo a integridade do Ego, pois o indivíduo não consegue lidar com situações que por algum motivo considere ameaçadoras. São processos subconscientes ou mesmo inconscientes que permitem a mente encontrar uma solução para conflitos não resolvidos ao nível da consciência.

A base dos mecanismos de defesa são as angústias, ou seja, quanto mais angustiados estivermos, mais fortes ficam os mecanismos de defesa ativados. São diferentes

os tipos de operações em que a defesa pode ser especificada. Para Freud (1949, p.25) “os mecanismos predominantes diferem segundo o tipo de afecção considerado, a etapa genética, o grau de elaboração do conflito defensivo”. Não há divergências quanto ao fato de que os mecanismos de defesa são utilizados pelo ego, mas permanece aberta a questão teórica de saber se a sua utilização pressupõe sempre a existência de um ego organizado que seja o seu suporte.

O termo mecanismo é utilizado por Freud (1949, p. 25) para exprimir o fato de que “os fenômenos psíquicos apresentam articulações suscetíveis de uma observação e de uma análise científica”.

De maneira geral, a noção de mecanismo de defesa no enfoque psicanalítico Freud (1949, p. 29) “engloba todos os meios utilizados pelo ego/eu para dominar, controlar, canalizar os perigos internos e externos”. Existem vários mecanismos de defesa, sendo alguns mais eficientes do que outros, sendo que alguns exigem menos dispêndio de energia para funcionar, outros são menos satisfatórios, mas todos requerem gastos de energia psíquica.

Os mecanismos de defesas psíquicas segundo Freud (1949, p.29) “desencadeiam bloqueios diante de situações que possam vir a provocar sentimentos de culpa e ansiedade no sujeito”. É quando a ansiedade-sinal (ou sinal de angústia), de forma inconsciente, ativa uma série de mecanismos de defesa, com o fim de proteger o Ego contra uma dor psíquica iminente.

Para Freud (1949, p.33) “as defesas psíquicas bem sucedidas geram a cessação do que é rejeitado, enquanto que as defesas ineficazes exigem repetição ou perpetuação do processo de rejeição, a fim de impedir a irrupção dos impulsos rejeitados”.

As defesas patogênicas, nas quais se radicam as neuroses segundo Fenichel (1981, p. 41) ocorrem quando:

Os impulsos opostos não encontram descarga, mas permanecem suspensos no inconsciente e ainda aumentam pelo funcionamento continuado das suas fontes físicas, produzindo um estado de tensão, com possibilidade de irrupção.

A sublimação é o mais eficaz dos mecanismos de defesa, na medida em que canaliza os impulsos libidinais¹¹ para uma postura socialmente útil e aceitável. Para Freud (1949, p.18) “as defesas bem sucedidas podem colocar-se sob o título de sublimação, expressão que não designa um mecanismo específico, pois vários mecanismos podem usar-se nas defesas bem sucedidas”. O fator comum está em que, sob a influência do ego, a finalidade

¹¹ Significa em latim, vontade, desejo. Energia postulada por Freud em 1894 como substrato das transformações da pulsão sexual quanto ao objeto, quanto a meta e quanto a fonte da excitação sexual. (LAPLANCHE, 2001).

ou o objeto (ou um e outro) se transforma sem bloquear a descarga adequada. Por outro lado, Freud (1949, p.18) diz que “deve-se diferenciar a sublimação das defesas que usam contracatexias¹² onde os impulsos sublimados, se bem drenados, descarregam-se por uma trilha artificial”.

Na sublimação, cessa o impulso original que para Freud (1949, p. 27) “é devido ao fato de que a respectiva energia é retirada em benefício da catexia¹³ do seu substituto”. Nos outros mecanismos de defesas, a libido do impulso original é contida por uma contracatexias elevada.

As sublimações exigem uma torrente incontida de libido, tal qual a roda de um moinho precisa de um fluxo d’água desimpedido e canalizado. Freud (1949, p. 27) diz que é por isto “que as sublimações aparecem após a remoção de certa repressão”. Para usar uma metáfora, as forças defensivas do ego não se opõem frontalmente aos impulsos originais, conforme ocorre no caso das contracatexias, mas incidem angularmente; enfim uma resultante em que se unificam a energia instintiva e a energia defensiva, com liberdade para atuar. Distinguem-se as sublimações das gratificações substitutivas neuróticas pela sua dessexualização, ou seja, a gratificação do ego já não é fundamentalmente instintiva.

O fato empírico das sublimações, sobretudo as que se originam na infância, dependerem da presença de modelos, de incentivos que o ambiente forneça direta ou indiretamente, corrobora a asserção no sentido de que a sublimação talvez se relacione intimamente com a identificação. Os casos de transtorno da capacidade de sublimar mostraram que esta incapacidade corresponde a dificuldades na promoção de identificações. Freud (1949, p.33) coloca que:

As sublimações são capazes de opor-se e se desfazerem, com êxito maior ou menor, certos impulsos destrutivos infantis; mas também podem satisfazer, de maneira distorcida, estes mesmos impulsos destrutivos; de algum modo, toda fixação artística de um processo natural mata este processo.

Para Freud (1949, p.34) é possível ver precursores das sublimações em certas brincadeiras infantis, nas quais “os desejos sexuais se satisfazem por uma forma

¹² Processo econômico postulado por Freud em como suporte de numerosas atividades defensivas do ego. (LAPLANCHE, 2001).

¹³ Conceito econômico postulado por Freud em que consiste no fato de uma determinada energia psíquica se encontrar ligada a uma representação ou grupo de representações, a uma parte do corpo, a um objeto. (LAPLANCHE, 2001).

dessexualizada em seguida a certa distorção da finalidade ou do objeto; e as identificações também são decisivas neste tipo de brincadeiras”.

Outro mecanismo de defesa é a repressão Freud (1949, p.20) explica que “consiste na operação psíquica que pretende fazer desaparecer, da consciência, impulsos ameaçadores, sentimentos, desejos, ou seja, conteúdos desagradáveis, ou inoportunos”. Em sentido amplo, é uma operação psíquica que tende a fazer desaparecer da consciência um conteúdo desagradável ou inoportuno: idéia, afeto, etc. Neste sentido, o recalque seria uma modalidade especial de repressão.

Em sentido mais restrito, a repressão segundo Freud (1949, p.21) designa certas operações do sentido amplo, diferentes do recalque ou pelo caráter consciente da operação e pelo fato de o conteúdo reprimido se tornar simplesmente pré-consciente e não inconsciente ou no caso da repressão de um afeto, porque este não é transposto para o inconsciente mas inibido, ou mesmo suprimido.

No sentido próprio, Laplanche (2001, p.430) coloca que “o recalque às vezes é considerado por Freud em 1915 como um mecanismo de defesa em especial, ou então um destino da pulsão suscetível de ser utilizado como defesa”. O recalque pode ser definido segundo Laplanche (2001, p.430) como a operação pela qual o sujeito procura repelir ou manter no inconsciente, representações (pensamentos, imagens, recordações) ligadas a uma pulsão¹⁴.

A racionalização é outro mecanismo de defesa que tem uma forma de substituir por boas razões uma determinada conduta que exija explicações, de um modo geral, da parte de quem a adota. Para Freud (1949, p.95):

É um processo pelo qual o sujeito procura apresentar uma explicação coerente do ponto de vista lógico, ou aceitável do ponto de vista moral, para uma atitude, uma ação, uma idéia, um sentimento, etc., cujos motivos verdadeiros não percebe. A racionalização é um processo muito comum, que abrange um extenso campo que vai desde o delírio ao pensamento normal.

Em especial no tratamento psicanalítico na racionalização são encontrados os dois extremos, ou seja, em certos casos é fácil demonstrar ao sujeito o caráter artificial das motivações invocadas e incitá-lo a não se contentar com elas; em outros, os motivos racionais

¹⁴ Processo dinâmico que consiste numa pressão ou força (carga energética, fator de motricidade) que faz o organismo tender para um objetivo (LAPLANCHE, 2001).

são particularmente sólidos e os analistas conhecem as resistências que a alegação da realidade pode dissimular. Mesmo assim, pode ser útil colocá-los entre parênteses para descobrir as satisfações ou as defesas inconscientes que a eles se juntam.

Dentre os mecanismos de defesas a racionalização não se classifica normalmente como uma defesa, apesar de sua manifesta função defensiva. Isto é explicado por Laplanche (2001, p. 423) por que:

Não é dirigida diretamente contra a satisfação pulsional, mas antes vem disfarçar secundariamente os diversos elementos do conflito defensivo, e assim, certas defesas, resistências na análise, formações reativas, podem também, ser racionalizadas.

A projeção para Freud (1949, p.139) “é um mecanismo de defesa que se manifesta quando o Ego não aceita reconhecer um impulso inaceitável do Id e o atribui a outra pessoa”. Termo utilizado num sentido muito geral em neurofisiologia e em psicologia para designar a operação pela qual um fato neurológico ou psicológico é deslocado e localizado no exterior, quer passando do centro para a periferia, quer do sujeito para o objeto.

No sentido propriamente psicanalítico, segundo Laplanche (2001, p. 374) “operação pela qual o sujeito expulsa de si e localiza no outro-pessoa ou coisa-qualidades, sentimentos, desejos e mesmo objetos que ele desconhece ou recusa no outro”. Trata-se aqui de uma defesa de origem muito arcaica, que vamos encontrar em ação particularmente na paranóia, mas também em modos de pensar “normais”, como a superstição.

Freud em 1896, invocou a projeção para explicar diferentes manifestações da psicologia normal e patológica, sendo descoberta primeiro na paranóia. Freud (1949, p.139) descreve a projeção como “uma defesa primária, um mau uso de um mecanismo normal que consiste em procurar no exterior a origem do desprazer”. No estudo dos mecanismos de defesas, Freud (1949, p.139) descreve o conjunto da construção fóbica como uma verdadeira projeção no real do perigo pulsional, e explica:

O ego comporta-se como se o perigo de desenvolvimento da angústia não proviesse de uma moção pulsional, mas de uma percepção, e pode portanto reagir contra este perigo exterior pelas tentativas de fuga próprias aos evitamentos fóbico.

O deslocamento como mecanismo de defesa é um processo psíquico através do qual o todo é representado por uma parte ou vice-versa, podendo também, ser uma idéia representada por outra, que, emocionalmente, esteja associada a esta idéia. Esse fenômeno, particularmente visível na análise do sonho, encontra-se na formação dos sintomas psiconeuróticos e, de um modo geral, em todas as formações do inconsciente. Freud (1949, p.139) diz que “o deslocamento também se manifesta na transferência, fazendo com que o

indivíduo presente sentimentos em relação a uma pessoa que, na verdade, lhe representa outra do seu passado”.

A importância, o interesse, e a intensidade de uma representação podem ser suscetíveis de se destacarem da transferência e passarem à outras representações originariamente pouco intensas, ligadas à primeira por uma cadeia associativa.

A teoria psicanalítica do deslocamento segundo Laplanche (2001, p. 116) apela para “a hipótese econômica de uma energia de investimento suscetível de se desligar das representações e de deslizar por caminhos associativos”. O livre deslocamento desta energia é uma das principais características do modo como o processo primário rege o funcionamento do sistema inconsciente.

O deslocamento como mecanismo de defesa foi particularmente posto em evidência no sonho por Freud (1949, p. 38) onde afirma que:

A comparação entre o conteúdo manifesto e os pensamentos mais importantes do conteúdo latente são representados por detalhes mínimos que são ou fatos recentes, muitas vezes indiferentes, ou fatos antigos sobre os quais já se tinha operado um deslocamento na infância.

Para Laplanche (2001, p. 116) “a noção de deslocamento aparece desde a origem da teoria freudiana das neuroses e está ligada à verificação clínica de uma independência relativa entre o afeto e a representação e à hipótese econômica que a explica”. Nesta perspectiva, entende-se que o livre deslocamento é um modo de funcionamento específico dos processos inconscientes.

Na obra de Freud, o conceito de identificação assumiu progressivamente o valor central que faz dela mais do que um mecanismo psicológico entre outros, a operação pela qual o sujeito humano se constitui.

A identificação como mecanismo de defesa é o processo psíquico por meio do qual um indivíduo assimila um aspecto, uma característica de outro, e se transforma, total ou parcialmente, apresentando-se conforme o modelo desse outro. A personalidade constitui-se e diferencia-se por uma série de identificações. Freud (1949, p. 4) “descreve como característico do trabalho do sonho o processo que traduz a relação de semelhança, o tudo como se, por uma substituição de uma imagem por outra ou identificação”. Segundo Laplanche (2001, p. 227) a identificação não tem aqui valor cognitivo “é um processo ativo que substitui uma identidade parcial ou uma semelhança latente por uma identidade total”.

A regressão é uma noção de uso muito freqüente em psicanálise e na psicologia contemporânea, sendo concebida, na maioria das vezes, como um retorno a formas anteriores do desenvolvimento do pensamento, das relações de objeto e da estruturação do

comportamento. Portanto, a regressão é o processo psíquico em que o Ego recua, fugindo de situações conflitivas atuais, para um estágio anterior. Freud (1949, p. 25) coloca que “em sentido tópico, a regressão se dá ao longo de uma sucessão de sistemas psíquicos que a excitação percorre normalmente segundo determinada direção”.

No seu sentido temporal, Freud (1949, p. 17) coloca que “a regressão supõe uma sucessão genética e designa o retorno do sujeito a etapas ultrapassadas do seu desenvolvimento (fases libidinais, relações de objeto, identificações, etc.)”. Enquanto que no sentido formal, o mesmo autor explica que a regressão “designa a passagem a modos de expressão e de comportamento de nível inferior do ponto de vista da complexidade, da estruturação e da diferenciação. Freud (1949, p. 32) é levado, então, a diferenciar o conceito de regressão, como em três espécies de regressões:

- a)Tópica, no sentido do esquema do aparelho psíquico a regressão tópica é particularmente manifestada no sonho, onde ela prossegue até o fim. Encontra-se em outros processos patológicos em que é menos global (alucinação) ou mesmo em processos normais em que vai menos longe (memória).
- b)Temporal, em que são retomadas formações psíquicas mais antigas.
- c)Formal, quando os modos de expressão e de figuração habituais são substituídos por modos primitivos. Estas três formas de regressão, na sua base, são apenas uma, e na maioria dos casos coincidem, porque o que é mais antigo no tempo é igualmente primitivo na forma e, na tópica psíquica, situa-se mais perto da extremidade perceptiva.

Como processo psíquico típico da neurose obsessiva, o isolamento enquanto mecanismo de defesa consiste em isolar um comportamento ou um pensamento de tal maneira que as suas ligações com os outros pensamentos ou com o autoconhecimento, ficam absolutamente interrompidas, já que foram os pensamentos e os comportamentos, completamente excluídos do consciente. Entre os processos de isolamento, Freud (1949, p. 66) cita “as pausas no decurso do pensamento, fórmulas, rituais, e de um modo geral, todas as medidas que permitem estabelecer um hiato na sucessão temporal dos pensamentos ou dos atos”.

Certos doentes defendem-se contra uma idéia, uma impressão, uma ação, isolando-as do contexto por uma pausa durante a qual nada mais tem direito a produzir-se, e nada é qualificada de mágica por Freud que a aproxima do processo normal de concentração no sujeito que procura não deixar que o seu pensamento se afaste do seu objeto atual.

O isolamento como mecanismo de defesa, manifesta-se em diversos sintomas obsessivos e em determinada representação do seu contexto ideoafetivo. Freud (1949, p. 120) reduz, em última análise, a tendência para o isolamento a um “modo arcaico de defesa contra

a pulsão, a interdição de tocar, uma vez que o contato corporal é a finalidade imediata do investimento de objeto, quer o agressivo quer o terno”. Nesta perspectiva, o isolamento surge como uma supressão da possibilidade de contato, um meio de subtrair uma coisa ao contato. Do mesmo modo, quando o neurótico isola uma impressão ou uma atividade por pausa, simbolicamente entende-se que não há permissão aos seus pensamentos entrem em contato associativo com outros pensamentos.

Na realidade, é interessante reservar o termo isolamento para designar um processo específico de defesa que Freud (1949, p. 158) diz que “vai da compulsão a uma atitude sistemática e concentrada, e que consiste numa ruptura das conexões associativas de um pensamento ou de uma ação, especialmente com o que os precede e os segue no tempo”.

Nos mecanismos de defesas a formação reativa Freud (1949, p. 70) explica que “é um processo psíquico que se caracteriza pela adoção de uma atitude de sentido oposto a um desejo que tenha sido recalcado, constituindo-se, então, numa reação contra ele,” ou seja, trata-se do processo psíquico, por meio do qual um impulso indesejável é mantido inconsciente, por conta de uma forte adesão ao seu contrário.

Na formação reativa ocorre a ostentação de um procedimento ao externar sentimentos opostos aos impulsos verdadeiros, quando estes são inconfessáveis, ocorrendo uma reação contra ele próprio. Neste processo psíquico um impulso indesejável é mantido inconsciente, devido à forte adesão ao seu contrário.

Em relação a muitas atitudes neuróticas Freud (1949, p. 79) diz que “existem e são tentativas evidentes de negar ou reprimir alguns impulsos, ou de defender a pessoa contra um perigo instintivo”. Entende-se que são atitudes tolhidas, rígidas, que obstam a expressão de impulsos contrários, os quais, no entanto, de vez em quando, irrompem por diversas formas. Nas peculiaridades desta ordem, a psicanálise, afirma que a atitude oposta original ainda está presente no inconsciente e chamam formações reativas estas atitudes opostas secundárias.

As formações reativas evitam repressões secundárias pela promoção de modificação definitiva da personalidade. Neste aspecto Freud (1949, p. 149) explica que o indivíduo:

Constrói formações reativas não desenvolve certos mecanismos de defesa que utilize ante a ameaça de perigo instintivo, pois modificou a estrutura da sua personalidade, como se este perigo estivesse sempre presente, e que esteja pronto sempre que ocorra.

Nos mecanismos defensivos a consciência recebe do inconsciente um substituto aceitável por ela e por meio do qual ela pode satisfazer o Id ou o Superego. É a satisfação imaginária do desejo, onde um objeto é valorizado emocionalmente, mas não pode ser possuído, sendo inconscientemente substituído por outro, que geralmente se assemelha ao proibido. Freud (1949, p. 32) diz que “esta substituição é uma forma de deslocamento de processos psíquicos pela fantasia onde o indivíduo concebe uma situação em sua mente e satisfaz uma necessidade ou desejo que não pode ser na vida real satisfeito”. É um roteiro imaginário segundo Freud (1949, p. 49) “em que o sujeito está presente e que representa de modo mais ou menos deformado pelos processos defensivos, a realização de um desejo e, em última análise, de um desejo inconsciente”.

A tendência a negar sensações dolorosas é tão antiga quanto o próprio sentimento de dor. Nas crianças pequenas, é muito comum a negação de realidades desagradáveis, negação que realiza desejos e que simplesmente exprime a efetividade do princípio do prazer.

A capacidade de negar pares desagradáveis da realidade Freud (1949, p. 54) diz que “é a contrapartida da realização alucinatória dos desejos”.

A introjeção é mecanismo de defesa quase que o oposto à projeção. Trata-se de aceitar os conteúdos projetados como se fossem verdade do ego. Tudo que agrada é introjetado. Percebendo este fato, Freud (1949, p. 97) diz que “o ego aprende a usar a introjeção para fins hostis como executora de impulsos destrutivos e também como modelo de um mecanismo definido de defesa”. Na depressão, pode-se notar o quanto a pessoa faz uso da introjeção.

No estágio do ego prazeroso purificado, tudo quanto agrada é introjetado. Em última análise, para Freud (1949, p. 97) “todos os objetos sexuais derivam de objetivos de incorporação e a projeção é o protótipo da recuperação daquela onipotência que foi projetada para os adultos”. Contudo, a incorporação, embora exprima amor, destrói objetivamente os objetos como tais e como coisas independentes do mundo exterior. Portanto, percebendo este fato, o ego aprende a usar a introjeção para fins hostis como executora de impulsos destrutivos e como modelo de um mecanismo de defesa definido.

A incorporação é o objetivo mais arcaico dentre os que se dirigem para um objeto, onde a identificação realizada através da introjeção, é o tipo mais primitivo de relação com os objetos.

O estudo sobre mecanismos de defesas teve especial atenção das pesquisadoras Rezende, Modena e Schall (2006, p.73) ao realizarem um estudo sobre o câncer na infância enfatizando as vivências do adoecer. O objetivo dessa pesquisa foi descrever como a criança

portadora de câncer vivencia o adoecer oncológico analisados através de desenhos e entrevistas. Participaram do estudo, 12 crianças de 4 a 12 anos, portadoras de diferentes tipos de câncer, atendidas em Hospitais Públicos do SUS e hospedadas nas Casas de Apoio localizadas na cidade de Belo Horizonte e recebiam cuidados paliativos. As crianças foram atendidas individualmente, ocasião em que foi solicitada a realização do tema proposto: desenho livre e/ou desenho temático sobre Tratamento/Casa de Apoio/Hospital. Para o desenho livre foi solicitado que desenhassem livremente, selecionando o material de acordo com a escolha e interesse da criança (Van Kolck, 1984; Retondo, 2000). Doze crianças aceitaram participar voluntariamente das atividades. Destas seis eram meninos e seis meninas, sendo que duas tinham quatro anos, uma cinco, quatro dez anos, uma onze, quatro doze anos de idade. Os sujeitos eram portadores de Leucemia Linfoblástica Aguda, Leucemia Mielóide Aguda, Linfoma de Burkitt, Ependinoma Cerebral Grau III, Linfoma Linfoblástico Testicular EC IV e Linfoma de Hodgkin.

Para as autoras, as reações de mecanismos de defesas observadas foram de inibição, traços depressivos, negação, dificuldade de falar sobre o câncer e tratamento, pouco envolvimento com o tratamento, raiva, afeto, importância da Casa de apoio e falta de informações sobre sua doença. Notaram que a doença e o tratamento causam tensão e insegurança à criança e ao adolescente. Segundo as autoras estes sentimentos puderam ser expressos de maneira clara, difusa ou encoberta através dos grafismos com muita pressão, traços fortes, em negritos e focados. Por fim, a convivência com outras crianças e adolescentes na mesma situação em uma Casa de Apoio pareceu diminuir a intensidade do sentimento de isolamento e diferença, proporcionando sensação de segurança, ajuda e conforto

Oliveira, Dias e Roazzi (2003, p. 67) pesquisaram sobre o lúdico e suas implicações nas estratégias de regulação das emoções em crianças hospitalizadas com câncer, onde foi verificado se os recursos lúdicos modificavam as estratégias utilizadas por crianças hospitalizadas em lidar com as emoções de raiva e tristeza. Foram avaliadas 36 crianças de 6 e 10 anos de idade divididas em dois grupos controles (dentro e fora de hospitais) e um grupo experimental (dentro do hospital). Todas foram submetidas a pré e pós testes que avaliaram como as crianças justificavam maneiras de cessar raiva e tristeza em situação de hospitalização. Somente em um dos grupos foi desenvolvida atividade lúdica com sugestões para estratégias mais elaboradas. Os resultados mostraram que as estratégias de regulação da emoção como mecanismos defensivos, modificavam-se em função da atividade lúdica e não

houve mudanças em função da idade, e que a própria testagem por ser considerada uma atividade lúdica, pode possivelmente propiciar mudanças em crianças hospitalizadas.

2.4.4 Variáveis Psicossomáticas

O processo de adoecimento na antiguidade era considerado uma manifestação de forças sobrenaturais, sendo a cura procurada em rituais religiosos. A desvinculação da doença do pensamento religioso segundo Davidoff (2001, p.238) “desenvolveu-se a partir de confrontações públicas de idéias e do posicionamento de escolas políticas, filosóficas, científicas e até mesmo religiosas”.

Para Chauí (2000, p. 38) “foi o legado aristotélico que definiu o corpo como *órganon*, isto é, como instrumento da alma, o homem se valendo dele para agir no mundo e relacionar-se com as coisas”. Enquanto os homens vivessem em equilíbrio, sentir-se-iam bem, saudáveis e produtivos e as doenças representariam, então, um desequilíbrio do homem com a natureza.

A evolução das funções mentais para Marty (1998, p.132) “se processa da mais simples à mais complexa, em movimento de organização feito de associações e de hierarquizações, repetindo-se sem cessar no decorrer do desenvolvimento”.

Após o nascimento o recém-nascido tem parte de seu equilíbrio geral da vida assegurado pelas organizações homeostáticas. Entretanto, para Marty (1998, p. 132) “não parecem garantir uma coesão exemplar das diversas funções existentes, pela possibilidade da presença de influências relativamente independentes uma das outras, ainda não organizadas em um sistema autônomo”. Neste aspecto Klein (1961, p. 238) explica que “enquanto esse sistema autônomo não se estabelece, grande parte dos poderes de associação e de hierarquização funcionais do bebê é intermediada pela função materna”. Entende-se então, que a criança vai progressivamente tomando para si os poderes de organização, os quais serão alinhados em planos cada vez mais amplos, em sistemas sucessivos cada vez menos numerosos e sempre melhor ordenados.

Quando os elementos de determinado nível evolutivo não se encontram instalados no momento desejado, Klein (1961, p. 239) coloca que é “devido à influência de traumatismos passados ou atuais, a nova organização funcional é prejudicada, ocorrendo, assim, um movimento contra-evolutivo de desorganização”. Com isso, ocorre uma regressão

no nível das bases funcionais do início da eventual organização, impedindo que outra mais evoluída possa se configurar. Marty, (1998, p.141), diz que “essa regressão reorganizadora serve de ponto de partida para uma reedição do movimento inicial para a eventual organização mais evoluída, havendo, assim, uma repetição da tentativa de construção”.

O adulto possui três domínios essenciais, mobilizáveis de acordo com os sujeitos, para uma adaptação às suas condições de vida para Marty (1998, p.149) são:

O do aparelho somático, de essência arcaica, o do aparelho mental, sujeito a regressões e reorganizações, o mais longo a ser individualmente determinado e o mais recente estabelecido e o do comportamento, presente no decorrer do desenvolvimento e mais ou menos relacionado e submetido à ordem mental.

Nas situações traumatizantes ocorre um afluxo de excitações e uma queda brusca destas, podem causar uma desorganização dos aparelhos funcionais, que se propaga por todo aparelho psíquico, até encontrar um sistema que possa contê-la. Como consequência, Marty (1998, p.162) coloca que “quando a disponibilidade conjugada do aparelho mental e do sistema de comportamento é ultrapassada ou prejudicada por uma nova situação, o aparelho somático responde”. Portanto, o fim das somatizações corresponde ao fim dos movimentos desorganizadores, isto é, ao fim da depressão essencial, a qual desencadeou em parte, manteve, agravou ou complicou uma determinada doença, independentemente das sistemáticas próprias a esta e das recuperações regressivas que poderiam ter surgido. Para que essa condição ocorra, Marty (1998, p. 167) diz que:

É necessária uma mudança radical do estado psicoafetivo das pessoas diante do valor traumático dos acontecimentos ou de situações anteriores, ou o cessar tanto do peso traumático inicial como o de outros incidentes traumáticos ocorridos nesse espaço de tempo.

Introduzido por Heinroth, psiquiatra alemão, em 1918, início do século XIX, criou o termo “psicossomática que traduz uma concepção dualista do homem e a influência recíproca de uma parte sobre a outra. Segundo Mello Filho (1992, p. 19) “o estudo da Psicossomática tem como finalidade integrar a doença à dimensão psicológica, propiciando um melhor entendimento do paciente e uma ação terapêutica mais abrangente e significativa”. Em 1928, Heinroth utilizou o termo “somatopsíquica”, para apresentar dois tipos de influência em duas direções distintas, da mente sobre o corpo e vice-versa (MELLO FILHO, 1992).

Em 1946, o próprio Heinroth passou a empregar o termo “psicossomática” enquanto substantivo, no sentido de incluir fatores psíquicos no determinismo de certas afecções orgânicas. A partir daí, Marty, (1998, p.11), ressalta que “a medicina geral começou

a adotar uma orientação originária nessa especialidade, a Psiquiatria com o chamando ponto de vista psicossomático, com a aceitação definitiva da influência da mente sobre o corpo”.

Nesse ponto, cabe ressaltar a influência da Psicanálise sobre essa nova perspectiva da abordagem das causas das doenças na Medicina. Primeiramente, porque desde seu nascimento, a partir da obra de Sigmund Freud em 1937, engajou-se profundamente na busca do descobrimento da unidade essencial do ser humano, visto que o próprio Freud mediante a concepção de unidades, sistemas ou estruturas indissociáveis no homem segundo Eksterman (1992, p. 77) “determinou a íntima ligação da mente com o corpo no sentido de produzir prazer, sofrimento, saúde, lesão ou doença”. Logo, pode-se constatar que um dos princípios fundamentais da Psicossomática é justamente o da busca por uma visão holística em detrimento da orientação analítica-localista que imperava na Medicina geral.

Os modelos da teoria freudiana de conversão histérica e a de neurose atual podem ser considerados marcos na evolução dos conceitos do psíquico e do somático. Sigmund Freud manteve a preocupação, praticamente durante toda a sua vida, de procurar estabelecer certa vinculação do psíquico ao biológico, especialmente por meio da sua teoria das pulsões, da sua concepção econômica do aparelho psíquico e de sua tentativa de criar uma psicologia científica tendo como base as leis da termodinâmica e das descobertas da neurologia da sua época.

Embora Sigmund Freud não tenha direcionado suas investigações para desvendar os fatores psicológicos envolvidos nas doenças, mas seus discípulos, segundo Andrade, (2003, p. 63), “abarcaram esse campo com espírito criativo e inovador, porém com extrapolações imprudentes e abusivas do modelo psicanalítico das neuroses, em particular da histeria”.

Para Fenichel (1981, p. 139) “por meio do estudo da conversão Freud revelou o caráter de compromisso dos sintomas, que exprimem as forças reprimidas e repressoras, assim como o dinamismo das intensidades pulsionais”. Para o mesmo autor:

Freud estabeleceu um marco na relação entre psique e soma por meio de seu interesse pela histeria e pela crença que as manifestações dessa doença não apresentavam nenhuma correspondência com a estrutura anatômica dos órgãos afetados. Assim, ao questionar as vias que levavam o conflito psíquico às manifestações somáticas, ele fundou a Psicanálise, buscando a compreensão das diferentes passagens e relações entre as manifestações psíquicas e corporais. A partir da investigação da origem do conflito, que se pôde entender as circunstâncias que culminam na concretização do sofrimento em uma manifestação psicológica ou somática (FENICHEL, 1981)

Fenichel (1981, p. 240) coloca que Freud postulou duas categorias de transtornos funcionais, a saber:

A primeira, de origem física e sem um conflito inconsciente específico, mas que produz sintomas psicossomáticos e alterações. A segunda, a conversão, a qual possui um significado inconsciente específico e cujas fantasias são representadas corporalmente.

Após essas concepções iniciais, outros psicanalistas contribuíram, direta ou indiretamente, para a expansão do movimento psicossomático através da busca por explicações acerca da determinação de fatores psíquicos sobre o adoecimento orgânico.

Segundo Eksterman, (1992, p.88) no Brasil “o movimento psicossomático teve seu início nas décadas de 40 e 50, também a partir das atividades de alguns médicos psicanalistas, especialmente nas cidades do Rio de Janeiro e São Paulo”. Contudo, Mello Filho (1992, p.22) colocou que após essa fase inicial:

A psicossomática evoluiu de uma fase intermediária, fundamentada em tentativas de dotar de cientificidade os achados iniciais que, em sua grande maioria, eram frutos de estudos de casos clínicos psicanalíticos, para a fase atual, voltada para multidisciplinaridade, mediante a emergência do social, especialmente com a definição de saúde, da Organização Mundial de Saúde (1948), como o “estado de completo bem-estar físico, mental e social.

Rodrigues e Gasparini (1992, p. 99), pontuaram a necessidade de uma compreensão adequada de cada um dos componentes influentes sobre a dinâmica do adoecer que acarretou na imposição do método interdisciplinar como único instrumento propiciador da observação de que “qualquer fenômeno humano enquanto um processo extremamente complexo e de mútua relação entre a infra-estrutura biológica e a superestrutura social deva ser mediada pelo psicológico”.

Com a progressiva formação de equipes multidisciplinares, no âmbito dos hospitais gerais, e a efervescência do interesse no aspecto psicossocial da assistência, a Psicossomática segundo Eksterman (1992, p.88) “deixou de ser uma disciplina exclusivamente médica e profissões como a Psicologia, a Enfermagem, o Serviço Social, dentre outras, a ela recorreram para buscar apoio teórico para suas práticas”.

O termo distúrbio psicossomático não possui uma definição precisa, mas é aplicado a distúrbios físicos supostamente causados por fatores psicológicos. Para o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV-TR™ (2003, p. 469) o termo distúrbio psicossomático refere-se:

Aos distúrbios situados na fronteira mente-corpo e às condições patológicas físicas causadas ou agravadas por fatores psicológicos, ou ainda, compreende toda perturbação somática resultante de um determinismo psicológico que intervém de modo constante na gênese da doença.

Para Andrade, (2003, p. 71) “a psicossomática diz respeito ao diagnóstico e ao tratamento de doenças físicas que poderiam ser causadas por processos deficientes na mente”.

A abordagem psicossomática segundo Alexander (1989, p. 147), “originou-se do estudo dos distúrbios vegetativos, recebendo também contribuições da psicologia gestáltica, da neurologia e da endocrinologia”. Este autor considera que as alterações que ocorrem no corpo como reações a emoções intensas são de natureza passiva e que quando a emoção desaparece o processo fisiológico correspondente, choro ou riso, palpitação cardíaca ou elevação da pressão sanguínea, também desaparece e o corpo volta ao estado de equilíbrio.

Segundo Alexander (1989, p. 149) “a expressão simbólica do conteúdo psicológico é conhecida apenas no campo das inervações voluntárias, tais como a fala ou movimentos expressivos”. No entanto, para ele é pouco provável que órgãos como o fígado ou as arteríolas pequenas do rim possam simbolicamente expressar idéias, o que não significa, no entanto, que eles não possam ser influenciados por tensões emocionais, podendo estas estimular ou inibir a função de qualquer órgão. Quando essa estimulação ou inibição emocional de uma função vegetativa torna-se crônica e excessiva, forma-se o que o Alexander (1989, p. 151) chama "neurose orgânica, que abrange também os chamados distúrbios funcionais dos órgãos vegetativos, os quais não revelam nenhuma alteração morfológica perceptível”. O autor considera, ainda, a possibilidade de um distúrbio funcional de longa duração, em qualquer órgão, poder levar à alterações anatômicas definidas e ao estabelecimento de um quadro clínico de uma doença orgânica severa.

Para Melo Filho (1992, p.31) os pontos de vistas propostos por Alexander (1989) “baseiam-se no que ele denominou teoria da especificidade, na qual as respostas fisiológicas aos estímulos emocionais, normais ao indivíduo, variam de acordo com a natureza do estado emocional que as desencadeia”. As postulações desse autor, também apontam para outros fatores emocionais que possam determinar o tipo de resposta fisiológica, ainda para Melo Filho (1992, p.31) “não é a presença de um ou mais fatores psicológicos que é específica, mas sim a presença de uma configuração dinâmica”. Portanto, a especificidade ocorre na maneira pela qual uma força psicológica motivadora possa ser expressa.

Alexander (1989, p.152) descreveu ainda a existência de tipos específicos de conflitos os quais estariam na origem de certo número de afecções somáticas. Debray (1995, p. 51) coloca que “para o distúrbio psicossomático aparecer seria preciso a presença de um tríplice conjunto de fatores: um tipo específico de conflito, uma predisposição especial do corpo do sujeito e um conflito atual”.

Segundo McDougall (1996, p.96) coloca que observava as expressões somáticas de seus pacientes, e passou, a considerar como ligado aos fenômenos psicossomáticos “tudo aquilo que estivesse associado à saúde ou à integridade física quando fatores psicológicos desempenham qualquer papel”. McDougall (1996, p.96) inclui aí, as predisposições aos acidentes corporais e as falhas do sistema imunológico de uma pessoa, concluindo que:

Os fenômenos psicossomáticos não poderiam, do ponto de vista psicanalítico, ser limitados às doenças do soma e que deveriam incluir teoricamente tudo aquilo que atingisse o corpo real (diferentemente da conversão histérica cujo alvo é o corpo imaginário), chegando até mesmo às suas funções autônomas.

McDougall (1996, p. 98) entendia que “os fenômenos psicossomáticos tinham, sobretudo, uma função defensiva, levando-os a um estágio de desenvolvimento no qual a distinção entre sujeito e objeto ainda não era estável”. Pareciam corretas as observações dos psicossomatistas sobre o pensamento operatório¹⁵ e a alexitimia¹⁶. Porém, McDougall (1996, p. 98) constatou que esses fenômenos tinham, exerciam uma “função defensiva, levando-os a um estágio de desenvolvimento, no qual a distinção entre sujeito e objeto ainda não era estável, o que poderia despertar angústia”. Essa regressão explicaria o fato de as mensagens enviadas pelo corpo ao psiquismo, ou o inverso, serem inscritas psiquicamente sem representações de palavras, como no início da infância.

Quanto às manifestações psicóticas e psicossomáticas McDougall (1996, p.102) distingue os mecanismos de defesa arcaicos ao alcance de crianças bem pequenas, colocando que:

A parte infantil primitiva está encapsulada no seio da personalidade adulta, embora sempre pronta a ocupar o palco psíquico quando as circunstâncias gerarem estresse excessivo. A dor psíquica e o conflito mental decorrentes de uma fonte de estresse, em vez de serem reconhecidos ao nível do pensamento verbal, e por aí mesmo serem rejeitadas por meio de formas de expressão psíquica, como o sonho, o devaneio, a meditação ou outros modos de atividade mental, capazes de suspender a tensão ou de reduzi-la, podem resultar em soluções psicóticas de tipo alucinatório ou descarregar-se em manifestações psicossomáticas.

Portanto, isto significa que as palavras esvaziadas de seu conteúdo afetivo perdem seu valor simbólico e são tratadas como coisas e a experiência psíquica, a qual deveria conter tanto a representação da palavra quanto o afeto a ela associada, é lançada para fora do psiquismo, em vez de ser recalçada para alimentar o capital psíquico ao qual o psiquismo

¹⁵ Tipo de pensamento que segundo Piaget, aparece pó volta dos 6 a 7 anos, por ocasião do surgimento do estágio operatório concreto, e se enriquece por volta dos 11 a 12 anos, por ocasião da entrada no estágio operatório formal (DORON E PAROT, 2001).

¹⁶ Dificuldade em identificar emoções, sentimentos e sensações (DORON E PAROT, 2001).

poderia recorrer para fabricar sintomas psicológicos, preservando assim o corpo da explosão somática.

Para McDougall (1996, p. 103) “o afeto não pode ser concebido como acontecimento puramente mental ou físico e a emoção é essencialmente psicossomática”. Entende-se que o fato de ejetar a parte psíquica de uma emoção, permite à parte fisiológica exprimir-se como na primeira infância, o que leva à ressomatização. Portanto, para McDougall (1996, p. 103) “aqueles que empregam continuamente a ação como defesa contra a dor mental, quando a reflexão e a elaboração mental seriam mais adequadas, correm o risco de aumentar sua vulnerabilidade psicossomática”.

Determinados modos de funcionamento mental, como os pensamentos concretos, alexitímicos, objetos parciais¹⁷, sentimentos de angústia persecutória adquiridos nos primeiros meses de vida, antes da aquisição da palavra, segundo McDougall (1996, p. 103) podem:

Predispor mais às eclosões psicossomáticas do que às soluções neuróticas, psicóticas ou perversas, pois as fantasias aterrorizantes, que poderiam tornar-se dizíveis, são imediatamente apagadas do campo da consciência por mecanismos primitivos de clivagem e de identificação projetiva, ficando desprovidas de sua verdadeira impregnação afetiva e de valor simbólico, o que obriga o psiquismo a emitir sinais de sofrimento do tipo pré-simbólico, suscitando respostas somáticas e não psíquicas diante de uma angústia indizível.

A autora acrescenta que o organismo possui três vias de respostas para descarga das excitações: a orgânica, a ação e o pensamento, sendo esta última a mais evoluída delas. McDougall (1996, p. 103) diz que “diante de uma perturbação em seu funcionamento, o indivíduo pode, segundo as características de seu desenvolvimento e do seu momento de vida, ser acometido por patologias psíquicas ou somáticas.

Os estudos de Spitz (2005, p.92) voltados para a análise dos distúrbios psicossomáticos realizado com 135 estudantes entre a faixa etária de 7 a 12 anos de ambos os sexos na cidade de Ribeirão Preto, encontrou a percentagem de 24% de sintomas depressivos, destacando-se: irritabilidade, ansiedade, tristeza e pensamentos negativos que os enquadraram como queixas somáticas. Em relação à distribuição, foi constatada a mesma prevalência do quadro depressivo entre os meninos e meninas. O autor Spitz (2005, p.92) conclui que:

A depressão infantil imobiliza a criança frente a situações vivenciais impedindo-a de utilizar sua criatividade e flexibilidade em seu cotidiano, dificultando a construção de sua história de vida e potencializando experiências ruins.

¹⁷ Na teoria psicanalítica, são órgãos, partes ou produtos do corpo (seio, pênis, ânus, urina, etc. tomados como objetos libidinais nos estágios pré-genitais do desenvolvimento psicosssexual (DORON E PAROT, 2001).

Portanto, quando a dor psíquica e o conflito psíquico decorrentes de uma fonte de estresse ultrapassam a capacidade habitual de tolerância, em vez de serem reconhecidos e elaborados, eles podem ser descarregados em manifestações somáticas, remetendo a uma falha na capacidade de simbolização e de elaboração mental. Desse modo, com certas dificuldades de enfrentar tensões, o adoecer pode ser considerado uma tentativa de estabelecimento de um equilíbrio para o corpo, assim como o sintoma neurótico representa a saída para um conflito psíquico.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

A pesquisa teve como objetivo geral analisar os benefícios produzidos pela ludoterapia como cuidado paliativo em crianças hospitalizadas com câncer.

3.2 Específicos

- a) Avaliar através do teste projetivo HTP na forma cromática a importância da ludoterapia como cuidado paliativo para as crianças hospitalizadas com câncer;
- b) Identificar os estados emocionais vivenciados pela criança com câncer em relação à sua doença;
- c) Avaliar os efeitos que as representações simbólicas construídas durante a vivência de uma doença crônica grave e/ou terminal produzem na criança.

4 METODOLOGIA

A Pesquisa é classificada como quantitativa com o desenho analítico experimental (pareado) com delineamento de ensaio clínico não randomizado. Trata-se, também, de uma pesquisa qualitativa exploratória e descritiva em que foram analisados os benefícios da ludoterapia como cuidado paliativo em crianças hospitalizadas por câncer mediante avaliação psicológica das mesmas antes de iniciar o processo de intervenção através da ludoterapia e, no final das intervenções. Os resultados obtidos nas duas avaliações foram analisados e comparados entre si.

O Período de duração da pesquisa foi de 06 (seis) meses, cuja coleta de dados ocorreu entre os meses de agosto de 2008 a fevereiro de 2009.

4.1 Sujeitos

Os critérios de inclusão para a escolha dos sujeitos que participariam da pesquisa, foram crianças na faixa etária de 5 a 12 anos de ambos os sexos, hospitalizadas com diagnóstico de qualquer tipo de câncer em tratamento em cuidados paliativos no serviço de oncologia do hospital e/ou em acompanhamento na Casa de Apoio “Criança Feliz”¹⁸, ambos os setores pertencentes ao Instituto Maranhense de Oncologia Aldenora Belo (IMOAB). Para o estudo, foram excluídas as crianças que se encontravam em regime de isolamento.

A referida faixa etária foi escolhida face à necessidade da criança apresentar compreensão e linguagem suficientemente desenvolvidas para participar das entrevistas e da aplicação dos instrumentos de avaliação.

Foram inicialmente selecionados 23 sujeitos para a pesquisa, mas somente dez concluíram o processo, sendo enumeradas para preservar o anonimato, como: crianças 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10. Dentre as crianças inicialmente selecionadas 13 (treze) destas não finalizaram a pesquisa, pois durante o processo ludoterápico, quatro receberam alta médica temporária e viajaram para o interior do Estado; sete vieram a óbito e duas crianças não tiveram periodicidade na participação das sessões de ludoterapia e, segundo a equipe do hospital, a família desistiu do tratamento por razões não explicadas.

4.2 Local

O local onde se desenvolveu a pesquisa foi no Instituto Maranhense de Oncologia Aldenora Bello (IMOAB) tendo como mantenedora a Fundação Antônio Jorge Dino em São Luís. A unidade de oncologia desse Hospital é considerada a referência em todo o Estado do Maranhão para o tratamento do câncer.

¹⁸ Local onde as crianças oriundas do interior do Estado do Maranhão ficavam hospedadas, aguardando os efeitos do tratamento recebido no hospital Aldenora Belo, os resultados dos exames ou alta médica para retornarem novamente ao regime de internação no Setor de Pediatria do IMOAB, conforme data previamente agendada.

O hospital possui 180 leitos divididos entre apartamentos, enfermarias de Clínicas Cirúrgicas, Médica e Pediátrica, Radioterapia e UTI; dispõe de equipamentos de Radiologia e Acelerador Linear, para a Radioterapia, que oferece, além dos serviços de diagnóstico e tratamento, o de prevenção, o de controle dos pacientes, o de acompanhamento psicológico, fonoaudiológico e fisioterápico. Em 2000, a instituição inaugurou a primeira casa de apoio “Casa de Apoio Criança Feliz” destinada a hospedar crianças e adolescentes com câncer, provenientes do interior do Estado, em tratamento ambulatorial no IMOAB e seus familiares.

4.3 Instrumentos de coleta de dados

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram documentos do hospital (prontuários médicos) de onde foram extraídos dados referentes à identificação das mesmas e de seus pais, contendo: registro hospitalar e nome da criança, nº de atendimento, nascimento, idade, escolaridade da criança, responsável, procedência, tipo de tratamento, tempo em meses que iniciou o tratamento, tipo de câncer que a criança é portadora, período de internação, quando entrou em cuidados paliativos, nome do pai, nome da mãe, endereço, naturalidade, escolaridade, idade, religião, profissão, filhos do casal, filhos c/ outros parceiros (as); entrevistas estruturada (anamnese) e semi-estruturada, observação sistemática e direta.

Na realização da anamnese com os pais ou cuidadores das crianças foram coletadas informações sobre a história de vida das crianças envolvendo aspectos simbólicos; dados sobre a pessoa entrevistada e o núcleo familiar; informações gerais sobre as crianças diretamente relacionadas com a doença, dados sobre os prejuízos da hospitalização ao seu desenvolvimento psicomotor, estabelecimento e manutenção de relacionamentos na constelação familiar, na escola, com outras crianças em geral, se apresenta alguma dificuldade relacionada ao sono, aspectos afetivos e emocionais, dando grande importância ao brincar, investigando se a mesma teve oportunidade de brincar antes da hospitalização, (Apêndice A).

A entrevista semi-estruturada utilizada compõe o teste projetivo HTP (House, Tree, Person), juntamente com o inquérito para avaliação dos protocolos referentes às projeções produzidas pelas crianças neste teste (BUCK, 2005). Somente foi utilizada a aplicação do HTP na forma cromática. (Anexo A).

A observação sistemática e direta compreendeu a aplicação do teste HTP. Este teste é uma técnica projetiva gráfica, que através de desenhos, visa à projeção da personalidade do sujeito. O autor do teste John N. Buck, em 1948, criou essa técnica de desenhos

basicamente não-verbal, que pode ser aplicada tanto em crianças, adolescentes e adultos, como também, em deficientes mentais, pessoas sem escolaridade, estrangeiros que não dominam plenamente o idioma, mudos, tímidos (retraídos) e naqueles que são bloqueados emocionalmente na área verbal. Para Cunha (2002, p. 519) uma técnica projetiva é:

Um instrumento que é considerado especialmente sensível a aspectos inconscientes ou velados do comportamento, que permite ou encoraja uma ampla variedade de respostas para extrair informações úteis relativas ao nível da função intelectual e emocional do sujeito.

A técnica projetiva HTP, de acordo com Cunha (2002, p. 519) “reflete a maneira como o sujeito percebe o mundo expressando vivências emocionais e ideacionais associadas ao desenvolvimento da personalidade”. Portanto, o desenho representa a maneira que o indivíduo percebe o seu meio, as pessoas e de como sente e se posiciona diante delas, isto é, indica a maneira peculiar de ser e sentir de uma pessoa.

No HTP ao desenhar a casa, a árvore e a pessoa humana, o sujeito lida com conceitos familiares, mesmo para as crianças bem pequenas; portanto, mais facilmente aceitos para serem desenhados por sujeitos de todas as idades.

A página em branco sobre a qual o desenho é executado serve como um fundo no qual o sujeito oferece um vislumbre de seu mundo interno, de seus traços e atitudes, de suas características comportamentais, das fraquezas e forças de sua personalidade, incluindo o grau em que pode mobilizar seus recursos internos para lidar com seus conflitos psicodinâmicos, tanto interpessoais quanto intrapsíquicos.

Os desenhos não constituem uma reprodução fiel da realidade, mas representam um reflexo da personalidade do sujeito. Para Retondo (2000, p.16) “é antes uma interpretação da realidade, uma maneira de ver as coisas e de se colocar diante delas”. É entendido, portanto, que o HPT investiga o fluxo da personalidade na medida em que ela invade a área da criatividade artística, pois, a linguagem do inconsciente é fundamentalmente imaginativa e simbólica e, emerge com bastante facilidade por meio dos desenhos. Retondo (2000, p.16) acrescenta “tanto a linguagem simbólica quanto o desenho alcançam níveis primitivos da personalidade, permitindo o acesso ao mundo interno”.

A psicologia considera a técnica projetiva dos desenhos das crianças um meio privilegiado para a descoberta do seu mundo interno e da sua psicodinâmica, que segundo Cunha (2002, p. 520) “além de constituírem um modo natural de expressão para as mesmas é um meio de expressão e de comunicação, revelando muito do inconsciente daquele que desenha”.

Para o autor Buck (2005, p. 5) “as crianças muito antes de escrever aprendem a desenhar e, quando desenhavam por lazer, geralmente retratam pessoas, casas, árvores, animais, sol, etc”. Portanto, esses temas são vistos nos trabalhos de crianças de todas as terras e culturas, atestando a universalidade básica da mente humana e dos sentimentos. As crianças pequenas tendem a ignorar ou transformar a realidade em um mundo subjetivo, rico em fantasias.

A avaliação diagnóstica do HTP se processa após a primeira visão global dos desenhos, e se encaminha para a avaliação das partes individuais. No manual de interpretação e avaliação, Buck (2005, p. 6) explica que “as partes individuais são significativas em sua inter-relação com o todo, afetando reciprocamente o contexto global”. Este autor estabelece um paralelo com o que ocorre no corpo humano: quando uma parte está doente ou danificada, o corpo é afetado globalmente. Porém, o grau desse comprometimento é determinado pelo corpo, considerando-o um organismo que funciona como um todo.

Para interpretar o HTP-F, é necessário que o psicólogo tenha uma vasta experiência clínica, conhecimentos de psicopatologia, psicossomática e psicanálise, estudos sobre movimentos expressivos da personalidade e uma reflexão sobre os mitos e as lendas populares.

Por fim, o conhecimento do HTP permite ao psicólogo clínico realizar a avaliação de um processo de interferência clínica no procedimento de exploração da personalidade, permitindo ao profissional estabelecer uma série de hipóteses dinâmicas e estruturais sobre o indivíduo. Além disso, o HTP, segundo Cunha (2002, p. 520) “é extremamente útil, tanto no diagnóstico como no prognóstico das avaliações individuais”. Sua aplicação durante o decorrer da terapia, em intervalos regulares, indicará a progressão no tratamento e a validade das mudanças emocionais e comportamentais.

4.4 Procedimentos de coleta e análise de dados

Após todos os procedimentos legais referentes à formalização desta pesquisa junto ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (CEP-HUUFMA), foi iniciada a seleção dos sujeitos com base nos critérios pré-estabelecidos. A sugestão inicial das possíveis crianças, que

participariam da pesquisa, foi feita pelas atendedoras de enfermagem do Setor de Pediatria do IMOAB, e selecionadas definitivamente, após a confirmação dos critérios pré-estabelecidos.

A coleta de informações gerais para caracterização das crianças foi feita a partir de prontuários médicos, contendo a identificação dos participantes, filiação, data de nascimento, fase de tratamento e data de inscrição no serviço de oncologia. Após os levantamentos dos dados de identificação, foram agendados encontros individuais com os pais ou cuidadores das crianças para fornecer-lhes informações sobre a pesquisa (instituições envolvidas, benefícios, objetivos), bem como sobre como seria realizada, explicando-se os procedimentos, sigilo das informações coletadas, riscos e desconfortos, liberdade de sair do grupo a qualquer momento. Após essas informações, aos pais ou cuidadores das crianças eram solicitadas a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Por tratar-se de um ensaio clínico com desenho analítico experimental pareado, onde o mesmo grupo de crianças foi experimental e controle, houve uma primeira avaliação psicológica pela pesquisadora antes de iniciar o processo de intervenção pela ludoterapia. Essa avaliação ocorreu através da aplicação do teste projetivo HTP, padronização BUCK (2005) cromático e, logo em seguida, aplicação do inquérito estruturado do HTP, segundo a mesma padronização. Na aplicação do HTP (BUCK, 2005) é oferecido às crianças lápis de várias cores e para cada desenho realizado, uma folha de papel branco A-4. As análises dos testes psicológicos das crianças foram processadas após cada avaliação para alimentar o banco de dados com as informações de cada uma.

No segundo contato da sessão de ludoterapia com as crianças, investigaram-se quais atividades lúdicas eram as preferidas pelas crianças. Para isso, foram considerados os relatos das próprias crianças, envolvendo aspectos simbólicos sobre suas vivências na hospitalização.

O início das sessões ludoterápicas pela pesquisadora com as crianças, ocorreu no começo do mês de agosto de 2008, com término no mês de fevereiro de 2009. O processo transcorreu durante três meses em 12 sessões com cada criança. As sessões ludoterápicas foram realizadas duas vezes por semana, de forma individual ou em pequenos grupos de quatro crianças na brinquedoteca da Casa de Apoio “Criança Feliz” do hospital com duração de 30 a 50 minutos cada sessão. Entretanto, quando as crianças não queriam brincar em função do seu estado de saúde debilitado ou em virtude de estarem no isolamento, ou ainda, por causa da realização de exames e consultas, as sessões ludoterápicas não eram realizadas. O período total de realização dessa pesquisa foi de seis meses, compreendendo desde a

seleção da primeira criança, até a inicialização das sessões ludoterápicas, a última criança selecionada e as últimas sessões ludoterápicas e avaliações finais.

Para subsidiar a adequação e os roteiros das atividades lúdicas aos interesses e às necessidades das crianças, foram realizadas análises dos dados obtidos na anamnese com os pais ou cuidadores e dos registros dos relatos das entrevistas com as crianças. Portanto, as atividades realizadas pela pesquisadora com as crianças, foram adaptadas, a partir do resgate das atividades preferidas pelas crianças em suas residências e através dos relatos das mesmas e de suas mães.

A classificação dos jogos e brinquedos utilizados nas sessões ludoterápicas foi a especificada por Bomtempo (1999). Os conteúdos trabalhados com as crianças obedeceram às fases de desenvolvimento infantil de Piaget (2001), enfatizando suas vivências psicomotoras, esquema corporal, orientação espacial, estruturação temporal, jogos de exercício, jogos simbólicos, de acoplagem, regras simples e complexas, conteúdos escolares como cores, números, vogais, entre outros e, foram trabalhados através de desenhos livres escolhidos pelas crianças e por desenhos solicitados pela pesquisadora.

Ao término das sessões ludoterápicas foram realizadas as segundas aplicações do teste projetivo HTP (BUCK, 2005), seguidas das segundas aplicações do inquérito estruturado do HTP, padronização BUCK (2005). Os resultados das análises destas segundas avaliações sobre os benefícios das intervenções ludoterápicas como cuidado paliativo foram extraídos a partir da avaliação quantitativa dos protocolos e inquéritos do HTP e das entrevistas semi-estruturadas com as crianças.

Nas entrevistas semi-estruturadas foram processadas análises dos relatos das crianças, interpretando-os, decompondo-o para recompô-los, obedecendo-se as relações existentes entre essas partes para favorecer a compreensão dos relatos. No que se refere à análise de conteúdo das entrevistas estruturadas foi utilizada a padronização BUCK (2005).

4.5 Etapas

As etapas realizadas foram seqüenciadas desde o momento que se iniciou a pesquisa, constando dos seguintes passos:

- a) Seleção das possíveis crianças sugeridas pelas atendedoras a partir dos prontuários das crianças (nome, filiação, data de nascimento, fase de tratamento, data de inscrição no serviço de oncologia);
- b) Encontro com os pais ou cuidadores para esclarecer sobre os objetivos da pesquisa e solicitar assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- c) Coleta de informações gerais para caracterização das crianças, a partir de prontuários médicos;
- d) Realização da 1ª entrevista estruturada (roteiro de anamnese) com os pais ou cuidadores para coletar informações sobre a história de vida das crianças;
- e) 1ª Aplicação do teste projetivo HTP - Cromático seguido da aplicação da 1ª entrevista semi-estruturada e/ou inquérito estruturado do HTP segundo padronização BUCK (2005);
- f) Realização das sessões ludoterápicas pela pesquisadora com as crianças.
- g) 2ª Aplicação do teste projetivo HTP seguido da aplicação da 2ª entrevista semi-estruturada e/ou inquérito estruturado do HTP ao final das sessões de ludoterapia segundo padronização BUCK (2005); e,
- h) Análise dos benefícios da ludoterapia a partir da avaliação quantitativa e qualitativa dos protocolos e inquéritos do HTP e das entrevistas semi-estruturadas com as crianças.
- i) Análise qualitativa dos prejuízos da hospitalização.

4.6 Materiais e Equipamentos

O grupo de brinquedos utilizados nas sessões de ludoterápicas foi o proposto e especificado por Bomtempo (1999), com a seguinte classificação:

- a) Jogos de exercício: jogar bola e tocar instrumentos;
- b) Jogos simbólicos: fantoches, palhaços, desenhar, faz-de-conta;
- c) Jogos de acoplagem: montagem, modelagem, recorte/colagem e quebra-cabeça;
- d) Jogos de regras: baralho, dominó, bingo, dama;
- e) Jogos diversos: desenhar, pintar, ler, ouvir histórias, cantar e dançar.

No setting terapêutico foram utilizados brinquedos de plástico e de pano, segundo relação especificada por Bomtempo (1999, p. 76) como: bonecos e bonecas, fantoches, animais domésticos e selvagens, carrinhos, caminhões, aviões, bola, baralho de animais, blocos de construção e encaixe, dominó e quebra-cabeça. Outros materiais como: massa para modelar, tinta guache (jogo com 12 cores); papel branco A-4; lápis de 12 cores; pincel, tesoura sem ponta, cola colorida, barbante, argila foram, utilizados nas intervenções com as crianças selecionadas.

4.7 Análise Estatística

A análise dos benefícios das sessões ludoterápicas foi realizada através das avaliações quantitativa e qualitativa dos protocolos e inquéritos das entrevistas estruturadas com as crianças pelo HTF (Cromático), padronização BUCK (2005).

Para analisar os resultados das variáveis obtidas nos conteúdos dos protocolos produzidos nos desenhos das crianças no teste HTP, os dados foram avaliados através do programa estatístico SPSS for Windows 16.0 (2007). Inicialmente, foi feita a análise de estatística descritiva, ou seja, elaboraram-se tabelas de frequência e gráficos das variáveis analisadas.

Para avaliação dos benefícios da ludoterapia como cuidado paliativo em crianças hospitalizadas com câncer foi feita a análise pelo Teste dos Sinais, comparando-se todas as variáveis em dois momentos (antes e depois). Os valores de $p < 0,05$ foram considerados significativos.

4.8 Considerações éticas

Esta pesquisa foi realizada de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 196/96, em vigor em todo território nacional, contando com um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - Apêndice B) Este termo garante que as informações são confidenciais e só utilizadas nesta pesquisa, tendo como objetivo, esclarecer e proteger os sujeitos que dela participaram, assegurando o seu bem-estar. Desse modo, este projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (CEP-HUUFMA) sob o protocolo nº 33104-1183/2007 e aprovado conforme o Parecer Consubstanciado nº 066/2008 (Anexo B).

Os dados foram coletados somente após a aprovação pelo referido Comitê, e os responsáveis pelas crianças assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para participarem da pesquisa e a pesquisadora assinou o Termo de Conhecimento e Concordância (Apêndice C).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Análise dos dados obtidos dos prontuários

As informações obtidas a partir dos prontuários médicos mostram as variáveis relativas às internações hospitalares das crianças que foram avaliadas quanto aos benefícios da ludoterapia. Ressalva-se que são apresentados somente os dados estatísticos levantados dos prontuários referentes aos resultados das 10 (dez) crianças que concluíram o processo ludoterápico.

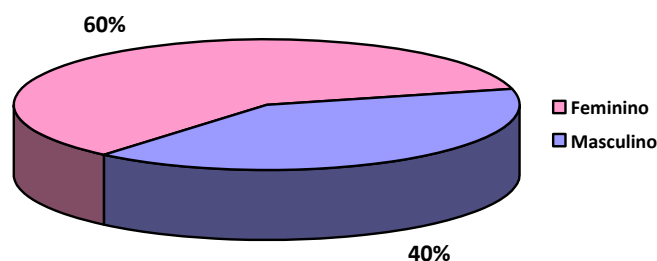


Gráfico 1 - Distribuição da frequência do sexo das crianças pesquisadas que concluíram o processo ludoterápico.

O Gráfico 1 mostra que 60% das crianças eram sexo feminino, enquanto que 40% do sexo masculino. Em comparação com os dados estaduais, segundo o INCA (2008) apud Rede Câncer, (2008, p. 38) em todo o Estado do Maranhão os casos de câncer pediátricos compreendendo a faixa de idade entre 0 a 14 anos com neoplasias malignas a maior frequência foi no sexo masculino com 60,29 %, no sexo feminino foi na ordem de 39,71 %.

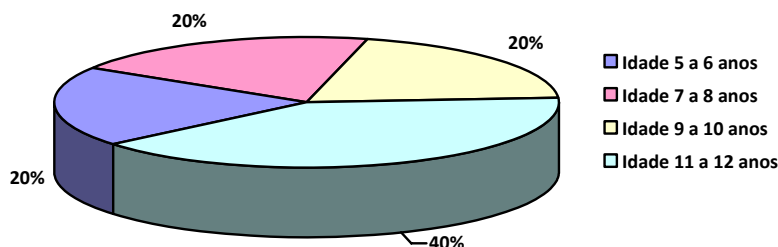


Gráfico 2 - Distribuição da frequência em relação às idades das crianças pesquisadas quanto aos benefícios da ludoterapia.

O Gráfico 2 mostra a idade das crianças à admissão, sendo que o maior percentual (40%) correspondem às crianças entre 11 e 12 anos, e (20%) para cada faixa etária nas demais idades de 5 a 6 anos; 7 a 8 anos e 9 a 10 anos.

A faixa etária selecionada para este estudo compreendeu as idades de 5 a 12 anos, estando de acordo com aquelas definidas nas estatísticas do INCA (2008). No Brasil as estatísticas indicam que o câncer em crianças apresenta-se como a quarta causa de morte na população abaixo de 14 anos de idade.

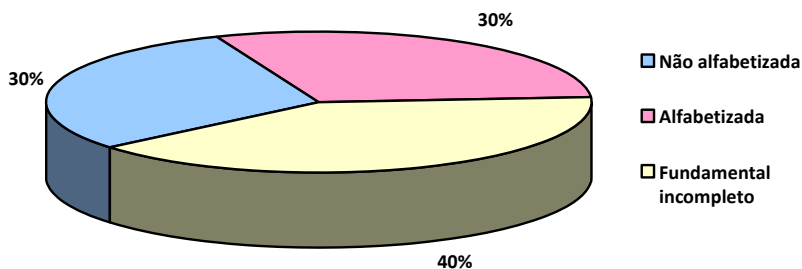


Gráfico 3 - Distribuição da frequência quanto à escolaridade das crianças hospitalizadas quanto aos benefícios da ludoterapia.

No tocante à escolaridade o Gráfico 3 demonstra que 70% das crianças eram alfabetizadas, sendo que 30% cursaram até a 1ª série do ensino fundamental. Ressalta-se, que desse percentual 40% tinham ensino fundamental incompleto. A variável de não alfabetizada contempla o percentual de 30%. Os motivos alegados pelos pais para justificar o atraso e/ou abandono escolar deveu-se, principalmente, ao aparecimento do câncer na criança, conseqüentemente a rotina do tratamento e o deslocamento por meses ininterruptos para São

Luis com períodos prolongados de hospitalização. Outra justificativa relatada pelos pais é de que as crianças apresentavam dificuldades na aprendizagem ao retornarem à escola após o início do tratamento. Esses sintomas eram agravados por dificuldades na discriminação, histórias de agressividades físicas leves em colegas, presença de comportamentos ansiosos com agravantes que indicavam hiperatividade, sendo também, perceptível o déficit na atenção (MOTTA, ENUMO E FERRÃO, 2006).

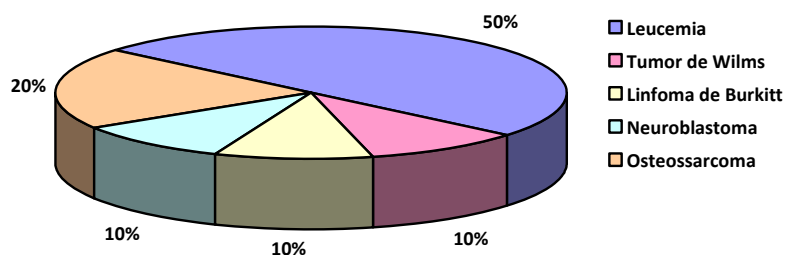


Gráfico 4 - Distribuição da frequência quanto aos tipos de câncer das crianças hospitalizadas quanto aos benefícios da ludoterapia.

O Gráfico 4 mostra a distribuição da frequência dos tipos de câncer das crianças hospitalizadas. Pelos dados apresentados a maior incidência recaia na leucemia com 50% (n=5) das crianças que se encontravam em tratamento. Os outros tipos de câncer como o linfoma de Burkitt com 10% (n=1), o tumor de Wilms com 10% (n=1) assim como o neuroblastoma com 10% (n=1) e o osteossarcoma com 20% (n=2) da amostra.

O percentual dos tumores estimados para o câncer infantil no Brasil na população de 0 a 14 anos encontra-se próximo de 3% e no Estado do Maranhão as neoplasias malignas se apresentam na ordem de 4,63 %, portanto, 1,63% acima da média nacional (INCA 2008).

No Brasil, os dados mostram a prevalência da leucemia seguida dos linfomas como os mais frequentes, enquanto que os tumores ósseos têm sua maior ocorrência nos adolescentes como também para o Estado do Maranhão, onde a leucemia se apresenta com o percentual de 49,46 % e os linfomas 18,20 % (INCA, 2008).

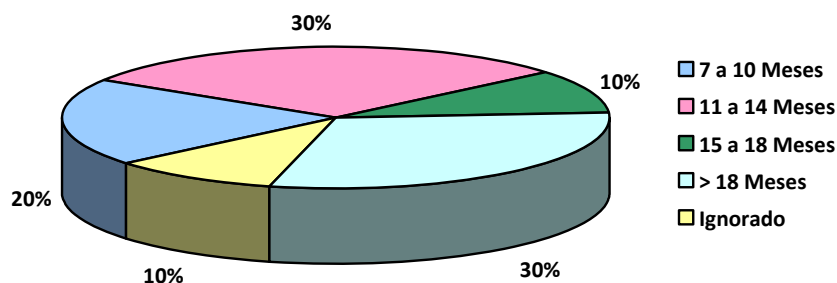


Gráfico 5 - Distribuição da frequência quanto ao acompanhamento e avaliação dos benefícios da ludoterapia nas crianças hospitalizadas por câncer.

O Gráfico 5 compreende a distribuição de frequência quanto a avaliação dos benefícios da ludoterapia durante o tratamento do câncer, tempo este conferido do início ao término desta pesquisa com as crianças hospitalizadas. Os dados revelam que duas (20%) das crianças, encontravam-se na faixa de 7 a 10 meses; três (30%) entre 11 a 14 meses enquanto que uma (10%) criança foi avaliada entre 15 a 18 meses de tratamento. As crianças em tratamento por mais de 18 meses apresentaram dados consistentes e ignorados.

Observa-se que o menor percentual (10%) de acompanhamento dos benefícios da ludoterapia, corresponde à faixa de 15 a 18 meses de hospitalização. O grupo de crianças que se encontrava hospitalizada e em tratamento oncológico há mais de 18 meses (30%) compreendeu a maioria dos casos avaliados quanto aos benefícios da ludoterapia.

5.2 Anamnese com os pais / ou cuidadores das crianças

Os dados colhidos por anamnese psicológica, as quais foram realizadas com os pais/cuidadores que forneceram informações relativas à identificação das crianças pesquisadas e para a análise dos conteúdos projetados nos protocolos do HTP padronizado por BUCK (2005).

A Tabela 1 mostra os dados relativos a anamnese realizada com os pais/cuidadores das crianças hospitalizadas com câncer.

Tabela 1 - Dados relativos a anamnese realizada com os pais/cuidadores das crianças hospitalizadas.

HISTÓRIA DE VIDA DAS CRIANÇAS										
DADOS	IDENTIFICAÇÃO DAS CRIANÇAS									
	Cr.1	Cr.2	Cr.3	Cr.4	Cr.5	Cr.6	Cr.7	Cr.8	Cr.9	Cr.10
Idade/anos	09	05	12	11	11	08	12	06	10	07
Qd. Filhos/família	06	05	04	02	05	06	05	05	07	03
Posição criança núcleo familiar	2ª	3ª	2º	1º	4ª	6ª	2º	3ª	5º	1ª
Aceitação gravidez da criança	Não pensou sobre isto	Não pensou sobre isto	Não pensou sobre isto	Boa aceitação	Não desejava mais filhos	Não desejava mais filhos	Não desejava mais filhos	Não desejava mais filhos	Não desejava mais filhos	Boa aceitação
Qd. familiares moram mesma residência	10	5	6	4	7	8	7	11	9	7
Neoplasia maligna	Leucemia	Tumor de Wilms	Leucemia	Leucemia	Osteossarcoma	Neuroblastoma	Leucemia	Leucemia	Linfoma de Burkitt	Osteossarcoma

A história de vida das crianças mostra que entre as dez estudadas, a de menor idade tinha 5 anos e de maior idade tinha 12 anos

As informações colhidas por anamnese realizada com os pais/cuidadores subsidiaram, também, a construção da história de vida sócio psicológica das crianças. Esses conteúdos sedimentaram a programação das sessões de ludoterapia, fornecendo conhecimento individual de cada criança que participou da pesquisa, através dos itens contidos nos quesitos (Tabela 1).

Observa-se ainda na Tabela 1 que a quantidade de filhos por família era de dois até sete filhos. Quanto a posição da criança no núcleo familiar era, predominantemente, o segundo filho (30%), cujas menores eram portadoras da leucemia sendo uma criança com 9 anos e duas com 12 anos. Ocupando a segunda posição detectou-se quatro crianças, sendo uma (10%) com tumor de Wilms e apresentava 5 anos; outra (10%) portadora de leucemia com 6 anos, e duas (20%) crianças, sendo uma (10%) diagnosticada com leucemia com 11 anos e outra (10%) diagnosticada com osteossarcoma e tinha 7 anos. Na terceira posição se encontram três crianças, uma (10%) diagnosticada com osteossarcoma estava com 11 anos, outra (10%) com linfoma de Burkitt com 10 anos a última (10%) diagnosticada com neuroblastoma tinha 8 anos.

Quanto a aceitação da gravidez da criança pelos pais e/ou cuidadores verificou-se que 50% dos grupamentos familiares não desejavam mais filhos; 30% sem planejamento familiar e 20% demonstrou boa aceitação. Aqueles pais/ou cuidadores que não desejam mais filhos informaram que a quantidade de familiares morando na mesma residência era de sete a onze pessoas e aqueles com boa aceitação da gravidez tinham um grupo familiar composto de quatro e sete pessoas por família.

5.3- Entrevistas semi-estruturadas

As entrevistas semi-estruturadas compõem o inquérito aplicado posterior à realização dos desenhos pelas crianças avaliadas. Pretendem esclarecer aspectos profundos do inconsciente projetados nos conteúdos através dos desenhos. Esses conteúdos são avaliados sob as dimensões psicoafetivas e emocionais de cada sujeito.

As avaliações dos protocolos do HTP descritos por Buck (2005) demonstraram os resultados das reações referentes aos prejuízos que as crianças sofreram durante a hospitalização.

As informações subsidiadas pelos protocolos dos testes projetivos HTP forneceram dados que possibilitaram a análise das dificuldades apresentadas durante a hospitalização das crianças no período que foram avaliadas.

O HTP descrito por Buck (2005), também, forneceu informações através dos conteúdos contidos nos protocolos, os quais foram relacionados aos dados obtidos por anamnese realizada com os pais/cuidadores das crianças. Essas informações adicionadas revelaram traumas, conflitos, interesses gerais dos sujeitos e aspectos específicos relativos aos prejuízos causados pela hospitalização no tratamento do câncer dessas crianças.

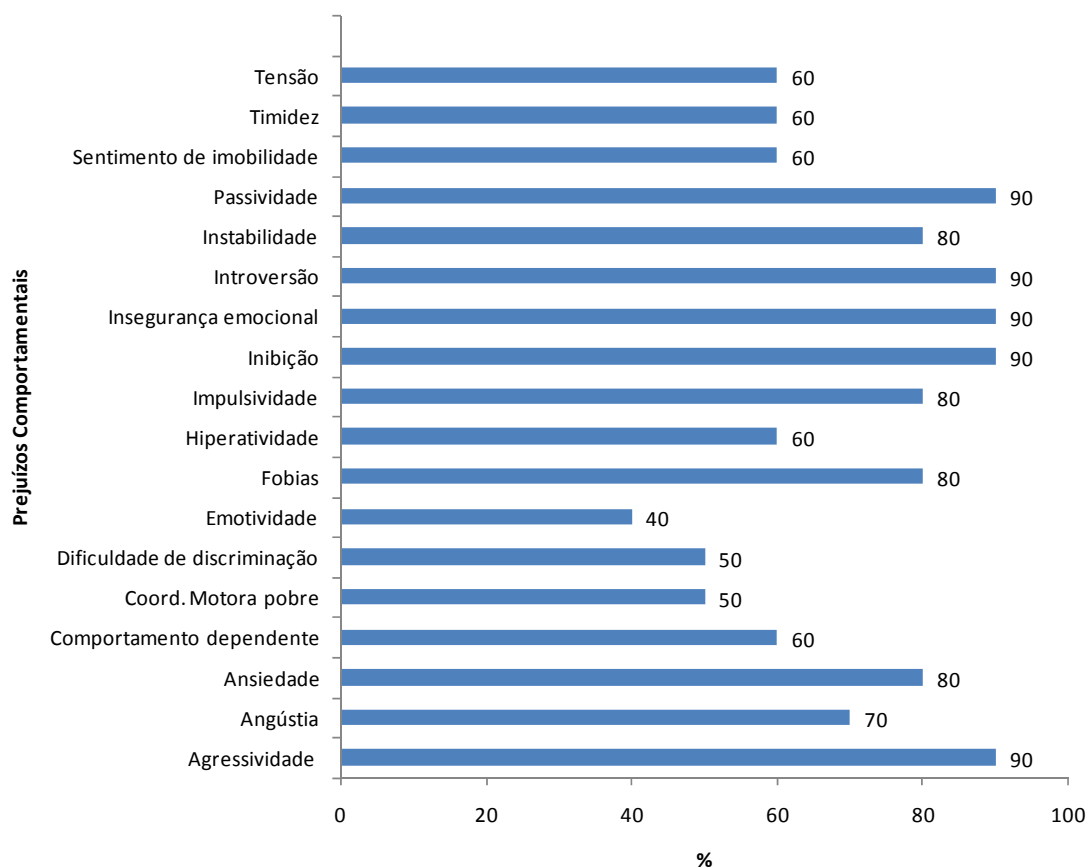


Gráfico 6 - Distribuição da frequência quanto aos prejuízos comportamentais causados pela hospitalização das crianças pesquisadas.

O Gráfico 6 refere-se à distribuição da frequência quanto aos prejuízos comportamentais causados pela hospitalização das crianças. Os dados mostram que o percentual de 90 % para a agressividade nas crianças, revelam elevação atitudinal perante frustrações em situações de conflitos. Os percentuais de 70 % para a angústia, denotam a presença de lembranças traumáticas ameaçando a integridade psíquica simbolizando perigos reais. Para a ansiedade os percentuais de 80 % refletem a mesma situação configurada na angústia, elevada pelo desconforto, pelo predomínio da apreensão ante ameaça real da doença. O estudo de Brunner e Suddarth (1992) mostra que a agressividade, ansiedade e angústia são comportamentos sempre presentes em crianças hospitalizadas e deve-se estar atento aos indícios fisiológicos, emocionais e comportamentais, pois a falta de apoio emocional em uma situação de dor a criança poderá não superar sozinha as dificuldades da situação hospitalar.

O comportamento dependente com 60% nos resultados podem ser geradas pelos sentimentos de culpa, vazio, impotência, solidão e muito medo de ser abandonada e rejeitada.

Os percentuais de 50% referentes à coordenação motora pobre, poderão traduzir a diminuição da força muscular e o comprometimento na execução das tarefas a serem realizadas. Os dados relativos à dificuldade de discriminação com 50% nos resultados para Brunner e Suddarth (1992) denotam razoável dificuldade na seleção e na magnitude dos estímulos apresentados.

A emotividade com 40% evidencia a presença de desajustes e conflitos com reações somatopsíquicas no sistema adaptativo. As fobias com o percentual de 80% denotam esquiva persistente da situação em que se encontra frente ao câncer. Segundo Brunner e Suddarth (1992) estas esquivas ativam excessivamente as reações negativas de medo.

Na hiperatividade os 60% representam os níveis de agitações com dificuldades que as crianças apresentaram para terminar suas tarefas. A impulsividade com o percentual de 80% para Buck (2005) revela graves alterações com a presença de reações abruptas, explosivas e irregulares.

A inibição, a insegurança emocional e a introversão com os percentuais de 90% cada, apresentam-se como um dos prejuízos da hospitalização mais significativos, evidenciados pela presença de atitudes de desconfianças voltadas para seu mundo interno. Para Brunner e Suddarth (1992) essas atitudes são sentidas através do medo. Segundo Erikson (1998) essas crianças buscam a felicidade pela fantasia e pela imaginação, desvalorizando suas vivências concretas onde os fatos de sua vida interior são conceitualizados através da fantasia.

Para Buck (2005) os níveis de instabilidade de 80% revelam que os fenômenos de natureza emocional das crianças se encontram suscetíveis às instabilidades nas estimulações e flutuações de natureza psicoafetivas e emocionais.

Os resultados referentes à passividade com 90% nos resultados podem ser resultantes do impacto pela presença prolongada do câncer, gerando sentimento de impotência frente aos conflitos situacionais. Para Villemor-Amaral e Silva, (2006) esses resultados confirmam os obtidos no sentimento de imobilidade com 60% que coartam¹⁹ as crianças de reações positivas para o enfrentamento do câncer pela tendência de submeter-se passivamente à força externa e aceitar imposições, castigo e culpa, resignando-se ao destino, admitindo inferioridade, erro, fracasso, autodestruição, dor, castigo, e a doença (VILLEMOR-AMARAL; SILVA, 2006).

¹⁹ Poucas condições de se decidir ante situações de tensão (VAZ, 2005).

A timidez e as tensões com 60% cada são fenômenos psicológicos interligados em situações específicas. Para Fenichel (1981) esses dados revelam que o nível de energia psíquica das crianças estão dirigidas para dentro, interiorizando e retendo conteúdo psíquico, evidenciando a presença de traumas no mundo interno das crianças estudadas. Os outros prejuízos com 70% relacionam à adição de menores percentuais relativos aos prejuízos causados pela hospitalização.

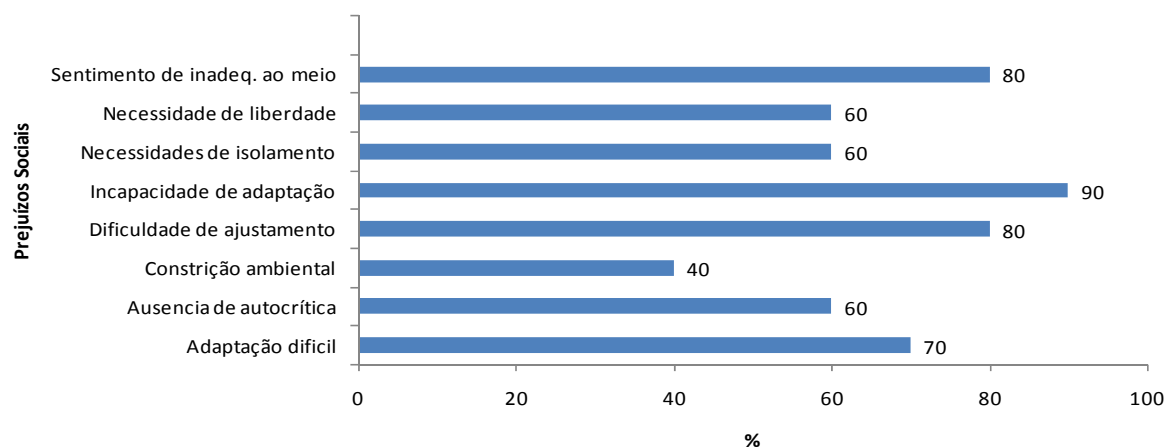


Gráfico 7 - Distribuição da frequência em relação aos prejuízos sociais causados pela hospitalização das crianças com câncer.

O Gráfico 7 apresenta a distribuição da frequência em relação aos prejuízos sociais causados pela hospitalização das crianças com câncer. Os dados encontrados revelam que o percentual de 70% para adaptação difícil; 80% para sentimento de inadequação ao meio; 80% para dificuldade de ajustamento; 90% para incapacidade de adaptação e sentimento de constrição ambiental com 40% podem ser resultantes da condição da hospitalização, da situação da doença e do tratamento, muitas vezes dolorosos. Segundo Bandura (1969) apud Friedman (2004) essas condições podem favorecer a presença de fatores ambientais que dificultam o desenvolvimento do potencial adaptativo, que é uma relação recíproca entre o organismo da criança e o seu ambiente.

A necessidade de isolamento com 60% reflete a dificuldade que as crianças estudadas têm para lidar com seus recursos internos nas situações estressantes causados pela doença e pela hospitalização. Para Allport (1961) apud Friedman (2004) essas dificuldades impedem o crescimento e desenvolvimento positivos de resiliências psicológicas.

A ausência de autocritica presente em 60% das crianças pesquisadas está relacionada às dificuldades na capacidade interna de realizar crítica de si mesmo. Segundo Bayés (1966) essas dificuldades podem estar associadas à imaturidade emocional, mecanismo inerente ao processo de autoconhecimento derivadas de movimentos psíquicos, que compõem o encontro do indivíduo consigo mesmo. Bayés (1966) ainda entende que esses bloqueios são dificuldades advindas do processo de adoecimento e da hospitalização prolongada, constante nos casos do tratamento do câncer. A necessidade de liberdade com 60% dos casos, reflete a rejeição ao confinamento causado pela hospitalização

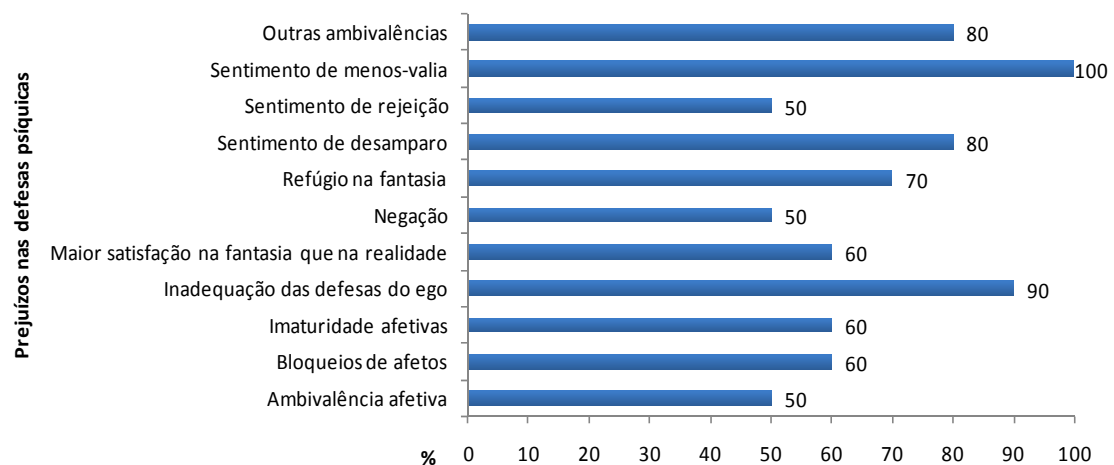


Gráfico 8 - Distribuição de frequência relativa aos prejuízos referentes às defesas psíquicas causados pela hospitalização das crianças com câncer.

O Gráfico 8 mostra a distribuição da frequência quanto aos prejuízos referentes às defesas psíquicas causados pela hospitalização das crianças pesquisadas. Os dados pesquisados revelam que 50% nos resultados obtidos para ambivalência afetiva e 80 % para outras ambivalências, indicando a presença de razoáveis alterações da afetividade pela elevação de sentimentos de oposição. Para Fenichel (1981) isto se caracteriza pela coexistência de juízos contraditórios nas crianças hospitalizadas ao experimentarem sentimentos opostos e simultaneamente em relação às situações de conflitos vivenciados.

Em relação à presença de bloqueios de afetos e imaturidade afetiva com 60% para cada, demonstram a existência de bloqueio contra os afetos, e as defesas evidenciadas, não

evitaram a instalação de situações traumáticas causadas pela doença e pela hospitalização, gerando imaturidade afetiva, não desenvolvendo recursos internos para rejeitar os impulsos indesejados. Segundo Klein (1961) esses bloqueios fornecem energias negativas, potencializando as estruturas inadequadas do ego, elevando os prejuízos para 90%. A negação com 50%, o sentimento de desamparo com 70%, o refúgio na fantasia com 80 % e a maior satisfação na fantasia que na realidade com 60 % revelam a forma como os conflitos são manipulados pelas crianças (KLEIN,1961).

O sentimento de rejeição com 50% e o sentimento de menos valia com 100% das crianças estudadas, denotam a presença da autodepreciação, de sofrimento moral e estreitamento vivencial com a redução na capacidade de experimentar o prazer, a perda de energia e diminuição na capacidade de pensar, o retraimento social bloqueando suas vontades e dirigindo de forma negativa o curso de seus pensamentos, interferindo no seu autoconceito, acarretando prejuízos para as crianças tanto no contexto psicossocial como individual. Segundo Freud (1949) essas energias concentradas na estrutura do aparelho psíquico das crianças não bloqueiam a conexão dos traumas vivenciados pela hospitalização os quais permaneceram inalterados no inconsciente.

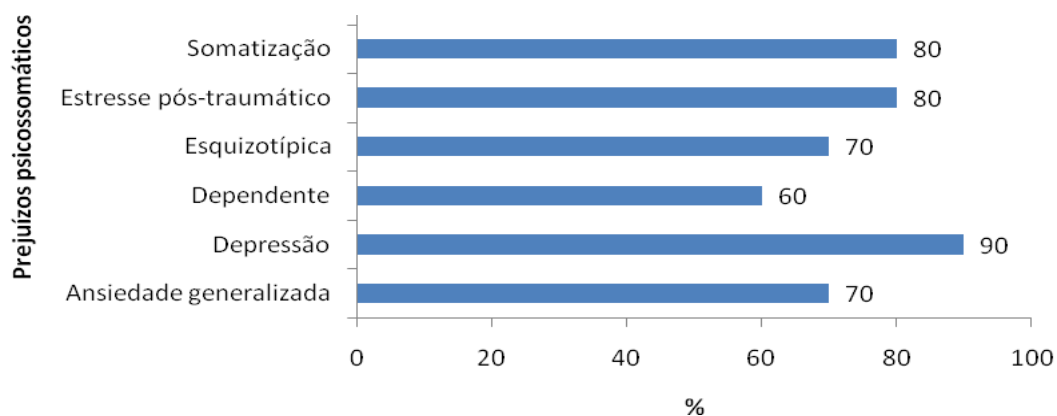


Gráfico 9 - Distribuição de frequência relativa aos prejuízos em relação aos aspectos psicossomáticos causados pela hospitalização das crianças com câncer.

O Gráfico 9 mostra a distribuição de frequência dos prejuízos referentes aos aspectos psicossomáticos causados pela hospitalização das crianças pesquisadas. Os dados pesquisados revelaram que o percentual para a presença de ansiedade generalizada

compreendeu 70%, que caracterizou nas crianças pesquisadas, ansiedade persistente e generalizada, onde o sintoma mais significativo foi o medo que gera mal estar físico e psíquico. Para Marty (1998) o medo é resultante de uma situação traumatizante que poderá ser psicossomatizada.

O dado mais significativo nesse agrupamento de prejuízos causados pela hospitalização nas crianças foi a depressão com 90 % nos resultados, onde a perturbação fundamental foi a alteração do humor, a qual encontra-se relacionada às situações estressantes relacionados ao câncer e à hospitalização, causando nas crianças tanto alterações fisiológicas quanto mudanças nos estados emocionais e cognitivos. O mesmo resultado foi encontrado por Spitz (2005) ao constatar que a depressão imobiliza a criança frente a situações vivenciais dificultando a construção de sua história de vida.

As dependências das crianças na ordem de 60% denota os impactos causados pelo câncer nos processos psicológicos, cognitivos e relacionais das crianças. Estudos como o de Mc Dougall (1996) demonstram que esses processos se configuram a partir da constatação da presença de conflitos associados à exposição da criança a situações de estresse que alteraram suas vivências e modificam determinados padrões relacionados à presença de distúrbios no desenvolvimento emocional, cognitivo, social e alterações psicofisiológicas nas crianças estudadas

Os prejuízos de ordem esquizotípica com a presença em 70% das crianças pesquisadas denotam elevado grau de interiorização e ressonância interna, apresentando reações inadequadas às situações geradas pelo estresse. Isto se confirma pela presença do percentual de 80% para o estresse pós-traumático e para o processo de somatização causados pela doença e, conseqüente, hospitalização. Esses prejuízos segundo Alexander (1989) confirmam a tendência das crianças em expressarem sofrimento através das respostas somatopsíquicas.

Os resultados descritivos analisados confirmam que o tempo prolongado da hospitalização na criança, poderá causar fortes desajustes de identidade frente às alterações comportamentais, sociais, psicossomáticas, psicoafetivas e emocionais sofridas e, muitas vezes, tornam-se irreversíveis na estrutura do aparelho psíquico (CHIATTONE, 1996).

5.4 Observação sistemática e direta

O Teste dos Sinais, segundo Vieira (1980, p. 124) é o mais adequado para avaliar 2 amostras pareadas: variável dependente²⁰ e variável nominal ou categórica²¹, ou seja, nas variáveis nominais (eixo) foram utilizadas os termos “ausência e presença” de sintomas.

O Teste dos Sinais é não-paramétrico, cuja designação resulta da direção (sinal + ou -) da diferença dos escores obtidos “antes” (M1) e “depois” (M2), no qual cada indivíduo é o seu próprio controle, independente da magnitude da diferença observada. As técnicas de estatística não paramétrica são particularmente adaptáveis aos dados das ciências do comportamento. Segundo Vieira (1980, p. 124):

A aplicação dessas técnicas não exige suposições quanto à distribuição da população da qual se tenha retirado amostras para análises. Podem ser aplicadas a dados que se disponham simplesmente em ordem, ou mesmo para estudo de variáveis nominais, contrariamente à estatística paramétrica, onde as variáveis são, na maioria das vezes, intervalares. Exigem poucos cálculos e são aplicáveis para análise de pequenas amostras, independente dos parâmetros populacionais e amostrais (média, variância, desvio padrão).

Este teste é utilizado na análise de dados emparelhados, ou seja, o mesmo indivíduo é submetido a duas medidas nas situações em que o pesquisador deseja determinar se duas condições são diferentes. A variável pode ser intervalar ou ordinal. O nome do teste dos sinais se deve ao fato de se utilizar sinais + e - em lugar dos dados numéricos. A lógica do teste é que as condições possam ser consideradas iguais quando as quantidades de + e - forem aproximadamente iguais, isto é, a proporção de + equivale 50%, ou seja: $p=0,5$. (VIEIRA, 1980).

As variáveis selecionadas foram organizadas e separadas em quatro grupos de variáveis, que são: variáveis comportamentais, variáveis sociais, variáveis defesas psíquicas e variáveis dos distúrbios somáticos.

²⁰ Mede o fenômeno que se estuda e que se quer explicar. São aquelas cujos efeitos são esperados de acordo com as causas. Elas se situam, habitualmente, no fim do processo causal e são sempre definidas na hipótese ou na questão de pesquisa. No nosso exemplo: desempenho em estatística e atitudes em relação à Estatística. (VIEIRA, 1980).

²¹ São aquelas cujas respostas podem ser encaixadas em categorias, sendo que cada categoria é independente, sem nenhuma relação com as outras: sexo (masculino, feminino), raça (branco, preto, outro). (VIEIRA, 1980).

A Tabela 2 mostra a análise das variáveis comportamentais das crianças com câncer no primeiro momento (M1) e no segundo momento (M2) do processo ludoterápico durante a internação hospitalar com utilização do teste de sinais.

Tabela 2 – Análise das variáveis comportamentais das crianças com câncer pelo teste dos sinais

Comportamentais	M2 < M1	M2 > M1	M2 = M1	p
Agressividade	1	0	9	1
Angústia	1	1	8	1
Ansiedade	1	1	8	1
Comportamento emocionalmente dependente	1	1	8	1
Coord. Motora pobre	2	0	8	0.5
Dificuldade de discriminação	3	1	6	0.625
Embotamento afetivo	1	1	8	1
Emotividade	4	1	5	0.375
Fobias	1	1	8	1
Hiperatividade	2	0	8	0.5
Impulsividade	2	0	8	0.5
Inibição	0	0	10	1
Insegurança emocional	0	1	9	0.317
Introversão	2	1	7	1
Instabilidade	1	2	7	1
Passividade	1	0	9	1
Sentimento de imobilidade	3	1	6	0.625
Timidez	1	1	8	1
Tensão (intra e extratensão)	2	3	5	0.307
Outros	1	0	9	1
Total	6	3	1	0.508

No primeiro momento do tratamento, pela inclusão da quimioterapia, as variáveis comportamentais foram as que mais se evidenciaram.

O resultado geral acerca das variáveis comportamentais apresentadas pelas crianças durante o primeiro e o segundo momento do processo ludoterápico durante a internação hospitalar de um $p=0.508$, considera-se que não houve significância quantitativa.

Observando-se os dados da Tabela 2, pode-se verificar que, no grupo das variáveis comportamentais, compreendendo a agressividade, angústia, ansiedade, comportamento emocionalmente dependente, embotamento afetivo, fobias, instabilidade, passividade, timidez e outras variáveis o $p=1$ não foi significativo de mudança, porém, houve

respostas positivas sinalizando para modificação do comportamento. Para Collet (2004, p. 12) “as reações fisiológicas, como a ansiedade, são reações do sistema nervoso-autônomo e da respiração, aspectos que causam mudanças na pressão sanguínea e na temperatura”. Isto mostra que a situação de hospitalização pode causar ansiedade e medo à criança, refletindo assim no seu sistema fisiológico.

A Tabela 2, ainda ressalta que nas variáveis coordenação motora pobre, hiperatividade e impulsividade com o $p= 0.5$, duas crianças responderam positivamente à intervenção. Em dificuldade de discriminação o $p= 0.625$, mostra melhores respostas para essa variável, verificando-se a possibilidade de resultados mais relevantes, caso o processo ludoterápico se prolongasse, posto que, três crianças demonstraram mudanças. Na variável emotividade quatro crianças responderam significativamente à terapia. Nesse agrupamento de variáveis o $p=0.375$, que sugere mudança qualitativa pela ausência de sintomas.

Para variável insegurança emocional o $p=0.317$ demonstra não haver mudanças nos resultados finais, pois os comportamentos apresentados não se alteraram na avaliação do segundo momento. Por outro lado, ressalta-se, que a manutenção dos comportamentos, numa criança com uma doença progressiva, pode-se considerar ganho qualitativo nesta variável.

Na variável sentimento de imobilidade três (30%) crianças responderam positivamente à intervenção, enquanto que seis (60%) permaneceram com os mesmos comportamentos e apresentaram um $p= 0.625$, sem significância quantitativa.

A variável tensão correspondendo em intra e extratensão o $p=0.307$ foi o resultado mais significativo obtido nesse grupo de variáveis, onde cinco (50%) das crianças permaneceram com os mesmos comportamentos nos dois momentos das avaliações, resultados que qualitativamente sinalizam tendência positiva.

Com a introdução da ludoterapia, pôde-se constatar na Tabela 2 a manutenção do quantitativo inicial de algumas variáveis comportamentais, dado que comprova segundo Oliveira Dias e Roazzi (2003) que mesmo com o agravamento da doença, o lúdico pôde proporcionar um momento de descontração, como também uma fuga da realidade vivenciada, pois o brincar, associado ao bem-estar, expressa os medos e tensões, favorecendo que a criança elabore suas vivências, permitindo a realização de atividades com o brinquedo. O mesmo resultado foi encontrado no trabalho de Chiatonne apud Angerami-Camon (2003) onde a criança que sofre durante a internação, revela na brincadeira uma atividade em relação

ao sofrimento, em que os acontecimentos traumáticos e todas as suas implicações podem ser dominados, deixando-as mais calmas, e, assim, podem explorar e descobrir no brinquedo o objeto de elaboração de suas energias internas concentradas.

A tabela 3 compreende a análise dos dados acerca das variáveis sociais apresentadas pelas crianças no primeiro e no segundo momentos da ludoterapia durante a internação hospitalar, aplicando-se o teste dos sinais.

Tabela 3 - Análise das variáveis sociais das crianças pelo teste dos sinais

Sociais	M2 < M1	M2 > M1	M2 = M1	p
Adaptação difícil	2	0	8	0.5
Ausência de autocrítica	0	2	8	0.5
Constricção ambiental	0	3	7	0.25
Dificuldade de ajustamento e integração	3	0	7	0.25
Incapacidade de adaptação	5	1	4	0.219
Incapacitação para desempenho de tarefas	1	2	7	0.337
Habilidade para obter satisfação do ambiente	1	1	8	1
Necessidades de isolamento	4	4	2	1
Necessidade de liberdade	4	0	6	0.125
Sentimento de inadequação ao meio	1	1	8	1
Outros	1	0	9	1
Total	4	6	0	0.754

O resultado geral acerca das variáveis sociais apresentadas pelas crianças durante o primeiro e o segundo momentos da ludoterapia durante a internação hospitalar de um $p=0.754$, considera-se que não houve significância quantitativa.

Na Tabela 3, são analisadas as variáveis sociais, cujos resultados não divergiram dos encontrados nas variáveis comportamentais. As variáveis habilidade para obter satisfação do ambiente, necessidade de isolamento, sentimento de inadequação ao meio e outras variáveis, onde o $p=1$ não é significativo. Porém, o que se observou foi a manutenção dos comportamentos nos dois momentos das avaliações, interpretação qualitativamente positiva. Ao serem comparados os dois momentos das avaliações na variável necessidade de isolamento em que $p=1$, percebeu-se que as mudanças se equivaleram nos dois momentos, havendo um saldo positivo em duas crianças (20%) que permaneceram com os mesmos comportamentos nas duas avaliações.

Outras variáveis, que se comportaram de maneira semelhante, foram a adaptação difícil e ausência de autocrítica. As duas permaneceram inalteradas com oito (80%) crianças em cada variável, sem que houvesse mudanças. Porém, duas inverteram seus movimentos, ou seja, na variável adaptação difícil, duas crianças tiveram desempenho positivo demonstrado na segunda avaliação. Contudo, duas (20%) outras crianças se comportaram negativamente na variável ausência de autocrítica e ambas obtiveram $p=0.5$.

Desempenhos semelhantes tiveram as variáveis constrição ambiental e dificuldade de ajustamento e integração, ambas com $p=0.25$, confirmando a busca que aponta a constrição e a dificuldade de ajustamento como representação social na busca do equilíbrio. Em algumas faixas de idades, estas dificuldades não são consideradas distúrbios. No entanto, essa reação pode ter surgido em virtude da criança estar passando por uma situação desconhecida. Recomenda-se que essas variáveis devem ser observadas juntamente com o conjunto das outras reações observadas, como informação adicional.

Essas variáveis confirmam os seus resultados através de outra variável semelhante, observada e analisada, que é a incapacidade de adaptação, obtendo um resultado mais positivo que as duas anteriores, sendo que, cinco crianças (50%) modificaram seus comportamentos, elaborando suas dificuldades e, quatro crianças (40%) permaneceram com os mesmos comportamentos sociais, dado sinalizando positividade terapêutica com o $p=0.219$.

A incapacidade para desempenho de tarefas é outra variável que deve ser analisada, levantando-se algumas questões, apresentou um $p=0.337$, onde sete crianças (70%) demonstraram manutenção dos comportamentos. Isto se configura pela baixa escolaridade apresentada pelas crianças em comparação com sua idade cronológica, inferindo-se que em todas as crianças da amostra apresentavam déficit de aprendizagem. A necessidade de liberdade é uma variável que demonstrou resultados favoráveis com quatro crianças (40%), apresentando mudanças na segunda avaliação e seis crianças (60%) mantiveram as mesmas necessidades até o final do processo ludoterápico com o $p=0.125$.

A tabela 4 compreende a análise dos dados acerca das variáveis defesas psíquicas apresentadas pelas crianças no primeiro e no segundo momentos da ludoterapia durante a internação hospitalar, pelo teste dos sinais.

Tabela 4 - Análise das variáveis defesas psíquicas das crianças pelo teste dos sinais

Defesas psíquicas	M2 < M1	M2 > M1	M2 = M1	p
Ambivalência afetiva	1	1	8	1
Bloqueios de afetos	3	1	6	0.625
Fuga dos estímulos exteriores	1	1	8	1
Imaturidade afetiva	1	1	8	1
Inadequação das defesas do ego	5	0	5	0.062
Maior satisfação na fantasia que na realidade	1	2	7	1
Negação	0	2	8	0.5
Refúgio na fantasia	1	0	9	1
Simbolização	0	0	10	1
Sentimento de desamparo	5	1	4	0.219
Sentimento de rejeição	4	1	5	0.375
Sentimento de menos valia	0	0	10	1
Outros	1	0	9	1
Total	7	0	3	0.016

O resultado geral acerca das variáveis defesas psíquicas apresentadas pelas crianças durante o primeiro e o segundo momentos da ludoterapia durante a internação hospitalar de um $p=0.016$, considera-se que houve significância estatística.

A Tabela 4 mostra a frequência obtida nas variáveis defesas psíquicas, onde no primeiro momento (M1) a variável maior satisfação na fantasia que na realidade, duas crianças (20%), apresentaram o segundo momento (M2), maior que o primeiro momento (M1). No entanto, 70% das crianças permaneceram estáveis quanto à presença das variáveis nos dois momentos das avaliações com um $p=1$. É perceptível a diferença apresentada nas variáveis ambivalência afetiva, fuga dos estímulos exteriores, imaturidade afetiva, onde a mesma significância de “p” foi igual ao resultado anterior. No entanto, oito crianças (80%), permaneceram com os mesmos sintomas com igual intensidade ao término do processo ludoterápico com o $p=1$.

A variável fuga dos estímulos exteriores, segundo Oliveira, Dias e Roazzi (2003) apresenta-se como um mecanismo de defesa da criança. Neste caso, o medo do desconhecido, transforma-se numa formação reativa de fuga, no sentido de afastar de si, situações desagradáveis que lhes pareçam ameaçadoras. Nas variáveis, refúgio na fantasia e outras variáveis, foram encontrados o mesmo valor de $p=1$, porém, nove crianças (90%), não apresentaram mudanças nas variáveis nos dois momentos das avaliações. As variáveis, simbolização e sentimento de menos valia, também com o $p=1$, evidenciaram nos dois

momentos que as variáveis não se modificaram, portanto, sugerem a manutenção dos sintomas.

Outro valor foi encontrado na variável bloqueio de afetos com $p= 0.625$, sem relevância quantitativa, mas no momento 2, os resultados foram mais positivos que o momento 1, onde seis variáveis permaneceram estáveis nos dois momentos. O valor de $p=0.062$ na variável inadequação das defesas do ego foi positivo, principalmente, ao demonstrar que o momento 2 representou 50% de positividade do processo, enquanto que, os outros 50% permaneceram estáveis.

Outra variável similar nas defesas do ego é a negação como um mecanismo de defesa, onde os resultados não divergiram da variável anterior com o $p=0.5$ sem significância. Porém, os resultados nos dois momentos foram menos significativos que nos da variável anterior. A variável sentimento de desamparo com o $p=0.219$, também, sem significância quantitativa, mas o que se observou foi que 50% das crianças responderam positivamente ao processo ludoterápico, enquanto que somente 10% no momento 2 foi maior que no momento 1, e 40% das crianças mantiveram a presença dos sintomas, mas sem elevação de intensidade. Por fim, na variável sentimento de rejeição, 50% das crianças mantiveram os mesmos sintomas nos dois momentos das avaliações, porém, 40% modificaram os sintomas no momento 2 da avaliação e somente 10% das crianças apresentaram elevação no momento 2, com o $p=0.375$.

A tabela 5 mostra a análise dos dados acerca das variáveis distúrbios psicossomáticos apresentadas pelas crianças no primeiro e no segundo momentos do processo ludoterápico durante a internação hospitalar, através do teste dos sinais.

Tabela 5 - Análise das variáveis distúrbios psicossomáticos das crianças pelo teste dos sinais

Distúrbios psicossomáticos	M2 < M1	M2 > M1	M2 = M1	P
Aprendizagem	0	2	8	0.5
Ansiedade generalizada	2	1	7	1
Atenção	0	0	10	1
Depressão	1	1	8	1
Dependente	1	0	9	1
Esquizotípica	2	2	6	1
Estresse pós-traumático	3	0	7	0.25
Pânico	1	0	9	1
Somatização	1	0	9	1
Outros	1	0	9	1
Total	4	5	1	1

O resultado geral acerca das variáveis distúrbios somáticos apresentadas pelas crianças no primeiro e no segundo momentos do processo ludoterápico durante a internação hospitalar de um $p=1$, considera-se que não houve significância quantitativa.

Com base nos dados da tabela 5 as variáveis distúrbios somáticos foram as que menos apresentaram mudanças nos sintomas somáticos. Por outro lado, foram as variáveis que mais se mantiveram constantes em termos de presença de sintomas ao final do processo ludoterápico. Algumas mudanças são perceptíveis na variável estresse pós-traumático com redução nas alterações dos distúrbios em três crianças constatadas na avaliação no momento 2, enquanto que, sete crianças se mantiveram com os mesmos sintomas com o $p=0.25$.

Os resultados quantitativos não apresentaram significância, mas o que se percebeu é que qualitativamente os efeitos da hospitalização representam para a criança uma experiência, por si só, estressante, já que é uma vivência do desconhecido, do estranho. Na variável aprendizagem o $p=0.5$, confirmaram-se os resultados obtidos nas variáveis comportamentais, dificuldade de discriminação e coordenação motora pobre, onde se observou a interferência significativa da dificuldade na aprendizagem, que sofreu alterações significativas na medida em que se a hospitalização era prolongada e ausência na frequência escolar por parte das crianças. Isto, reflete sobremaneira nos resultados em baixa escolaridade, acrescidas das alterações negativas geralmente estabelecidas pelo câncer na criança.

Outra variável que se insere nesse contexto é a atenção, onde o total de 100% das crianças mantiveram o mesmo sintoma nos dois momentos das avaliações, sendo que o $p=1$, não representa significância quantitativa, mas verificou-se positividade nos resultados, considerando que não houve elevação nos sintomas.

De maneira diferente se comportaram as variáveis relacionadas aos distúrbios somáticos, onde a variável esquizotípica com o $p=1$, sem significância quantitativa, mas os resultados revelaram, também, mudanças no momento 2 da avaliação com 20% das crianças que não apresentaram o sintoma. Os outros 20% indicaram a presença dos sintomas e 60% das crianças mantiveram a presença dos sintomas iniciais, porém, sem acréscimos de comorbidades.

Ao comparar a variável ansiedade generalizada, 20% das crianças apresentaram o momento 2 menor que o momento 1 nas avaliações, enquanto que 10% o momento 2 foi maior que o momento 1 e 70% se mantiveram estáveis, com $p=1$.

É perceptível que os resultados não divergem dos encontrados na variável comportamental ansiedade situacional, onde o determinante da ansiedade é somente a

situação limitante da doença, isto, sem generalizações para todas as vivências na história de vida da criança.

No seu estudo Collet (2004, p. 29) ao discutir os resultados obtidos, comenta que “a ansiedade é uma das variáveis mais presentes na criança com câncer, de modo que se deve estar alerta aos indícios fisiológicos, emocionais e comportamentais que a criança manifesta na hospitalização”.

Os resultados das variáveis relacionadas aos distúrbios psicossomáticos na depressão, na dependência, no pânico, na somatização e outras variáveis obtiveram cada uma $p=1$. Este resultado demonstrou que não houve benefícios produzidos pela ludoterapia como cuidado paliativo no enfrentamento do câncer nas crianças. Por outro lado, demonstrou o elevado grau de prejuízos causados pela hospitalização e que o brincar pode ser um veículo rico a ser utilizado com funções potencializadoras para crianças em situação de hospitalização.

Nessa pesquisa, obteve-se resultados diferentes daqueles observados por Harris e Lipian (1996, p. 56), quando coloca que “as crianças mantinham um pessimismo em relação a usar estratégias para mudar seu estado anímico frente à situação de hospitalização”. Com efeito, brincando, a criança expressa suas emoções, demonstra as situações inerentes ao enfrentamento do desconhecido, e resgata valores pessoais e elementos que fazem parte de sua vida.

A realização desse trabalho de pesquisa só foi possível compartilhando parte da vivência realizada pela criança hospitalizada por câncer. Assim, pesquisar sobre o tema, manifestar percepções e interpretar significados não implica ter obtido resposta para todas as interrogações iniciais. O tema é amplo, de difícil abordagem e aponta para várias e complexas questões a serem exploradas. Logicamente, não se pretende afirmar que em poucas sessões lúdicas, as crianças estejam prontas para elaborar as situações em que suas emoções estão mobilizadas, mas apontam caminhos para conseguir determinados avanços, seja em hospitais privados ou públicos, com material que pode ser disponibilizado facilmente, bastando para isto, serem utilizados por profissionais competentes.

Os resultados aqui obtidos sinalizam para a positividade de projetos voltados para a melhoria da qualidade de vida das crianças hospitalizadas por câncer, utilizando-se a ludoterapia como cuidado paliativo. Além desses aspectos, através da atividade lúdica a criança demonstra que projeta questões pertinentes ao seu adoecer (ROLLAND, 2007).

A estabilização dos sintomas apresentados no início do processo ludoterápico são fortes indícios de positividade qualitativa dos procedimentos realizados, visto que, o tempo de permanência das crianças na Casa de Apoio “Criança Feliz” foi intermitente e irregular, fracionando as sessões ludoterápicas, prejudicando a manutenção dos benefícios ocorridos nas variáveis trabalhadas.

Apesar de as crianças se encontrarem em situação desagradável pelo adoecimento e pela hospitalização, poderão através do brincar como terapia, vivenciar esses momentos difíceis e desagradáveis de sua vida, de forma mais favorável ao seu desenvolvimento pelo prazer de brincar. As brincadeiras preferidas pelas crianças durante a ludoterapia foram as relacionadas às seguintes atividades lúdicas: pintar, recorte e colagem, jogar bola, montar quebra-cabeça, boneca, carrinho, montar, escrever, desenhar, pega-pega, animais de pelúcia, avião, casinha, ler e ouvir historinhas, jogar dominó, jogo de memória, videogame, ouvir músicas e dançar (principalmente as meninas) (GREEN, 1974).

Os resultados estatísticos desta pesquisa inviabilizaram a ludoterapia como cuidado paliativo, pois exclui a possibilidade de cura dos sintomas psíquicos emergentes aos sintomas orgânicos do câncer infantil. Todavia, mostrou que o brincar tem um papel muito mais abrangente, estendendo-se e contribuindo não só para um curso satisfatório do desenvolvimento infantil, mas também, em proporcionar saltos na qualidade de vida das crianças hospitalizadas com ou sem possibilidades terapêuticas (MÉNDEZ, ORTIGOSA e PEDROCHE 1996).

Os dados do estudo demonstram que a hospitalização pode se configurar em quebra, em ruptura no processo de desenvolvimento de uma criança, como aponta autores como Chiattonne (1996) ao colocar que a hospitalização poderá ser integrada à sua vida, como situação experienciada e, quando elaborada, produzirá a construção de novos significados que serão úteis não só para o entendimento da situação específica, mas também estendidos numa compreensão maior em suas relações com o seu meio (CHIATTONE, 1996).

No tratamento oncológico infantil, as atividades estimulantes e alegres expressas no brincar, devem ser proporcionadas à criança como aliadas fundamentais no seu desenvolvimento físico, psicológico, cognitivo, social e espiritual, pois, os jogos, brinquedos e brincadeiras, oportunizam à criança a continuidade de seu desenvolvimento, proporciona alegria e felicidade e atenua sua saudade de casa.

A luta contra o câncer é uma batalha desigual, considerando que o câncer é uma doença progressiva e degenerativa, principalmente em crianças, cuja constituição física e psicológica é naturalmente mais frágil.

Os resultados obtidos ao trabalhar com recursos lúdicos evidenciaram a importância e o significado do brincar para a criança e como ela lida com as emoções suscitadas pela situação de hospitalização, como utiliza os significados que traz e que foram construídos nas suas relações com os pais, com a família, amigos e na escola (CHIATTONE, 1996).

A partir das avaliações dos processos ludoterápicos é que se pode estabelecer diretrizes terapêuticas para trabalhar com determinados conteúdos expressos, em auxiliá-la no sentido de sintetizar, integrar estes significados para uma elaboração de si, na sedimentação e na construção da sua identidade. E ainda, quais estratégias seriam utilizadas para lidar com suas emoções, com o significado de suas relações com amigos, parentes, escola, e como trabalhar com situações novas e inesperadas, como o é a hospitalização. (CHIATTONE, 1996).

As estratégias utilizadas para controle das emoções foram de extrema importância no delineamento de um plano de intervenção, e este caminho foi dado pela criança, e não pela psicóloga.

A presença intermitente da regressão, da apatia, da angústia vivenciada por estas crianças foram preocupações sempre pertinentes na terapeuta, principalmente, ao utilizar o poder dos recursos lúdicos como forma de possibilitar, através desses, limitar o poder da agressividade, da tristeza, veiculando possibilidades de melhorias nas crianças, através da brincadeira como cuidado paliativo (FRIEDMANN, 1996).

A elevada perda das amostras foi resultante de abandono do tratamento do câncer, bem como o retorno das crianças e seus cuidadores para o interior do Estado do Maranhão. Outro agravante constituiu nas idades apresentadas pelas crianças em tratamento oncológico no IMOAB, estando abaixo ou acima dos critérios de inclusão e exclusão e os óbitos ocorridos após o início dos procedimentos ludoterápicos.

Na pesquisa ficou evidenciado que as crianças que experimentam hospitalização prolongada ou repetida, principalmente, motivada por doença progressiva com grandes possibilidades de óbitos encontravam-se em maior risco de atraso nos desenvolvimentos físico, psicoafetivo, emocional e social.

Outro aspecto que deve ser ressaltado, é que a ludoterapia para a criança hospitalizada, além de um cuidado paliativo, viabiliza a construção de significados importantes na concepção de si, e de suas emoções, as quais fazem parte de suas experiências dentro e fora do hospital, e que esses saltos qualitativos, podem ser alcançados mesmo na situação de hospitalização.

Por fim, espera-se que esta pesquisa contribua para que demais estudos e intervenções ludoterápicas possam ser efetivados em hospitais destinados ao tratamento do câncer infantil, e que o direito de brincar da criança possa ser respeitado em qualquer contexto de sua vida.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral desta pesquisa foi analisar os benefícios produzidos pela ludoterapia como cuidado paliativo em crianças hospitalizadas com câncer e, os resultados encontrados no presente trabalho nos permitem fazer as seguintes considerações:

- Apesar da doença, as crianças se dispuseram a realizar as atividades lúdicas e ocuparam positivamente esse universo que lhe é próprio e de direito.

- Os resultados apresentados na análise estatística das variáveis comportamentais, sociais e psicossomáticas trabalhadas na ludoterapia, em princípio, traduzem quantitativamente que a ludoterapia como cuidado paliativo em crianças hospitalizadas com câncer, não apresentou benefícios significativos. Porém, a análise estatística das variáveis defesas psíquicas, evidenciou substantiva significância quantitativa. Esses resultados são reafirmados positivamente na análise qualitativa da ludoterapia como cuidado paliativo em crianças hospitalizadas com câncer neste agrupamento de variáveis.

- A análise estatística dos resultados obtidos sinalizou para a existência de inúmeros prejuízos da hospitalização nas crianças com o predomínio das variáveis comportamentais, das sociais, da conseqüente elevação das defesas psíquicas e da presença de distúrbios psicossomáticos.

- A análise qualitativa dos resultados obtidos no HTP (BUCK, 2005), reflete que a ludoterapia realizada com as crianças durante o período desta pesquisa, tornou-se promotora de determinadas condições de desenvolvimento, suprimindo algumas necessidades próprias da

infância, como as que favoreceram a manutenção do relacionamento positivo entre as crianças e seus cuidadores. Através dos cuidados inseridos pela ludoterapia foram proporcionados sentimentos de proteção, estabelecidos limites comportamentais e sociais, reforçadas as defesas psíquicas e trabalhados os distúrbios psicossomáticos. Estas variáveis trabalhadas favoreceram a organização e expectativas positivas internalizadas pelas crianças, garantindo maior participação ativa e voluntária da criança ao tratamento do câncer.

- De modo geral, o interesse das crianças pelas brincadeiras realizadas nas sessões ludoterápicas ocorreram, principalmente, pelo efeito imediato da diversão e do entretenimento não apresentando muitas restrições aos tipos de brincadeiras realizadas, mostrando que o importante é brincar. Somente evidenciaram certa preocupação quanto ao fato de que determinada brincadeira, ao ser proposta freqüentemente, poderia tornar-se repetitiva.

- A rápida progressão degenerativa da doença, inviabiliza elaboração remissiva dos conteúdos emocionais, os quais demandam tempo para que ocorra um processo empático, fator imprescindível em qualquer acompanhamento psicológico.

- É positiva a permanência, dos cuidadores, quer sejam os pais, avós, tios irmãos, primos, enfim, qualquer pessoa, que ao longo da história de vida da criança mantenha vínculo afetivo-emocional e espiritual com as crianças, nas casas de apoios, dentro da unidade hospitalar. Essa vinculação afetiva é relevante para a superação do impacto da hospitalização e para a rápida recuperação das crianças internadas para tratamento oncológico.

- É preciso que se tenha em mente que o compromisso na construção de conhecimentos da psicologia infantil, esteja sempre preocupado na promoção da saúde da criança, e, que esta promoção, transcenda o tratamento do choro, do tratamento da agressividade, da apatia, variáveis comuns à hospitalização. Este compromisso deve ser traduzido no auxílio dado à criança para atravessar a situação de hospitalização e da doença; de tentar fazer com que esta situação não seja somente de dor e sofrimento, mas que seja também uma situação rica em conteúdos a serem significados e ressignificados em contribuição para a sua saúde, no sentido amplo e preconizado pelo modelo biopsicossocial e espiritual. Mitre e Gomes (2007) acreditam que promover saúde não se restringe à ordem curativa e reduzida ao tempo em que se permanece na instituição hospitalar.

- É fundamental que nos hospitais infantis destinados ao tratamento oncológico, sejam realizadas diariamente atividades lúdicas por profissionais habilitados em uma equipe

transdisciplinar de saúde, voltando-as para cuidados paliativos humanizados quando realizadas com pacientes com doenças degenerativas como é o caso do câncer.

- Espera-se que as ferramentas terapêuticas trabalhadas nesse estudo possam auxiliar pesquisas nas esferas diagnósticas e intervencionistas no campo da Psico-oncologia.

REFERÊNCIAS

ADAMS-GREENLY, M. **Psychosocial assessment and intervention at initial diagnosis. Pediatrician.** N. York: Oxford University Press. Pediatric Cancer, 1991.

ALEXANDER, F. **Medicina psicossomática: princípios e aplicações.** Porto Alegre: Artes Médicas. 1989.

ALMEIDA, M. T. A. Tumores Ósseos. In: MARCONDES, E. et al. **Pediatria básica: pediatria clínica geral.** 9 ed. São Paulo: Sarvier, 2003.p.

ALMEIDA, F.A.; BOMTEMPO, E. **Em busca da confiança necessária para viver criativamente pelo brincar: a criança diante da cirurgia cardíaca.** I Conferência Internacional do Brasil de Pesquisa Qualitativa, Taubaté; 2004.

ANDRADE, V. M. **Um diálogo entre a psicanálise e a neurociência.** São Paulo: Casa do Psicólogo. 2003.

ANGERAMI-CAMON, V. A. **O ressignificado da prática clínica e suas implicações na realidade da saúde.** São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2000.

ANGERAMI-CAMON, V. A. (1995). O Psicólogo no Hospital. Em V. A. Angerami-Camon (Org.), **Psicologia Hospitalar - Teoria e Técnica.** São Paulo: Pioneira.

BALLONE, G.J. **Psiquiatria Infantil: depressão, autismo, aprendizagem, gravidez, puberdade.** São Paulo: Editora da Sociedade Paulista de Psiquiatria Clínica; 2005.

BARREIRA, D. D.; NAKAMURA, A. P. **Resilience and perceived self-efficacy: articulation between concepts.** Revista Aletheia, Canoas n.23, p.75-80, jun. 2006.

BATISTA, C.V.M. **A criança enferma e o jogo simbólico.** Campinas: Revista UNICAMP; p. 2003. Disponível em: www.pepsic.bvs-psi.org.br/scielo. Acesso em: 11 maio. 2009.

BEARISON, D.J.; MULHERN, R.K. - **Psychological perspectives on children with cancer.** N. York: Oxford University Press. Pediatric Psychooncology, 1994.

BERGAMINI, C. W. **Motivação nas organizações.** São Paulo: Atlas. 1997.

BETTELHEIM, B. **Uma vida para seu filho.** Rio de Janeiro: Campos, 1988.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano.** Petrópolis, RJ: Vozes; 1999.

BOMTEMPO, E. (Org.) **Psicologia do brinquedo: aspectos teóricos e metodológicos.** São Paulo: Nova Stella: EDUSP, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Epidemiologia dos tumores da criança e do adolescente. Disponível em URL: <http://www.inca.org.br> , acesso em: 27 jun. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativas 2008: Incidência de Câncer

no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2007. Disponível em URL: <http://www.inca.org.br> , acesso em: 28 jun. 2009.

BRASIL. Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Lei nº 11.104 de 23 de março de 2005. Dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11104.htm>. Acesso em: 16 set. 2006.

BRASIL. Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L8069.htm>>. Acesso em: 21 ago. 2006.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. **Disponível em:** <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L8069.htm>>. Acesso em: 21 ago. 2006.

BOWLBY, J. **Trilogia Apego e Perda**. Volumes I e II. São Paulo. Martins Fontes, 1990.

BAYÉS, R. **Psicologia oncológica**. Barcelona: Editora Roca 1985.

BUCK, J. N. **HTP: casa, árvore, pessoa, técnica projetiva de desenho**: manual de interpretação. 1. ed. São Paulo: Vetor, 2005.

BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. **Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica**. Revista de Enfermagem. Rio de Janeiro, v.7 n.2, p. 47- 50, dez. 1992.

CAIXETA, M. **O lugar da psicologia no hospital geral**: uma abordagem crítica. Revista de Psicologia Médica. Rio de Janeiro, v. 5, n.2, p. 27-36, jun. 2005.

CAMARGO, B.; KURASHIMA, A.Y. (Colab). **Cuidados paliativos em oncologia pediátrica**: o cuidar além do curar. 1. ed. São Paulo: Lemar; 2007.

CAPPARELLI, A. B. de F. O câncer infantil e a relação médico paciente. In: CAPPARELLI, A. B. de F; VALLE, E. R. M. de; AMARAL, M.T. C. do. **O cuidar de crianças com câncer, visão fenomenológica**: vivências médicas que cuidam de crianças com câncer. Campinas: Livro Plano, 2004.

CAMPELO, M. H. G.; CARVALHO, D. B. B. de. **Conselhos tutelares**: descentralização, municipalização e participação – (des)caminhos para a construção da cidadania de crianças e adolescentes. Revista de Políticas Públicas. São Luís, v. 6, n. 1, p.67-96, jan./jun. 2004.

CAMPOS, E.P. **Quem cuida do cuidador**: uma proposta para os profissionais da saúde. Petrópolis, RJ: Vozes; 2005.

CARTA DE OTTAWA, Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção Da Saúde. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>> Acesso em: 2 jul. 2009.

CARPENTER, P.J. **Scientific inquiry in childhood cancer psychosocial research cancer.** Psicologia, Reflexão e Crítica, Porto Alegre, v.12 n.1, p.67-83, out, 1999.

CARVALHO, A. M. A. **O desenvolvimento da criança.** Revista de Pediatria Moderna, São Paulo, v.7; n.2, dez, p. 21-87, 2002.

CASTRO, E. K; BORNHOLDT, E. **Psicologia da saúde x psicologia hospitalar:** definições e possibilidades de inserção profissional. Psicologia: Ciência e Profissão. Rio de Janeiro, v.9 n.2 p.43-57, dez, 2004.

CHAUÍ, M. **Convite à Filosofia.** São Paulo: Ática. 2000.

CHIATTONE, H. B. C. **A criança e a morte:** e a psicologia entrou no hospital. São Paulo: Pioneira, 1996.

CHIATTONE, H. B. C. **O lugar da psicologia no hospital.** Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, Rio de Janeiro, v.9 n.2, p.83-97, dez, 2000.

CHIATTONE, H. B. A psicologia no hospital. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (org) **Projeto pedagógico do curso de medicina.** São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

CHIATTONE, H. B. **A criança hospitalizada.** São Paulo: 2ª ed. Pioneira Thomson Learning, 2003.

COLLET, N. M. E ROCHA. **Criança hospitalizada:** mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. Revista Latino Americana em Enfermagem. Ribeirão Preto v.12 n.2; p.12-29, 2004.

COSTA JÚNIOR A. L. **Psicologia da saúde e desenvolvimento humano:** o estudo do enfrentamento em crianças com câncer e expostas a procedimentos médicos invasivos. Porto Alegre: Artmed, 2005.

CREPALDI, M.A.; LINHARES, M.B.M.; PEDROSA, G.B. (Org). **Temas em psiquiatria pediátrica.** 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

CRISTOFANI, L. M. **Outras neoplasias da infância:** pediatria básica. São Paulo: Sarvier Editora de Livros Médicos Ltda, 2003.

CUNHA, J. A. **Psicodiagnóstico V.** 5 ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2002.

CYPRIANO, M. S.; FISBERG, M. **Mãe participante:** benefícios e barreiras. Jornal de Pediatria. São Paulo, v.34 n.2. p.37-54, dez. 2004.

DAVIDOFF, L. L. **Introdução à Psicologia.** São Paulo: Makron Books. 2001.

DEBRAY, R. **O equilíbrio psicossomático.** São Paulo: Casa do Psicólogo. 1995.

DOLGIN, M.J.; PHIPPS, S. **Reciprocal influences in family adjustment to childhood cancer.** Ed. John Wiley & Sons, 1996.

DORNELLES, C. (Trad.). **DSM-IV-TR™. Manual Diagnóstico E Estatístico De Transtornos Mentais.** 4. ed. rev. – Porto Alegre: ARTMED, 2002.

DORON, R; PAROT, F. **Dicionário de Psicologia.** São Paulo: Editora Ática, 2001.

EKSTERMAN, A. **Psicossomática: o diálogo entre a Psicanálise e a Medicina.** Porto Alegre: Artes Médicas Sul. 1992.

ERIKSON, E. **O ciclo da vida completo.** Porto Alegre: Artmed Editora, 1998.

FÁVERO, M.H.; SALIM, C.M.R. **A relação entre os conceitos de saúde, doença e morte: utilização do desenho na coleta de dados.** Revista de Avaliação Psicológica. Porto Alegre, v.7 n.2. p.189-198, ago. 2008.

FENICHEL, O. **Teoria Psicanalítica das Neuroses.** São Paulo: Atheneu. 1981.

FERREIRA, ABH. **Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa.** 3ª ed. Local: Nova Fronteira; 2005.

FIORINI, H. **Teoria e técnica de psicoterapia.** Rio de Janeiro. Editora Francisco Alves, 1991.

FLACH, F. **Resiliência: a arte de ser flexível.** São Paulo: Saraiva. 1991.

FREUD, A. **El yo y los mecanismos de defensa.** Argentina: Paidós, 1949

FREUD, S. **A história do movimento psicanalítico, artigos sobre a metapsicologia e outros trabalhos.** Vol. XIV: Londres: Standard Edition, 1905.

_____ **Psicologia das Massas e a Análise do eu.** Londres: Standard Edition, 1920.

_____ **Além do princípio do prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos.** v. XVII: Londres: Standard Edition, 1920.

_____ **Além do princípio de prazer.** v. XVIII. Rio de Janeiro: Edição Standard Brasileira das Obras Completas. 1926.

_____ **A organização genital infantil: Uma Interpolação na Teoria da Sexualidade,** Standard Edition, 1939.

_____ **Obras Completas.** Londres: Standard Edition, 1967.

_____ **Algumas conseqüências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos.** Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda, 1974.

_____ **Mais além do princípio do prazer.** Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud de 1920. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda., 1974.

FRIEDMANN, A. **Brincar crescer e aprender: o resgate do jogo infantil.** São Paulo: Editora Moderna, 1996.

FRIEDMAN, H.S. **Teoria da personalidade: da teoria clássica à pesquisa moderna.** São Paulo: Editora Prentice Hall, 2004.

GIMENES, M.G. **A pesquisa de enfrentamento na prática psico-oncológica.** In: CARVALHO, M.M.M.J. de. Resgatando o viver. São Paulo: Summus, 1998.

GARMEZY, N. **Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty.** American Behavioral Scientist, 1993.

GREEN, C.S. **Understanding children needs trough therapeutic play.** Nursing, 1974.

GOMES, R. **Oncologia básica.** Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

HARRIS, P. LIPIAN, G. **Criança e emoção: o desenvolvimento da compreensão psicológica.** São Paulo: Martins Fontes, 1996.

HOLLAND, J. **Progress and challenges in psychosocial and behavioral research in cancer in the Twentieth Century.** N. York: Oxford University Press. Pediatric Cancer, 1991.

HORNEY, K. **Personalidade.** São Paulo. Editora Civilização. 1966.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estimativa 2008: incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA,2007.Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em 02 julho 2009.

JARDIM, W. R. de S. **Dificuldades de aprendizagem no ensino fundamental: manual de identificação e intervenção.** São Paulo: Edições Loyola, 2001.

KISHIMOTO, T.M. **O brincar e suas teorias.** São Paulo: Pioneira; 1999.

KLAIN, M. **Relato del psicoanalysis de um niño.** Argentina (Buenos Aires): Paidos, 1961.

KOVÁCS, J. M. (Coord). **Morte e desenvolvimento humano.** 4. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer.** 4ª ed. São Paulo, Martins Fontes, 1991.

LAPLANCHE; PONTALIS. **Vocabulário da psicanálise.** São Paulo. Martins Fontes, 2001.

LE SHAN, L. **O câncer como ponto de mutação.** São Paulo: Summus, 1999.

LIMA, A. M. **Enfermagem moderna: a criança e a família frente à hospitalização.** São Paulo: EPUB, 1985.

LINDQUIST, I. **A criança no hospital: terapia pelo brinquedo.** São Paulo: Scritta Editorial, 1993.

LÖHR, S.; SILVARES, E.F.M.; **Escala de avaliação do comportamento da criança com câncer:** discutindo a intervenção psicológica. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo, 1998.

MALUF, A. C. M. **Brincar:** prazer e aprendizado. Petrópolis: Vozes, 2003.

MALUF, J. Linfomas. In: MARCONDES, E., et al. **Pediatria Básica.** Pediatria Clínica Geral. São Paulo: Sarvier Editora de Livros Médicos Ltda, 2003.

MARTINEAU, S. **Rewriting resilience: a critical discourse analysis of childhood resilience and the politics of teaching resilience to "kids at risk"**. University of British Columbia, v. n. 34-132, 1999.

MARTY, P. **Mentalização e psicossomática.** São Paulo: Casa do Psicólogo. 1998.

MCDUGALL, J. **Teatros do corpo:** o psicossoma em psicanálise. São Paulo: Martins Fontes. 1996.

MELITTO, A.; OJEDA, E. N. S. (Org.) **Resiliências:** descobrindo as próprias fortalezas. Porto Alegre: Artes Médicas, 2005.

MELLO FILHO, J. **Psicossomática hoje.** Porto Alegre: Artes Médicas Sul. 1992.

MÉNDEZ, F.X., ORTIGOSA, J.M., PEDROCHE, S. **Preparación a la hospitalización infantil :** afrontamiento del estrés. Buenos Aires: Editora Psicologia Conductual.1996.

MEZZOMO, A.A. **Fundamentos da humanização hospitalar:** uma visão multiprofissional. São Paulo: Loyola; 2003.

MICHAELIS: moderno dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Editora Reader's Digest Melhoramentos; 2000.

MINUCHIN, S. **Família:** Funcionamento e Tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

MITRE, R.M.A. **Brincando para Viver:** um estudo sobre a relação entre a criança gravemente adoecida e hospitalizada e o brincar. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira/ Fundação Oswaldo Cruz, 2000.

MITRE, R.M.A; GOMES, R. **A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde.** Revista Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v.12, n.5. p. 147-154. sept./oct. 2007.

MOTTA, A. B.; ENUMO, S. R. F. **Brincar no hospital:** estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. Revista de Psicologia em Estudo. Maringá, v. 9, n. 1. p.19-28. 2004.

MOTTA, A. B; ENUMO, S. R. F; FERRÃO, E. da. S. Avaliação das estratégias de enfrentamento da hospitalização em crianças com câncer. In: CREPALDI, M. A; LINHARES, M. B. M; PEROSA, G. B. **Temas em psicologia pediátrica.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

MURRAY, H. A. **Teste de apercepção temática – TAT**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

NIEMAN, D. C. **Exercício e saúde: como se prevenir de doenças usando o exercício como seu medicamento**. São Paulo: Manole, 1999.

OLIVEIRA, H. A **enfermidade sob o olhar da criança hospitalizada**. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, n. 9, n.3, p. 326-343, jul/set.1993.

OLIVEIRA, V. B. **O símbolo e o brinquedo: a representação da vida**. Petrópolis: Vozes, 2006.

OLIVEIRA, S. S. G.; DIAS, M. G. B. B.; ROAZZI, A. **O Lúdico e suas implicações nas estratégias de regulação das emoções em crianças hospitalizadas**. Psicologia: Reflexão e Crítica. Porto Alegre, v.16, n.1, p.13-69. mar. 2003.

PÉREZ-TAMAYO, R.; ROBBINS, T. **Sarcoma de *Partes Moles***. Revista Brasileira de Cancerologia. Rio de Janeiro, v. 56, n. 2, p.189-192, abr. 2003.

PETRILLI, A.S. **Diferenças clínicas, epidemiológicas e biológicas entre o câncer na criança e no adulto**. Revista Brasileira de Cancerologia. São Paulo, v.43, n.3. p.191-203, jul. 2004.

PIAGET, J. **A formação do símbolo na criança: imitação, jogo e sonho, imagem e representação**. 3 ed. Rio de Janeiro: LTC – Livros Técnicos e Científicos Editora S.A., 1990.

PIAGET, J. **A linguagem e o pensamento da criança**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

PIMENTA, C. A. M.; MOTA, D.D.C.F.; CRUZ, D.A.L.M. **Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia**. São Paulo: Editora Manole, 2006.

REDE CANCER. Publicação trimestral do Instituto Nacional de Câncer junho 2008. Disponível em <www.redecancer.org.br> acessado em 30 de jun 2009.

RESOLUÇÃO CNS nº 196, de 10 de outubro de 1996, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991. Disponível em <<http://www.funecsantafe.edu.br/cep/resolucao.pdf>> acessado em 30 de jun 2009.

REZENDE, A.M, SCHALL, V.T, MODENA, C.M. **Vivências de crianças e adolescentes com câncer: o desenho fala**.Revista de Iniciação Científica - **CESUMAR**. São Paulo, v. 11, n. 1, p. 73-82. jan./jun. 2009.

RETONDO, F.N.G. **Manual prático de avaliação do HTP-F**. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo, 2000.

RIBEIRO, C. A. **Crescendo com a presença protetora da mãe: a criança enfrentando o mistério e o terror da hospitalização**. Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, v.39, n.4. p. 38-42. dec. 2005.

- RIBEIRO, P. S. **Jogos e brinquedos tradicionais**. Petrópolis: Vozes, 1994.
- RODULFO R. **O brincar e o significativo**: um estudo psicanalítico sobre a constituição precoce. Porto Alegre: Artes Médicas; 1990.
- RODRIGUES, A. V.; GASPARINI, A. C. L. F. **Uma perspectiva psicossocial em Psicossomática**: via estresse e trabalho. Porto Alegre: Artes Médicas, Sul. 1992.
- ROLLAND, J. S. Doença crônica e o ciclo de vida familiar. In CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. **As mudanças do ciclo de vida familiar**: uma estrutura para a terapia familiar. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2007.
- ROSENTHAL, S.; CARIGNAN, J.; SNITH, B. D. **Oncologia prática**: cuidados com o paciente. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.
- SANTA ROSA, E. **Da análise na infância ao infantil na análise**. Rio de Janeiro: Contra Capa; 1999.
- SAUSSURE, F. **Curso de lingüística general**. Buenos Aires: Editora Losada, 1974.
- SCHAVELZON, J. **Psicoterapia em oncologia**. In: Congresso Brasileiro de Psico-Oncologia. São Paulo, v. 8, nº 3/4, p. 162-167. jul/dez. 2004.
- SDALA, M. L. A. O. **Interagindo com a criança hospitalizada**: utilizando técnicas e medidas terapêuticas. Revista Latino Americana de Enfermagem, Rio de Janeiro, v.7 n.2, p. 106-137. dez. 2007.
- SKINNER, B.F. **Ciência e comportamento humano**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1971.
- SIMONETTI, A. **Manual de psicologia hospitalar**: o mapa da doença. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- SILVA, S. M. M. da. **Atividades lúdicas em crianças hospitalizadas por câncer**: o olhar dos profissionais e das voluntárias. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2006.
- SILVA, J. A. da; CIMINO, M. de A. O. Leucemias e linfomas. In: AYOUB, A.C., et al. **Planejando o cuidar na enfermagem oncológica**. São Paulo: Lemar, 2000.
- SIMONTON, C.O.; MATTHEWS- SIMONTON, S.; CREIGHTON, J. L. **Com a vida de novo**: uma abordagem de auto-ajuda para pacientes com câncer. 7. ed. São Paulo: Summus Editorial, 1987.
- SOARES, M.R.Z. A inclusão do brincar na hospitalização infantil: análise do comportamento. Estudos de Psicologia. São Paulo, v.18, n.64, p.109-117. jan./apr.2001.
- SOIFER, R. **Psicodinamismos de famílias com crianças**. Petrópolis: Vozes, 1983.
- SPEECE, M.; BRENT, S. **Children's understanding of death**: A review of three components of a death concept. Child Development, 1984.

- SPITZ, R. O. **O primeiro ano de vida**. 5. ed. São Paulo, Martins Fontes, 2005.
- STRAUB, R. O. **Psicologia da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- SROUFER L. A.; RUTTER, M. **Psychosocial resilience and protective mechanisms**. American Journal of Orthopsychiatry. Hemisphere. v.57 v. n.146, p. 47-93, 1993.
- TORRES, W. C. **A criança diante da morte: desafios**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
- TRINCA, W. et al. **Diagnóstico psicológico: a prática clínica**. São Paulo: EPU, 2004.
- UNITED STATES. **American Psychological Association**. Disponível em: <http://www.apa.org/>. Acesso em 17 agos. 2008.
- VALLE, E. R. M. (Org.). **Psico-oncologia pediátrica**. 1.ed. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo, 2001.
- VALLE, E. R. M.; FRANÇOSO, L.P.C. **Psico-oncologia pediátrica: vivências de crianças com câncer**. São Paulo: Editora Scala, 2005.
- VAZ, C.E. **O Rorschach: teoria e desempenho**. São Paulo: Manole, 2005.
- VIEIRA, S. **Introdução à bioestatística**. 3. ed. amp. Rio de Janeiro: Elsevier, 1980.
- VIGOTSKY, L. S. **A construção do pensamento e da linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- VILLEMOR-AMARAL, A. E.; SILVA, M. F. X. **Estudo de evidência de validade da auto estima através do HTP**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.
- YAMAGUCHI, N. **Manual do paciente com câncer**. Sociedade Brasileira de Cancerologia. Revista brasileira de terapia cognitiva. Rio de Janeiro v.4 n.2, p.73-89. dez. 2006.
- WERNER, E. E. **Risk, resilience and recovery: perspectives from the Kauai longitudinal study**. Development and Psychopathology. New York. v.5, n.4, p. 1-23, 1993.
- WINNICOTT, D.W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda., 1975.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Cancer pain relief and palliative care in children**. Geneva: 1988. Disponível em <<http://www.who.int/ith/en/index.html>>. Acesso em: 28 de março de 2009.
- ZIMMERMAN, M. A.; ARUNKUMAR, R. **Resiliency research: implications for schools and policy**. Society for Research in Child Development. Revista Estudos de Psicologia. São Paulo, v.5 n.1. p. 75-84. jan./june 2006.

APÊNDICES

Apêndice A - ANAMNESE (Pais e/ou responsáveis)

Identificação:

Nº Registro hospitalar:

1º Atendimento:

Nome do pai:		
Endereço:		
		CEP:
Natural:	Fone:	Escolaridade:
Idade:	Religião:	
Profissão:	Ocupação atual:	
Filhos do casal:	Filhos c/outros parceiros(as):	

Nome da mãe:		
Endereço:		
		CEP:
Natural:	Fone:	Escolaridade:
Idade:	Religião:	
Profissão:	Ocupação atual:	
Filhos do casal:	Filhos c/outros parceiros(as):	

Nome da criança:		
Nascimento:	Idade:	Escolaridade:
Responsável:	Procedência:	
Tipo de tratamento:	Tipo de câncer:	
Tempo de tratamento:	Período de internação:	
Médico:		
Fone:		

História de Vida

Condições de Gestação e Nascimento

1. Posição na Constelação Familiar (número de homens e mulheres).

2. Como foi sua gestação (informações sobre a criança, condições de saúde da mãe e do feto):

* Fez pré-natal:

* Houve aceitação da gravidez (pai? mãe?):

* Relacionamento dos pais antes e durante o período da gestação:

* História de aborto:

* Idade da mãe ao engravidar:

3. Como foi o parto:

Normal (); cesariana (); fórceps (); a termo (); prematuro (); anóxia? ()

4. Ocorrências durante o puerpério:

* Psicose puerperal (); depressão pós-parto (); outros/especificar ()

5. Condições de amamentação:

a. Quanto tempo mamou ();

b. Aceitação da mãe em amamentar (descrever):-----

c. Aceitação da criança pela mama (descrever):

6. A criança é/foi criado/educado pelos pais legítimos? () Descreva quais foram as características da criação/educação que teve?

7. Desenvolvimento psicomotor: Infância (0- 12anos)

a. Idade que andou:

b. Idade que iniciou o balbucio:

c. Idade que falou corretamente:

7. Apresentou alguma dificuldade para se alimentar?**8. Passou a controlar os esfíncteres com que idade?****9. Que doenças de infância teve :** sarampo (); catapora (); caxumba (); asma ()
alergias (); outros/especificar:**11. Apresentou alguma dificuldade quanto ao sono:**

* Pesadelos (); insônia (); terror noturno (); sonambulismo (); outros/especificar:

12. Existe alguma dificuldade de relacionamento com os irmãos (comparação com outros irmãos, superproteção, negligência, a quem é mais apegado, etc.)?

13. Relacionamento familiar:

* Quantas pessoas moram em casa? -----

* Há problemas conjugais - discussões, brigas, violência doméstica, separações: -----

- Os avós e/ou outros parentes participavam da educação da criança? -----

- Há outra pessoa da família com problemas de saúde? -----
- A criança apanha? em que situação?

14. A criança tem oportunidade de brincar, ter lazer, divertir-se?

15. História escolar:

- a. Com que idade iniciou os estudos?
- b. Como foi a adaptação escolar?
- c. Foi reprovado em alguma série?
- d. Teve algum problema de comportamento?
- e. Como é o relacionamento com os colegas?
- f. Teve algum problema de aprendizagem?
- g. No caso de não ter educação formal, quais motivos)?

16. Trabalha na infância? Em que tipo de atividade? Por quê?

17. Como foi a educação nesse período?

18. A criança teve oportunidade de brincar, ter lazer e divertir-se nessa fase? Sim ()

Não ()

Porquê?_____

19. Como são os relacionamentos da criança em grupo (amizade, familiar)?

Apêndice B – Termo de consentimento livre e esclarecido

Prezado(a) Senhor(a):

Você e seu (sua) filho(a) estão sendo convidados a participar da pesquisa: Benefícios da ludoterapia como cuidado paliativo em crianças hospitalizadas por câncer em São Luís-MA”, sob a responsabilidade da Mestranda Flor de Maria Araújo Mendonça Silva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno Infantil da Universidade Federal do Maranhão, com a supervisão da Profª. Drª. Silvana Maria Moura da Silva, cujo objetivo é avaliar os benefícios da ludoterapia em crianças hospitalizadas por câncer.

Caso você concorde em participar da pesquisa e, também, autorizar a participação seu (sua) filho (a), favor assinar ao final deste documento. A sua participação e de seu (sua) filho(a) não é obrigatória e vocês têm a liberdade de retirarem seu consentimento ou desistirem de participar da pesquisa em qualquer fase de sua execução. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com o Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão.

Você receberá uma cópia deste termo, no qual tem o telefone e o endereço da pesquisadora principal e do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário, podendo tirar quaisquer dúvidas quanto ao projeto a ser realizado e, também, sobre sua participação, antes e durante a pesquisa.

Concordando em participar da pesquisa, você terá mais duas entrevistas. A primeira será de informações para resgatar informações sobre a criança, a pessoa entrevistada e o núcleo familiar, condições da gestação, do parto e do recém-nascido; informações gerais sobre as crianças diretamente relacionadas com a doença e dados sobre os prejuízos da hospitalização. A segunda será a entrevista devolutiva para informá-los sobre os resultados da terapia lúdica realizada com seu(sua) filho(a).

Você receberá informações sobre o desenvolvimento infantil, sua personalidade e estados de humor relacionados à doença. Seu filho (a) será submetido (a) a 2 avaliações sobre seu estado psicoafetivo e emocional geral. A primeira antes de iniciar a terapia lúdica; a segunda ao término do processo ludoterapêutico para avaliar os resultados obtidos na terapêutica.

Não haverá riscos para as crianças, pois serão realizadas atividades lúdicas (brincadeiras) pela pesquisadora e psicóloga, utilizando-se brinquedos próprios e correspondentes às idades estudadas e aos interesses e às necessidades de cada criança. Serão tomadas todas as medidas de segurança para que as crianças possam participar das atividades lúdicas sem correr riscos de se machucarem.

As crianças serão beneficiadas em fases iniciais da vida e serão para detectados possíveis atrasos no desenvolvimento neuromotor e imediatamente serão realizadas brincadeiras para diminuição desses atrasos.

Não haverá despesa com deslocamentos dos participantes (crianças) durante a realização da pesquisa, pois a mesma será realizada no próprio hospital. Todos os brinquedos necessários para a

realização das sessões lúdicas serão financiados pela pesquisadora ou feitos com material alternativo existente na própria residência, material esse de fácil acesso e sem custos financeiros para a família.

Haverá sigredo das informações fornecidas e a identidade dos participantes será preservada. Todas as informações obtidas a respeito deles terão caráter sigiloso. Os nomes dos participantes não aparecerão em qualquer momento da pesquisa, pois serão identificados por números. O consentimento para a realização das filmagens e fotografias é voluntário e poderá ser retirado caso venha afetar a relação com qualquer um dos envolvidos no estudo.

QUALIFICAÇÃO DO DECLARANTE

Eu,,
 RG, abaixo assinado, responsável legal pelo menor, li e/ou ouvi e entendi as informações acima e estou ciente para que serve a pesquisa e a que serei submetido e meu(minha) filho (a). Eu entendi que sou livre para interromper a minha participação e a do meu (minha) filho (a) a qualquer momento e isso não afetará o tratamento dele (a) e que não haverá risco. Sei que o meu nome e o nome dele (a) não serão divulgados, que não terei despesas e não receberei dinheiro por nossa participação nesta pesquisa.

Tendo lido e recebido explicações e entendido o que está escrito acima aceito participar voluntariamente dessa pesquisa, juntamente com meu (minha) filho(a). A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão.

São Luís, de 2007.

Responsável Legal.

Autorizo, a realização de filmagens e fotografias do meu (minha) filho (a) durante as entrevistas e intervenções ludoterápicas realizadas na pesquisa apresentada, podendo divulgar os resultados dos registros no meio científico, em forma de publicações e apresentações profissionais em eventos científicos nacionais e internacionais desde que os participantes não sejam identificados.

SIM () NÃO ()

São Luís, de de 2007

Responsável Legal.

ORIENTADORA DA PESQUISA: Profª. Dra. Silvana Maria Moura da Silva
Endereço: Av. dos Portugueses S/N - Núcleo de Esportes - Campus Bacanga
CEP 65085-580 - São Luís - Ma.
Fone : 21098507

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Psic. Flor de Maria Araújo Mendonça Silva
RG 107886- SSPMA// CPF 146242571-20// CRP 063/11ª
ENDEREÇO: Rua Barão de Grajaú Quadra 37 casa 05 Jard. Eldorado/ Turú /São Luís – MA. CEP
65066-300. Telefone: 9832261293 e 91563188. e-mail: fdemaria@bol.com.br.

COORDENADOR DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO:

Dr. Wildoberto Batista Gurgel
Rua Barão de Itapary, 227
Tel: 98 21091223

Apêndice C - Termo de conhecimento e concordância

A pesquisa “Benefícios da ludoterapia como cuidado paliativo em crianças hospitalizadas com câncer” - São Luís-MA será executada pela Mestranda Flor de Maria Araújo Mendonça Silva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno Infantil da Universidade Federal do Maranhão, sob a orientação e responsabilidade da Prof^ª. Dr^ª. Silvana Maria Moura da Silva e, tem como objetivo avaliar os benefícios da terapia lúdica como cuidado paliativo em crianças hospitalizadas por câncer.

A concordância em participar da pesquisa e, também a autorização da participação da criança no processo ludoterápico não é obrigatória e os responsáveis têm a liberdade de retirarem seu consentimento ou desistirem de participar da pesquisa em qualquer fase de sua execução. A recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com o Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão.

Os responsáveis pais e/ou cuidadores receberão uma cópia do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, no qual tem o telefone e o endereço da pesquisadora principal e do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário, podendo tirar quaisquer dúvidas quanto ao projeto a ser realizado e, também, sobre sua participação, antes e durante a pesquisa.

No cronograma de execução da pesquisa, constam entrevistas para resgatar informações sobre a criança, a pessoa entrevistada e o núcleo familiar, condições da gestação, do parto e do recém-nascido; informações gerais sobre as crianças diretamente relacionadas com a doença e dados sobre os prejuízos da hospitalização. Haverá entrevista devolutiva para informá-los sobre os resultados da terapia lúdica realizada com a criança.

Os cuidadores pais e/ou responsáveis receberão informações sobre o desenvolvimento infantil, sua personalidade e estados de humor relacionados à doença. As crianças serão submetidas a 2 avaliações sobre seu estado psicoafetivo e emocional geral. A primeira antes de iniciar a terapia lúdica; a segunda ao término do processo ludoterapêutico para avaliar os resultados obtidos na terapêutica.

Não haverá riscos para as crianças, pois serão realizadas atividades lúdicas (brincadeiras) pela pesquisadora e psicólogas auxiliares na pesquisa e, utilizar-se-ão brinquedos próprios e correspondentes às idades estudadas aos interesses e às necessidades de cada criança. Serão tomadas todas as medidas de segurança para que as crianças possam participar das atividades lúdicas sem correr riscos de se machucarem.

As crianças serão beneficiadas em fases iniciais da vida e serão detectados possíveis atrasos no desenvolvimento neuromotor e imediatamente serão realizadas brincadeiras para diminuição desses atrasos.

Não haverá despesa com deslocamentos dos participantes (crianças) durante a realização da pesquisa, pois a mesma será realizada no próprio hospital durante o período de internação. Todos os brinquedos necessários para a realização das sessões lúdicas serão financiados pela pesquisadora ou feitos com material alternativo existente na própria residência, material esse de fácil acesso e sem custos financeiros para a família.

Haverá sigredo das informações fornecidas e a identidade dos participantes será preservada. Todas as informações obtidas a respeito deles terão caráter sigiloso. Os nomes dos participantes não aparecerão em qualquer momento da pesquisa, pois serão identificados por números. O consentimento para a realização das filmagens e fotografias é voluntário e poderá ser retirado caso venha afetar a relação com qualquer um dos envolvidos no estudo.

Eu, Flor de Maria Araújo Mendonça Silva, Psicóloga, residente a Rua Barão de Grajaú Quadra 37, casa 05 – Jardim Eldorado/Turú, mestranda e executora da pesquisa acima descrita, declaro que conheço e concordo com os objetivos propostos. Informo, outrossim, que não receberei dinheiro pela realização da pesquisa.

São Luís, 20 de março 2008.

Flor de Maria Araújo Mendonça Silva
Mestranda/Pesquisadora

Apêndice D - Ficha de Levantamento dos Protocolos do HTP

LEVANTAMENTO DOS PROTOCOLOS DO HTP							
DADOS ESTATÍSTICA 1^a AVALIAÇÃO				DADOS ESTATÍSTICA 2^a AVALIAÇÃO			
CASA	ÁRVORE	FIGURA HUMANA	CROMÁTICO	CASA	ÁRVORE	FIGURA HUMANA	CROMÁTICO

ANEXOS

Anexo A - Inquérito do House Tree Person

O examinador deve observar e anotar todos os movimentos e verbalizações do examinando, estimulando-o sempre de forma tranqüila e despreocupada. Qualquer emoção manifestada pelo sujeito enquanto está desenhando ou sendo questionado a respeito de seus desenhos, representa uma reação emocional à situação, que, de certa forma, está direta ou simbolicamente representada ou sugerida nos desenhos.

É importante que se observe como ele se entrega à tarefa, se é de forma confiante e confortável, ou se expressa dúvida a respeito de suas habilidades.

Quando está realizando os desenhos a expressão da criança revela:

<input type="checkbox"/> Insegurança	<input type="checkbox"/> Ansiedade	<input type="checkbox"/> Desconfiança
<input type="checkbox"/> Tensão	<input type="checkbox"/> Arrogância	<input type="checkbox"/> Hostilidade
<input type="checkbox"/> Negativismo	<input type="checkbox"/> Cautela	<input type="checkbox"/> Autocrítica
<input type="checkbox"/> Relaxamento	<input type="checkbox"/> Bom Humor	<input type="checkbox"/> Alegria
<input type="checkbox"/> Serenidade	<input type="checkbox"/> Confiança	<input type="checkbox"/> Tristeza

É importante observar a seqüência em que o examinando faz seus desenhos. O examinador deve ficar alerta quando a seqüência é alterada e anotar enquanto o desenho está sendo produzido; caso contrário, esses detalhes ficam perdidos em um global determinado. O global pode parecer muito bom, mas a dificuldade em produzi-lo de uma maneira convencional pode ser o primeiro sinal de problemas psicológicos.

Deve-se lembrar sempre que um sinal isolado não quer dizer muita coisa. É apenas um indicador de problemas e somente quando temos uma gama de sinais apontados em uma mesma direção é que podemos pensar em uma patologia.

Após o término dos desenhos, o avaliador deve começar o inquérito relativo a cada um dos desenhos.

Nome:

Idade ----- anos: -----meses:

Data de nascimento:

Grau de escolaridade:

Data:

1 - CASA

Uso da borracha: () Excessivo () Normal () Não usa

1. Muito, vejamos agora se inventamos uma história sobre essa casa como se fosse uma novela ou uma peça de teatro. Por exemplo, de quem é essa casa?
2. Quantas pessoas moram nela?
3. Quantos andares tem?
4. Falta alguma coisa nessa casa?
5. Você gostaria de morar nela?
6. Se você fosse dono (a) dessa casa e pudesse fazer com ela o que bem quisesse, qual o cômodo que você escolheria para você? Por quê?
7. Quando você olha para a casa, ela parece estar perto ou longe de você?
8. Se você estivesse olhando essa casa, como você a estaria vendo?
() Na altura dos olhos () Abaixo () Acima dos seus olhos
9. Em que esta casa faz você lembrar ou pensar?
10. Essa casa é:
() Feliz () Amiga () Confiável
() Triste () Agressiva () Barulhenta? () Por quê?
11. Você acha que a maioria das casas é assim?
12. Alguém ou alguma coisa já machucou essa casa? Por quê?
13. De que essa casa necessita mais?
14. Desenhe um sol. Vamos imaginar que esse sol seja alguma coisa um pessoa que você conhece. Quem seria?

2 - ÁRVORE

Uso da borracha: () Excessivo () Normal () Não usa

1. Seqüência do desenho:
2. Que tipo de árvore é essa que você desenhou?
3. Onde ela poderia estar situada?

4. Quem a plantou? Por quê?
5. Que idade ela tem?
6. Você pensa nela estando:
Viva (). Por que você acha ela está viva?
Morta () Existe alguma parte morta nessa árvore? Por que você acha que morreu?
Há quanto morreu?
7. Essa árvore para você parece mais um homem ou uma mulher? Por quê?
8. Essa árvore está sozinha ou em um grupo de árvores?
9. Olhando para a árvore, você tem a impressão de que ela está:
() Acima () Abaixo () No mesmo plano que você
10. Como está o clima nessa figura?
11. Há algum vento soprando nessa figura?
12. Em que essa árvore faz você lembrar ou pensar?
13. Essa árvore está sadia?
14. Por que você acha que ela está sadia?
15. Do que essa árvore mais necessita?
16. Alguém ou alguma coisa já feriu essa árvore?

3 - PESSOA (Primeira figura humana desenhada)

Uso da borracha: () Excessivo () Normal () Não usa

1. Seqüência do desenho:
2. Isso é: () um homem () uma mulher
() um menino () uma menina.
3. Quantos anos tem?
4. Quem é ele (a)?
5. O que ele (a) está fazendo?
6. Ele (a) se dá melhor com o pai ou com a mãe?
7. Em que ano está na escola?
8. O que ele (a) quer ser?
9. Qual é a parte mais bonita de seu corpo?
10. E a mais feia?
11. Como ele (a) se sente? Por quê?
12. O que mais o (a) preocupa?

13. Tem muitos amigos?
14. Mais velhos ou mais novos?
15. O que ele (a) mais quer da vida?
16. A melhor qualidade dele (a) é?
17. A pior é:
18. Do que ele (a) tem medo?
19. De que essa pessoa mais precisa?
20. Você gostaria de ser como essa pessoa?
21. O que as pessoas fala dele (a)?
22. E os familiares?
23. Alguém já feriu essa pessoa? Por quê?
24. Imagine que o sol seja uma pessoa que você conhece. Quem seria?
25. Você acha que a maioria das pessoas se sente assim?
26. Qual é o clima nessa figura?
27. Que tipo de roupa está vestindo?

4 - PESSOA (Segunda figura humana desenhada)

Uso da borracha: () Excessivo () Normal () Não usa

1. Seqüência do desenho:
2. Isso é: () um homem () uma mulher
() um menino () uma menina.
3. Quantos anos tem?
4. Quem é ele (a)?
5. O que ele (a) está fazendo?
6. Ele (a) se dá melhor com o pai ou com a mãe?
7. Em que ano está na escola?
8. O que ele (a) quer ser?
9. Qual é a parte mais bonita de seu corpo?
10. E a mais feia?
11. Como ele (a) se sente? Por quê?
12. O que mais o (a) preocupa?
13. Tem muitos amigos?
14. Mais velhos ou mais novos?

15. O que ele (a) mais quer da vida?
16. A melhor qualidade dele (a) é?
17. A pior é:
18. Do que ele (a) tem medo?
19. De que essa pessoa mais precisa?
20. Você gostaria de ser como essa pessoa?
21. O que as pessoas falam dele (a)?
22. E os familiares?
23. Alguém já feriu essa pessoa? Por quê?
24. Imagine que o sol seja uma pessoa que você conhece. Quem seria?
25. Você acha que a maioria das pessoas se sente assim?
26. Qual é o clima nessa figura?
27. Que tipo de roupa está vesti

5 - FAMÍLIA DE ORIGEM

Uso da borracha: () Excessivo () Normal () Não usa


1. Seqüência do desenho:
2. Quem são as pessoas que desenhou?
3. Aí estão todos os seus familiares?
4. Quem está faltando?
5. Por que não está aí?
6. Quem é a pessoa com quem você melhor se relaciona nessa família? Por quê?
7. Quem é a pessoa com quem você tem mais dificuldade em se relacionar? Por quê?
8. Quem é a pessoa mais feliz nesse grupo? Por quê?
9. Quem é a mais triste ou a menos feliz? Por quê?

6 - FAMÍLIA IDEAL

1. Seqüência do desenho:
2. Quem são as pessoas que desenho?
3. Em que família você estava pensando quando estava desenhando?

Nota: ao final de cada desenho é interessante pedir ao examinando que coloque um sol.

Anexo B - Parecer Consubstanciado Inicial Comitê de Ética em Pesquisa

	Universidade Federal do Maranhão Hospital Universitário Diretoria Adjunta de Ensino, Pesquisa e Extensão Comitê de Ética em Pesquisa
---	---

PARECER CONSUBSTANCIADO INICIAL PROJETO DE DISSERTAÇÃO - MESTRADO SAÚDE MATERNO INFANTIL	Nº. do Parecer: 066/2008 Nº do Protocolo: 33104-1183/2007 Data de Entrada no CEP: 31/08/2008 Data da Assembléia: 25/01/2008 Parecer: APROVADO
---	--

I - Identificação:

Título do projeto		
Impacto da terapia em crianças hospitalizadas por câncer.		
Identificação do Pesquisador Responsável: Silvana Maria Moura da Silva		
Identificação da Equipe executora:		
Silvana Maria Moura da Silva e Flor de Maria Araújo Mendonça Silva		
Instituição onde será realizado:		
Instituto Maranhense de Oncologia Aldenora Bello (IMOAB)		
Area temática:	Multicêntrico:	Cooperação estrangeira:
Grupo- III	NÃO	NÃO

II - Objetivos:

III- Sumário do projeto:

Trata-se de um projeto de dissertação de mestrado de curso programa de Pós-Graduação em Saúde Materno Infantil da UFMA, a ser desenvolvido entre o primeiro semestre de 2007 e o segundo de 2008 (filha 15), que conforme se lê na folha 07, procura avaliar os efeitos psicológicos da terapia lúdica em crianças hospitalizadas por câncer. Cuja estrutura é a seguinte: Folha de rosto, Projeto em português, contendo: Introdução, objetivos, metodologia, considerações éticas, recursos humanos, orçamento do projeto, cronograma de execução, impactos esperados, referências bibliográficas, anexos e apêndices, além de curriculum vitae dos pesquisadores.

Na metodologia, diz-se que se trata de um desenho analítico experimental (pareado) com delineamento de ensaio clínico não randomizado, desenvolvido durante 6 meses, no IMOAB. As fontes dos dados serão tanto a observação direta e sistemática das atividades lúdicas, quanto as fichas de registros dos dados obtidos em prontuários médicos e fichas de dados sociais. Os critérios de inclusão são: 20 crianças com câncer na faixa etária de 5 a 12 anos de ambos sexos, em regime de internação hospitalar no IMOAB e/ou acompanhamento na Casa de Apoio Criança Feliz. Os dados serão analisados estatisticamente por meios dos testes de McNemar (para as variáveis categóricas) e de Wilcoxon (para as variáveis ordenativas), mediadas pelo Teste T de Student para amostras pareadas, com significância de até 0.05.

No tocante a ética, o protocolo se compromete em aplicar o TCLE com os sujeitos, manter o sigilo, liberdade e divulgação dos resultados.

IV- Comentários frente à resolução 196/96 CNS e complementares:

Considera-se que o presente projeto avaliar os benefícios da ludoterapia em crianças hospitalizadas por câncer, e leva-se em consideração que o câncer se apresenta como a quarta causa de morte na população abaixo de 14 anos de idade, tem-se relevância social declarada, atendendo aos requisitos da Res. CNS 196/96- III. 1.d. Se acrescentamos a isto, o fato de que o tratamento do câncer pode produzir mais sofrimento no paciente e sua família, analisar o clima psicológico e quais os mecanismos que podem melhorá-lo, é de importância tanto social quanto científica.

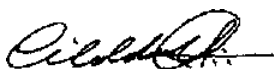
V -Parecer Consubstanciado do CEP:

Diante do exposto, o protocolo 33104-1183/07, referente o título Impacto da terapia em crianças hospitalizadas por câncer, pleiteado por Silvana Maria Moura da Silva é considerado: **APROVADO.**

Relatórios parciais (um por ano) devem ser apresentados ao CEP-HUUFMA, sendo o primeiro para 25/03/2009, ou se houver algum evento adverso, emenda ou alteração no protocolo. O relatório final deve ser entregue, acompanhado de cópia do trabalho final gravado em CD ROM.

Obs: Este parecer se refere só à forma como o projeto dessa pesquisa desenhado e foi protocolado junto ao CEP, não dando nenhum respaldo à pesquisa para fins de publicação ou apresentação em congresso, bancas ou outros eventos científicos. Para isto, o pesquisador deve solicitar o Parecer Consubstanciado Aprovando Relatório de Pesquisa ou o Parecer Consubstanciado Aprovando a finalização da Pesquisa.

São Luís, MA, 25 de março de 2008.



Wildoberto Batista Gurgel
Filósofo
Coordenador do CEP-HUUFMA
Ethica homini habitat est

Anexo C - Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS				FR - 176779	
Projeto de Pesquisa IMPACTOS DA TERAPIA LÚDICA EM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS POR CÂNCER.					
Área de Conhecimento 7.00 - Ciências Humanas - 7.07 - Psicologia				Grupo Grupo III	Nível
Área(s) Temática(s) Especial(s)					Fase Não se Aplica
Unitermos TERAPIA LÚDICA, AFETIVIDADE, LÚDICO COMO CUIDADO PALIATIVO.					
Sujeitos na Pesquisa					
Nº de Sujeitos no Centro 20	Total Brasil 20	Nº de Sujeitos Total 20	Grupos Especiais Criança e ou menores de 18 anos.		
Placebo NAO	Medicamentos HIV / AIDS NÃO	Wash-out NÃO	Sem Tratamento Específico NÃO	Banco de Materiais Biológicos NÃO	
Pesquisador Responsável					
Pesquisador Responsável SILVANA MARIA MOURA DA SILVA			CPF 255.084.663-04	Identidade 440664	
Área de Especialização EDUCAÇÃO ESPECIAL			Maior Titulação DOUTORADO	Nacionalidade BRASILEIRA	
Endereço RUA MIRAGEM DO SOL, EDIFÍCIO RUBERVAL PALMEIRA, APTO.701			Bairro RENASCENÇA II	Cidade SÃO LUÍS - MA	
Código Postal 65075-760	Telefone 21098507 / 32277041		Fax 32277041	Email smmourasilva@bol.com.br	
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.					
Data: ____/____/____			Assinatura _____		
Instituição Onde Será Realizado					
Nome INSTITUTO MARANHENSE DE ONCOLOGIA ALDENORA BELO IMOAB		CNPJ 05.292.982/0002-37	Nacional/Internacional Nacional		
Unidade/Órgão SETOR DE PEDIATRIA E SETOR CASA DE APOIO CRIANÇA FELIZ		Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO		
Endereço RUA SEROA DA MOTA		Bairro APEADOURO	Cidade São Luís - MA		
Código Postal 65031630	Telefone (98) 30893000		Fax	Email	
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.					
Nome: _____			Assinatura _____		
Data: ____/____/____					

O Projeto deverá ser entregue no CEP em até 30 dias a partir de 17/02/2008. Não ocorrendo a entrega nesse prazo esta Folha de Rosto será INVALIDADA.