



**UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO (UPE)
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA (UFPB)
PROGRAMA ASSOCIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA
UPE/UFPB
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM EDUCAÇÃO FÍSICA**

**ATIVIDADES LÚDICAS PARA AS CRIANÇAS COM CÂNCER NO
AMBIENTE HOSPITALAR: experiências, desafios e aprendizagens.**

RECIFE, 2022

LARISSA DA SILVA SOUZA

**ATIVIDADES LÚDICAS PARA AS CRIANÇAS COM CÂNCER NO AMBIENTE
HOSPITALAR: experiências, desafios e aprendizagens.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa Associado de Pós-Graduação em Educação Física UPE/UFPB, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

**Área de concentração do Programa de Pós-graduação:
CULTURA, EDUCAÇÃO E MOVIMENTO HUMANO**

Linha de Pesquisa do Programa de Pós-graduação:

PRÁTICA PEDAGÓGICA E FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO FÍSICA

Orientador: Professor Dr. Marcelo Soares Tavares de Melo

RECIFE, 2022

S729a Souza, Larissa da Silva.
Atividades lúdicas para as crianças com câncer no ambiente hospitalar: experiências, desafios e aprendizagens. /Larissa da Silva Souza. – Recife: do autor, 2022.
138 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Soares Tavares de Melo.
Dissertação (Mestrado) – Programa Associado de Pós-Graduação em Educação Física (UPE/UFPB). Universidade de Pernambuco, Campus Santo Amaro, Recife-PE, 2022.

1. Educação Física - Estudo e Pesquisa. 2. Crianças - Atividades lúdicas. 3. Oncologia. 4. Hospital. I. Marcelo Soares Tavares de Melo. II. Universidade de Pernambuco - Campus Santo Amaro - Programa Associado de Pós-Graduação em Educação Física (UPE/UFPB). III. Título.

CDD 796.087



PROGRAMA ASSOCIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
EDUCAÇÃO FÍSICA UPE/UFPB
CURSO DE MESTRADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA CURSO DE DOUTORADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

ATA DE SESSÃO PÚBLICA DO EXAME DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Às 09:00, do dia 12 de dezembro de 2022, no(a) Escola Superior de Educação Física da Universidade de Pernambuco - UPE, foi realizada a Sessão Pública de Defesa da Dissertação de Mestrado de LARISSA DA SILVA SOUZA. A Banca foi composta pelos seguintes Professores Doutores: MARCELO SOARES TAVARES DE MELO (UPE), LÍVIA TENÓRIO BRASILEIRO (UPE) e ANDRÉA CARLA DE PAIVA (UFRPE), sob a presidência da Prof.(a) Dr.(a) MARCELO SOARES TAVARES DE MELO (orientador). A dissertação tem como título: "ATIVIDADES LÚDICAS PARA AS CRIANÇAS COM CÂNCER NO AMBIENTE HOSPITALAR: EXPERIÊNCIAS, DESAFIOS E APRENDIZAGENS.". A abertura dos trabalhos foi efetuada pelo Coordenador (a) Local do Programa Prof.(a) Dr.(a) MAURO VIRGÍLIO GOMES DE BARROS. Procedeu-se então a apresentação dos membros da Comissão Examinadora, seguida da apresentação da dissertação e, por fim, da arguição pelos membros da Comissão Examinadora. Ao final, a Comissão Examinadora reuniu-se para deliberar sobre o resultado da sessão e decidiu pela APROVAÇÃO do candidato. LARISSA DA SILVA SOUZA faz jus então ao título de **Mestre em Educação Física** desde que cumpra todas as exigências indicadas pelos membros da Comissão Examinadora, estabelecendo-se um prazo de 30 dias para a entrega da versão final da dissertação. Cumpridas as disposições regimentais e normas internas do PAPGEF UPE/UFPB, às 12:00 foi lavrada e assinada, pela Coordenação Local do Programa e pelos membros da Comissão Examinadora, a presente Ata e a sessão foi encerrada.

Recife, 12 de dezembro de 2022.

MAURO VIRGÍLIO GOMES DE
BARROS
Coordenador(a) Local

MARCELO SOARES TAVARES DE
MELO
(UPE)

LÍVIA TENÓRIO BRASILEIRO
(UPE)

ANDRÉA CARLA DE PAIVA
(UFRPE)

LARISSA DA SILVA SOUZA

Universidade de Pernambuco
Rua Arnóbio Marques, 310, Recife – PE - Brasil
CEP: 5010030
Fone: +55 (81) 3183-3373

Universidade Federal da Paraíba
Cidade Universitária - João Pessoa - PB - Brasil
CEP: 58051-900
Fone: +55 (83) 3216-7200

Dedico esta dissertação, aos meus pais, que proporcionaram uma vida com muito amor e incentivo, posso fechar os meus olhos e ouvi-los dizendo: “faça o seu melhor, independente onde esteja e das circunstâncias.” Por isso, esse sonho realizado é nosso.

AGRADECIMENTOS

Agradeço de todo o meu coração a Deus que me ajudou durante todo o percurso até chegar ao final do Mestrado. Foram muitas batalhas, principalmente, em relação à minha saúde, mas todas foram superadas com força e paciência graças a Ele. Obrigada, Senhor, por me dar muito mais do que eu mereço.

Aos meus pais, Carmem Souza e Mário Rogers (*in memorian*), sem o apoio, cuidado e atenção de vocês seria impossível chegar tão longe e construir tudo o que estou construindo, vocês são partes primordiais de quem eu sou e quero ser. Mãe, de todos os amores do mundo que eu poderia ter, eu não queria outro sem ser você, sou grata a Deus por me colocar no seu colo para que um dia eu pudesse te chamar de “mainha”, você é a minha fortaleza e a minha inspiração de como enfrentar os desafios e os momentos difíceis da vida, gratidão por não ter desistido. Pai, você com certeza sempre será meu exemplo de alegria e leveza da vida, vou contar para os seus netos quem o senhor é e quantas risadas nós demos, você me inspira a ser melhor, a tratar as pessoas bem e por onde for, vou deixar um pouco de você em cada uma delas, seu legado vive. Meus pais, meus amores, conseguimos e a filha de vocês buscou o caminho que vocês ajudaram a trilhar, aqui estamos em mais um sonho conquistado.

Durante toda a trajetória pessoas especiais cruzaram o meu caminho, me ajudando a chegar até aqui, por isso agradeço:

Aos meus familiares, pela paciência e compreensão, por vibrar com cada passo realizado. Em especial, a minha avó (*in memorian*) que não chegou a acompanhar toda caminhada no mestrado, mas que sempre esteve presente no meu coração e na minha mente, onde podia ouvir a voz dela falando “Pai na frente, Deus como guia, vá com Deus e a Virgem Maria” e assim eu fui, em frente de cabeça erguida para lidar com os tropeços da vida, obrigada vó. A minha prima/irmã Caroline Melo, que cuidou de mim o tempo todo, com massagem, cuidado e conversas, você foi essencial na minha trajetória, obrigada pelas séries, pelas pipocas e por me ajudar a chegar aqui. A minha tia Paula Mirza, por ceder sempre a sua casa e seus cuidados para que fossem mais confortáveis as idas e vindas, por morar mais perto da Universidade, tia, obrigada por todo cuidado e comemoração comigo em cada etapa. Ao meu noivo, Jhonata Guedes, por ser tão paciente com meus momentos de preocupação, de estudos e acreditando que tudo iria dar certo para que esse sonho pudesse acontecer, você foi primordial para me impulsionar a chegar até aqui, obrigada por acreditar e me

apoiar, seu colo me acolheu e me ajudou a seguir, amo você. Agradeço também a Julliane Duarte, por todo cuidado nos detalhes, sempre dando um jeito de se fazer presente em cada apresentação de trabalho, palestra, qualificação, surpresas com comidas e orações, você não imagina o quanto esses cuidados me fortaleceram a seguir, obrigada por tudo.

Aos meus amigos, vocês sabem o quanto as mensagens, as saídas, os momentos de comunhão foram importantes para mim, quando vocês me tiravam dos momentos de tensão, vocês são a melhor parte da minha caminhada, sintam-se abraçados com meu obrigado. Gostaria também de agradecer a Kettily Barbosa, que mesmo em outro país quando eu precisava de ajuda, ela estava aqui, perto, você faz parte dessa construção desde a graduação, quando pegava na minha mão me colocando na frente do computador mostrando como fazia cada coisa, obrigada por todos os ensinamentos técnicos da profissão e obrigada também pelos passeios, congressos, trabalhos, você é uma grande amiga que o mundo acadêmico trouxe para mim, aguardo você sempre comigo.

Minha gratidão ao professor Marcelo Tavares, por acreditar e me acompanhar desde a graduação, por olhar aquela menina e acreditar no seu potencial, sendo um grande incentivador e apoiador dos meus estudos. Obrigada por todo carinho e cuidado que sempre demonstrou por mim, não conseguiria expressar em palavras o quanto sou grata pela pessoa que o senhor é, pelo profissional ético e empático. Deixo aqui minha admiração e meu carinho.

Não poderia deixar de agradecer aqui aos colegas mais próximos do mestrado, que cursaram diversas disciplinas comigo, obrigada por me ajudarem com todos os trâmites, além de todo apoio, companheirismo em dividirem momentos maravilhosos junto a mim, Leonardo Alves, Rayane Freitas e Vanessa Ribeiro, juntos fizemos uma trajetória linda, muito obrigada. Agradeço também a todos os professores em que tive o prazer de cursar disciplinas, vocês me ensinaram muito, obrigada.

Ademais, agradeço aos professores que fizeram parte da banca examinadora Profa. Lívia Tenório, Profa. Andréa Paiva, Prof. Marcílio Barbosa, Profa. Ana Rita Lorenzini e Prof. Marcelo Tavares. Obrigada por vocês aceitarem esse convite e por todas as contribuições para o meu crescimento e para que a dissertação seguisse pelo melhor caminho, com certeza vocês foram imprescindíveis nesse processo.

Aqui também agradeço ao GAC por ter disponibilizado suas dependências hospitalares e pacientes para participação da pesquisa, em especial a Dra. Vera

Morais, pela disposição em querer ajudar, visando o melhor funcionamento da pesquisa, pelo carinho e cuidado. Deixo aqui meu amor e toda a minha gratidão também a Dra. Laurice, pelos cuidados com a minha saúde e todo carinho, como também a cada profissional que compõem essa equipe, vocês são parte da minha história, desde quando era paciente até como professora, obrigada por tanto.

Agradeço ao Grupo de Pesquisa e Estudos Etnográficos em Educação Física e Esporte por me acolherem, vocês ampliaram meu horizonte de conhecimentos, com certeza esses 5 anos que faço parte desse coletivo formaram a profissional que eu sou e grande parte dos conhecimentos que possuo. Em especial, agradeço ao Programa Ludus, da linha de Ludicidade e Educação Física do Ethnós, por todas as contribuições teóricas e práticas no que se refere à ludicidade e ao estudo da hermenêutica-dialética. Cada experiência em campo que vivenciei estará sempre guardada no meu coração, vocês também formaram a profissional que tenho me tornado. Aqui também agradeço as dezenas de crianças que tive o prazer de conhecer no projeto de Câncer e Ludicidade do Programa. E para todas vocês que encontro hoje em dia no hospital ou que vieram a óbito, meu gigantesco e cheio de gratidão: muito obrigada, vocês transformaram a minha vida e a perspectiva sobre o que é viver, cada momento de alegria que compartilhamos jamais será esquecido por mim, obrigada.

Se não houvesse o amor de cada uma dessas pessoas citadas aqui, eu não conseguiria chegar até aqui.

Com toda minha gratidão e amor,
Larissa Souza.

RESUMO

Nesta pesquisa nosso foco é a atividade lúdica para as crianças com câncer no ambiente hospitalar do Grupo de Ajuda à Criança Carente com câncer do Centro de Oncohematologia Pediátrica localizado no Hospital Universitário Oswaldo Cruz. Tendo como objetivo geral analisar as atividades lúdicas para as crianças com câncer e como objetivos específicos acompanhar as vivências dos jogos-lúdicos junto às Crianças com Câncer durante as atividades do programa extensão Ludus inseridas no GAC; compreender como as atividades lúdicas perpassam a rotina antes, durante e após o tratamento das crianças com câncer a partir das falas dos sujeitos participantes nessa pesquisa realizada no GAC. Aqui entende-se que o câncer infantojuvenil é a principal causa de morte entre crianças e adolescentes entre 1 e 19 anos no Brasil e o tratamento, por muitas vezes, requer a ida para o hospital durante um longo período de tempo, o que envolve momentos estressantes nos aspectos fisiológicos, sociais e psicológicos. Com isso, a atividade lúdica se torna uma possibilidade para que as crianças consigam viver experiências o mais próximo possível da normalidade de uma infância saudável, entendendo aqui o ser como biopsicossocial e prezando pelo seu bem-estar. Metodologicamente, esta pesquisa é desenvolvida em uma abordagem qualitativa com base na hermenêutica-dialética. Além disso, a comunicação é tratada através dos dados recolhidos em fontes bibliográficas, observações das intervenções com atividades lúdicas pelo diário de campo, como também a utilização das entrevistas com as crianças (amostra de oito) e para a análise dos dados provenientes das entrevistas utilizamos a análise do discurso. A partir disso, compreendemos que as atividades lúdicas são vivenciadas o tempo todo, durante a vida das crianças com câncer independente do ambiente hospitalar, porém quando proporcionadas no âmbito do hospital, atuam como catalisadoras no processo de sua recuperação e adaptação, representando estratégia de confronto das condições adversas da hospitalização.

Palavras-chaves: Atividades Lúdicas; Oncologia; Criança; Hospital; Educação Física.

ABSTRACT

In this research, our focus is the playful activity for children with cancer in the hospital environment of the Help Group for Children in Need with Cancer of the Pediatric Oncohematology Center located at the Oswaldo Cruz University Hospital. Having as general objective the cancer studied as playful activities for children and as specific objectives to accompany the experiences of playful games together with Children with Cancer during the activities of the Ludus extension program incorporated in the GAC; understand how recreational activities permeate the routine before, during and after the treatment of children with cancer from the speeches of the participants in this research carried out at the GAC. Here it is understood that childhood cancer is the main cause of death among children and adolescents between 1 and 19 years of age in Brazil and treatment often requires going to the hospital for a long period of time, which involves moments stressful in the physiological, social and psychological aspects. With this, playful activity becomes a possibility for children to be able to live experiences as close as possible to the normality of a healthy childhood. Understanding here the being as biopsychosocial and valuing its well-being. Methodologically, this research is developed in a qualitative approach based on hermeneutics-dialectic. In addition, communication is treated through data collected in bibliographic sources, observations of interventions with recreational activities through the diary, as well as the use of interviews with children (sample of eight) and for the analysis of data from the interviews we used discourse analysis. From the analyses, we understand that recreational activities are experienced all the time, during the lives of children with cancer, regardless of the hospital environment, but when provided within the hospital, they act as catalysts in the process of their recovery and adaptation, representing a strategy of confrontation of adverse conditions of hospitalization.

Keywords: Playful Activities; Oncology; Child; Hospital; Physical Education.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 01: Modelo dos principais dados bibliográficos utilizados para as atividades lúdicas nesse estudo: (APÊNDICE A)	24
QUADRO 02: Jogos ministrados e suas classificações	77
QUADRO 03: Jogos criativos e suas descrições	78

LISTAS DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CEONHPE - Centro de Oncohematologia Pediátrica

CEP - Comitê de Ética e Pesquisa

CNPQ - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

ETHNÓS - Grupo de Estudos Etnográficos em Educação Física e esporte

FACEPE - Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco

GAC - Grupo de Ajuda a Criança Carente com Câncer

HUOC - Hospital Universitário Oswaldo Cruz

IC - Iniciação Científica

INCA - Instituto Nacional do Câncer

PIBIC - Programa Institucional de Iniciação Científica

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UPE - Universidade de Pernambuco

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO 1	21
O CÂNCER: ASPECTOS FISIOLÓGICOS, SOCIAIS E PSICOLÓGICOS	21
1.1 O CAMINHO DA FIOLOGIA E O TRATAMENTO DO CÂNCER	21
1.2 ESTIGMA SOCIAL DO CÂNCER: UMA PASSAGEM HISTÓRICA	25
1.3 A INFLUÊNCIA DOS FATORES PSICOLÓGICOS E A RELAÇÃO COM A FAMÍLIA	27
CAPÍTULO 2	33
A INFÂNCIA E AS ATIVIDADES LÚDICAS NO AMBIENTE HOSPITALAR	33
CAPÍTULO 3	65
PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	65
3.1 MÉTODO DE PESQUISA	65
3.2 SUJEITOS E LOCAL DA PESQUISA	67
3.3 PROCEDIMENTOS DA PESQUISA	70
CAPÍTULO 4	73
A VIDA DA CRIANÇA COM CÂNCER E A RELAÇÃO COM AS ATIVIDADES LÚDICAS	73
4.1 A VIVÊNCIA COM OS JOGOS E BRINCADEIRAS NA BRINQUEDOTECA HOSPITALAR	73
4.2 A INFLUÊNCIA DAS ATIVIDADES LÚDICAS NA ROTINA DAS CRIANÇAS COM CÂNCER	80
4.3 DESAFIOS E APRENDIZAGENS DURANTE O TRATAMENTO ONCOLÓGICO PEDIÁTRICO	92
CONSIDERAÇÕES FINAIS	110
REFERÊNCIAS	113
APÊNDICE A - QUADRO 01	124
APÊNDICE B - ESTRUTURA DO DIÁRIO DE CAMPO	127
APÊNDICE C - ROTEIRO ENTREVISTA	128
ANEXO I – COMITÊ DE ÉTICA	129
ANEXO II – CARTA DE ANUÊNCIA	136
ANEXO III – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA	

INTRODUÇÃO

A aproximação com essa pesquisa consiste em justificativas que se entrelaçam entre os âmbitos pessoais, sociais e acadêmicos. Na vida pessoal, vivenciei experiências com o câncer, quando fui diagnosticada aos 16 anos com essa doença, passando assim, 10 meses no processo de hospitalização. Com isso foi possível observar muitos aspectos que são defasados durante esse processo, dessa forma, procuro estudar mais sobre essa temática a fim de contribuir para o tratamento das crianças com câncer.

No âmbito social, desde o momento em que recebi alta do hospital, saí com uma motivação enorme de contribuir de alguma forma para esse grupo da sociedade visando que, aquelas crianças ao passar pelo tratamento oncológico, pudessem ter uma melhoria nos seus momentos hospitalização e assim nasceu um sonho: contribuir de alguma forma para a vida daqueles pacientes, assim como fizeram comigo. Logo estive disposta a ajudar no que fosse preciso para que essa parcela da sociedade conseguisse ter uma boa qualidade de vida, entendendo que todos merecem viver momentos felizes, independente se estão saudáveis ou doentes.

Sendo assim, na vida acadêmica, participei de três Projetos de Iniciação Científica durante o meu curso de graduação, que estive envolvida desde o 1º período do curso de Educação Física na linha de pesquisa Ludicidade e Educação Física do grupo de estudos Etnográficos em Educação Física e Esportes (ETHNÓS) como também, participei durante três anos do programa de extensão – Programa Ludus (Aprovado em edital pela Pró-reitora de extensão da UPE). A partir dessas experiências, ministrei curso no Seminário de Educação Física Escolar da ESEF-UPE, além de participação como membro da mesa redonda “O fazer extensionistas como exercício da indissociabilidade” no Encontro de Extensionistas do IFPE 2018, como também fui palestrante na mesa redonda “Programa Ludus: Alegria é vida” na Semana Universitária – UPE 2019.

Com isso fui vinculada a uma pesquisa que teve como o objeto de estudo a Ludicidade, na qual a primeira pesquisa em 2017, o tema era: “A ludicidade para as crianças com câncer: contribuições teórico-metodológicas durante o processo de hospitalização”, logo após, em 2018 houve a renovação por mais um ano da mesma pesquisa, ambas foram financiadas pela Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (FACEPE), por fim em 2019 houve o último projeto de

Iniciação Científica com o tema: “Contribuições teórico-metodológicas da ludicidade durante o tratamento das crianças e adolescentes com câncer”, que foi aprovado no pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico EDITAL PIBIC CNPq UPE – 2019/2020.

Esses estudos de Iniciações Científicas foram realizados durante o período de três anos, o que resultou no meu Trabalho de Conclusão de Curso de bacharelado em Educação Física da UPE, com o tema: “A ludicidade durante o processo de hospitalização das crianças com câncer: contribuições teórico-metodológicas”.

Além disso, todas essas pesquisas de Iniciação Científica foram vinculadas a minha participação no Programa Ludus, programa esse que faz parte dos projetos de extensão da Universidade de Pernambuco, onde participei desde a concepção inicial do Programa, durante a graduação e até a minha inserção no Mestrado Acadêmico. Sendo assim, foi a partir das experiências no Programa Ludus que surge essa pesquisa de Mestrado, onde tal pesquisa está vinculada a esse Programa. Pelo fato de estar tão envolvida com esses temas, é que surge a necessidade de cada vez mais aprofundar os conhecimentos da Ludicidade no que envolve crianças com câncer.

Aqui, adentrando na temática do câncer, segundo o Inca (2020) a palavra câncer vem do grego “*karkínos*”, que significa caranguejo e foi utilizada pela primeira vez por Hipócrates, o pai da medicina, que viveu entre 460 e 377 a.C. O câncer não é uma doença nova. O fato de ter sido detectado em múmias egípcias comprova que ele já afetava o homem há mais de 3 mil anos antes de Cristo.

Segundo Ribeiro e Baraldi (1991, p. 2) o câncer é “um grupo muito grande de doenças que possui algo em comum: o crescimento anormal e descontrolado das células do nosso organismo”. Há uma multiplicação exacerbada de células sem controle, de tal modo que comprometem as células normais do corpo e conseqüentemente vem a intervir no funcionamento normal do mesmo.

Vale ressaltar que de acordo com a Fiocruz (2013) o câncer corresponde a 3% dos casos de tumores malignos no mundo, sendo diagnosticados mais de 160 mil casos mundiais por ano. Porém, estudos recentes revelam que a incidência da doença no grupo etário vem se estabilizando mundialmente desde 1990.

A previsão do Instituto Nacional do Câncer considera que a incidência da doença nessa faixa etária representa cerca de 3% de um total estimado de 420 mil novos casos. As regiões Sudeste e Nordeste, segundo o Inca, terão os maiores números de novos diagnósticos (5,3 mil e 2,9 mil, respectivamente), seguidas pelo

Centro-Oeste (1,8 mil), Sul (1,3 mil) e Norte (1,2 mil) (BRASIL, 2019).

A doença é a principal causa de morte entre crianças e adolescentes entre 1 e 19 anos no Brasil. Em todo o mundo, segundo a Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (*Iarc*, na sigla em inglês), estima-se que, todos os anos, 215.000 casos são diagnosticados em crianças menores de 15 anos, e cerca de 85.000 em adolescentes entre 15 e 19 anos (INCA, 2019).

Quando essa doença acomete crianças e adolescentes na faixa etária de 0-18 anos de idade denomina-se câncer infantojuvenil. No Brasil, a média das taxas de incidência em 2020 foi de 154,3 por milhão, sendo considerada, proporcionalmente, a primeira causa morte (8% do total) por doença entre crianças e adolescentes de 0 a 19 anos (BRASIL, 2021).

As taxas de cura que antes do advento da quimioterapia moderna (em torno dos anos 1950) eram de 0%, passaram para taxas atuais de sobrevida que são superiores a 80%. Este resultado se deve à melhora da compreensão da patologia, da adaptação do tratamento e dos cuidados de apoio como antibioticoterapia, mas também aos esforços conjuntos dos pacientes, médicos e familiares que participaram de diversos grupos de estudos cooperativos (MICHALOWSKI et al., 2012).

Pensando no tratamento das crianças com câncer, na grande maioria das vezes é necessária a hospitalização para o tratamento e os efeitos colaterais são mais longínquos, por isso é importante fazer com que a criança possa vivenciar momentos de distração e alegria, para que essas consequências do tratamento não sejam tão potencializadas.

Sabe-se que quando chega a ocorrer à hospitalização, são necessários cuidados especiais com a criança, já que essa experiência pode ser traumática, na medida em que se apresenta como uma ruptura do desenvolvimento normal e como um desligamento parcial de sua convivência familiar, além de ser fonte de dor e de sofrimento psíquico e físico (PEREIRA; MIRANDA, 2013, p.53).

Por causa da ruptura do desenvolvimento normal da criança, ocasionado pela hospitalização, é indicado que ela possua cuidados especiais, tais como a vivência das atividades lúdicas, os jogos e brincadeiras. Aqui entendemos a atividade lúdica, como externa ao indivíduo que pode gerar um estado lúdico representado pela plenitude do participante segundo Bacelar (2009).

Tendo em vista que a ludicidade se origina da palavra latina "*ludus*", a qual significa jogo, destacamos aqui o jogo. Para Huizinga (2000) podemos considerar o

jogo como:

uma atividade livre, conscientemente tomada como "não-séria" e exterior à vida habitual, mas ao mesmo tempo capaz de absorver o jogador de maneira intensa e total. É uma atividade desligada de todo e qualquer interesse material, com a qual não se pode obter qualquer lucro, praticada dentro de limites espaciais e temporais próprios, segundo uma certa ordem e certas regras (HUIZINGA, 2000, p.19).

Portanto o jogo é capaz de absorver o jogador de maneira total, sendo exterior a rotina diária, aspecto esse de grande valor pois, durante o tratamento, a criança precisa adaptar sua vida à nova rotina hospitalar, de exames, furadas, medicações, desgaste físico e emocional. Então, quando levado para a perspectiva das crianças hospitalizadas, o jogo, enquanto atividade lúdica, pode ser responsável por transpor essa barreira da nova rotina desgastante.

Segundo Kishimoto (1998, p.21) "o jogo, por ser livre de pressões e avaliações, cria um clima adequado para a investigação e a busca de soluções. O benefício do jogo está nessa possibilidade de estimular a exploração em busca de respostas, em não constranger quando se erra". Nesse sentido, apesar de todo contexto de sofrimento em que a criança está inserida, ela pode se sentir livre para explorar as possibilidades que o ambiente oferece e assim se desenvolver pelo jogo.

A criança que brinca parece não estar tão doente (mesmo que num breve espaço de tempo). O lúdico é percebido como uma possibilidade de se ganhar ou construir algo de positivo ou bom num momento de tantas perdas (MITRE; GOMES, 2004, p.151).

Por isso, em alguns tipos de intervenção psicológica que utilizam estratégias para a redução do estresse induzido pela hospitalização, é possível identificar componentes lúdicos, como estímulos para uma adaptação positiva (MOTTA; ENUMO, 2004), isso se dá pela ação imaginária de uma atividade lúdica.

A ação imaginária contribui no desenvolvimento das regras de conduta social, onde as crianças, através da imitação, representam papéis e valores necessários à participação da mesma vida social por elas internalizada durante as brincadeiras em que imitam comportamentos adultos (VYGOTSKY, 1989, p.53).

Nesse sentido, a imaginação das crianças no ambiente hospitalar, através da atividade lúdica, pode contribuir para que elas aprendam os valores e representações sociais que por se tratar do âmbito incomum da sua rotina na infância elas poderiam

perder essa oportunidade de aprendizado.

Destacando aqui, a importância do jogo na formação da criança, visto que a infância é, portanto, a aprendizagem necessária à idade adulta. Estudar na infância somente o crescimento, o desenvolvimento das funções, sem considerar o brincar, seria negligenciar esse impulso irresistível pelo qual a criança modela a sua própria estátua. Não se pode dizer de uma criança “que ela cresce” apenas, seria preciso dizer “que ela se torna grande” pelo jogo. Pois, assim como o adulto se sente forte por suas obras, a criança sente-se crescer por suas proezas lúdicas (CHATEAU, 1987).

Além disso, a partir de vários estudos, foi constatada a importância e a imperiosidade da atividade lúdica ao ser humano, principalmente para as crianças, portanto ela não pode ser vista apenas como um “passar o tempo”, mas como uma estratégia de contribuir para a vida das crianças com câncer no ambiente hospitalar.

Ressaltando assim o enfoque com o ser biopsicossocial, onde todas as dimensões humanas devem ser consideradas e as atividades lúdicas surgem como parte da preocupação com essas dimensões. Portanto, pensar no ser biopsicossocial é como uma compreensão acerca do que vem a ser saúde e doença, que oferece reflexões para adicionar à prática a promoção de saúde mais voltada para o paciente e não somente ao sintoma ou à doença, ideias estas que vêm ganhando terreno na formação e na prática dos profissionais de saúde (MARQUES, 2004).

Sendo assim, a partir do exposto, o problema desta pesquisa é: “Como as atividades lúdicas estão relacionadas à vida da criança com câncer?”.

Sabendo disto, esta pesquisa tem como objetivo geral “Analisar as atividades lúdicas para as crianças com câncer”. Também se tem como objetivos específicos, “Acompanhar as vivências dos jogos-lúdicos junto às Crianças com Câncer durante as atividades do programa extensão Ludus inseridas no GAC (Grupo de Ajuda à Criança com Câncer) localizado no CEONHPE (Centro de Oncohematologia Pediátrica) nas dependências do HUOC (Hospital Universitário Oswaldo Cruz); Compreender como as atividades lúdicas perpassam a rotina antes, durante e após o tratamento das crianças com câncer a partir das falas dos sujeitos participantes nessa pesquisa realizada no GAC do hospital Universitário Oswaldo Cruz”.

A fim de compreender onde está situada essa pesquisa e a relação com os sujeitos, será seguida uma linha de diálogo dividida em alguns capítulos. No primeiro será apresentada a epistemologia do câncer em uma tríade de aspectos biológicos, psicológicos e sociais, o segundo tratará sobre a relação da infância com as atividades

lúdicas no hospital, o terceiro a metodologia da pesquisa e por último as repercussões dos jogos e brincadeiras na rotina das crianças com câncer, a partir dos discursos e das observações das vivências com as atividades lúdicas.

Espera-se com esta pesquisa entrever a relação das atividades lúdicas e as crianças com câncer em seus diferentes âmbitos, assim como sugerir alternativas de ações em que as atividades lúdicas façam parte do processo de tratamento durante a hospitalização dessas crianças com câncer, vislumbrando pensar no indivíduo enquanto ser biopsicossocial.

CAPÍTULO 1

O câncer: aspectos fisiológicos, sociais e psicológicos

É preciso deixar claro que aqui tratamos o paciente com câncer infantil, na formação do indivíduo, como ser complexo e total. Por isso, será tratado dos aspectos sociológicos, psicológicos e fisiológicos, entendendo que o indivíduo é feito dessa complexidade e que o tratamento de uma patologia não é influenciado por um só aspecto, mas por um conjunto de fatores.

Isto implica dizer que ao conceber o homem como biopsicossocial, tanto na saúde como na doença, procura-se compreendê-lo além da realidade física, sem, no entanto, negá-la, pois é indispensável a terapêutica clínica ao tratamento de doenças que estão afetando o organismo, para que se alcance a cura e reabilitação do indivíduo, sem, no entanto, deixar de levar em consideração que o bem estar também inclui implicações emocionais e sociais (MARQUES, 2004, s/p).

As repercussões do câncer infantil para a criança e para os subsistemas familiares consistem em inúmeras alterações instaladas em diversas dimensões de suas vidas, destacando-se os âmbitos que desencadeiam maiores impactos: o instrumental, o afetivo, o emocional e o físico. Tais modificações atuam sobre a sua história de vida, fazendo-os percorrer um longo caminho, marcado por intenso sofrimento e constante exigência à aceitação, adaptação e reorganização na busca por recursos de enfrentamento pessoal e conjunto com os demais sujeitos envolvidos no processo, a fim de possibilitarem o melhor desfecho para essa difícil experiência (SANTOS, 2016).

1.1 O caminho da fisiologia e o tratamento do câncer

Dessa forma, aqui se faz necessário entender o que seria o câncer enquanto fator fisiológico. O câncer é uma doença caracterizada pela perda do controle da divisão celular e pela capacidade de invadir outros tecidos, formando novos tumores (BELIZÁRIO, 2002; INCA, 2020).

No crescimento não controlado dessas células, tem-se uma massa anormal de tecido, cujo desenvolvimento é quase autônomo, persistindo dessa maneira excessiva após o término dos estímulos que o provocaram. As neoplasias correspondem a essa forma não controlada de crescimento celular e, na prática, são denominadas Tumores,

podendo ser: benignos ou malignos (INCA, 2020).

As neoplasias benignas ou os Tumores benignos têm seu crescimento de forma organizada, geralmente lento e expansivo, e apresentam limites bem nítidos. Apesar de não invadirem os tecidos vizinhos, podem comprimir os órgãos e os tecidos adjacentes. As neoplasias malignas ou os tumores malignos manifestam maior autonomia e são capazes de invadir tecidos vizinhos e provocar metástases, podendo ser resistentes ao tratamento e causar a morte do hospedeiro, ou seja, do indivíduo (INCA, 2020).

Dentro das especificações do câncer, se encontra o câncer infantojuvenil, o Instituto Nacional de Câncer (2021) relata:

O câncer infantojuvenil corresponde a um grupo de várias doenças que têm em comum a proliferação descontrolada de células anormais e que pode ocorrer em qualquer local do organismo. Diferentemente do câncer do adulto, o câncer infantojuvenil geralmente afeta as células do sistema sanguíneo e os tecidos de sustentação. Por serem predominantemente de natureza embrionária, tumores na criança e no adolescente são constituídos de células indiferenciadas, o que, geralmente, proporciona melhor resposta aos tratamentos atuais.

Logo, o câncer infantil, por sua vez, é a denominação de uma série de doenças não contagiosas, que atinge as crianças e adolescentes na faixa etária de 0 a 19 anos de idade. Em geral, aparece em forma de células modificadas que se multiplicam rapidamente e desordenadamente em algum órgão, prejudicando o seu funcionamento, e pode espalhar-se para outros órgãos formando metástases.

Além disso, segundo o Instituto Oncoguia (2017) os cânceres infantis são muitas vezes o resultado de alterações no DNA das células que ocorrem muito cedo na vida, às vezes até antes do nascimento. Ao contrário de muitos cânceres em adultos, o câncer infantil não está relacionado ao estilo de vida e a fatores de risco ambientais.

Portanto, como prevenir o câncer infantil? Para a prevenção do câncer infantil é mais complicado do que no câncer adulto, pois a maioria da causa desse tipo de câncer é por fator interno, ou seja, se origina de alterações no DNA herdadas de um dos pais, o que aumenta o risco da proliferação e desenvolvimento do câncer.

Essas mudanças estão presentes em todas as células do corpo da criança. Isto significa que as alterações podem ser encontradas por meio de testes do DNA das células do sangue ou outras células do corpo. Algumas dessas alterações estão

relacionadas apenas a um risco aumentado de câncer, enquanto outras podem provocar síndromes que também incluem outros problemas de saúde ou de desenvolvimento (ONCOGUIA, 2017).

Dessa maneira, segundo Michalowsk et al. (2012) não existem medidas efetivas de prevenção primária para impedir o desenvolvimento do câncer na faixa etária pediátrica. Como não é possível agir neste ponto, existe a prevenção secundária, ou seja, o diagnóstico precoce, tornando-se essencial para a sobrevivência da criança.

Tendo em vista adotar um comportamento o qual possa minimizar os fatores de riscos e a ocorrência do câncer, faz-se necessária atenção às crianças e aos sintomas que elas apresentam, pois quanto maior for a demora do diagnóstico mais avançada a doença, o que vai dificultar a cura desse paciente.

A responsabilidade pelo atraso pode ser do paciente, da família, do clínico, do comportamento biológico da doença, por razões socioeconômicas (sistema público ou privado de saúde, distância de centros médicos). Geralmente, quanto maior é o atraso do diagnóstico, mais avançada é a doença, menores são as chances de cura e maiores serão as sequelas decorrentes do tratamento mais agressivo (RODRIGUES; CAMARGO, 2003, s/p).

Porém, nesse contexto surgem dois aspectos muito importantes e que podem confundir tanto os familiares quanto a equipe médica: os sinais e sintomas. Visto que muitos deles são parecidos com de doenças comuns e muitas vezes essa semelhança acarreta uma maior demora para fechar o diagnóstico de câncer infantil, conseqüentemente levando à uma descoberta da doença no estágio mais avançado. Dessa forma nos relatam:

O diagnóstico precoce do câncer infantil é prejudicado pelas semelhanças dos sinais e sintomas desta patologia com doenças frequentes na infância, o que atrasa a busca por serviços médicos especializados. Muitas vezes a criança chega ao serviço pediátrico, mas os profissionais também encontram dificuldades em fechar este tipo de diagnóstico com rapidez (MALTA; SCHALL; MODENA, 2008, p.2).

Visto isso, alguns sinais e sintomas podem ser destacados segundo Michalowski et al. (2012) febre persistente sem origem determinada; emagrecimento: as neoplasias induzem catabolismo, resultando em alteração de peso de mais de 10% nos seis meses anteriores ao diagnóstico associada ou não à febre e à sudorese noturna; palidez: como manifestação da anemia; sangramentos anormais ou

hematomas espontâneos como sinais de plaquetopenia (plaquetas abaixo dos índices esperados); dor generalizada e as adenomegalias neoplásicas devem ser suspeitas quando observados gânglios de mais de 3 cm de diâmetro, endurecido.

Em relação ao tratamento do câncer infantil, irá depender do estágio em que o câncer se encontra e do seu tipo, após esse diagnóstico a equipe médica decide como prosseguirá o tratamento do paciente, podendo este ser: quimioterapia, radioterapia, cirurgia, além de outros tratamentos ou até a combinação de alguns desses, precisando da hospitalização para que o tratamento aconteça.

Apesar de existirem exceções, os cânceres infantis geralmente respondem bem à quimioterapia, uma vez que a maioria das formas de quimioterapia afeta as células que estão em desenvolvimento. O organismo das crianças geralmente se recupera mais rapidamente de altas doses de quimioterapia do que o dos adultos. O uso de tratamentos mais intensivos permite aos médicos uma melhor oportunidade de tratar a doença de forma eficaz, mas também pode levar a mais efeitos colaterais de curto e longo prazo. Os médicos fazem o possível para equilibrar a necessidade do tratamento intensivo com a redução, tanto quanto possível, dos efeitos colaterais (ONCOGUIA, 2013).

Logo o organismo de uma criança também tende a lidar melhor com a quimioterapia do que o organismo de um adulto. Entretanto, os tratamentos, como quimioterapia e radioterapia, podem provocar efeitos colaterais a longo prazo, de modo que as crianças podem precisar de uma atenção especial para o resto da vida (ONCOGUIA, 2015).

Além disso, o tratamento do câncer infantojuvenil acontece de forma que a criança necessite da hospitalização, ocasionando várias mudanças na vida dela. Sendo assim, segundo a pesquisa de Moreira, et al. (2014, p.592) “as principais mudanças no cotidiano das crianças foram a privação do contato com amigos e o abandono da escola, fatos que contribuem para o comprometimento das relações sociais da criança e para o agravamento das repercussões emocionais e psicológicas relatadas”.

Ou seja, por causa de algumas alterações ocasionadas pelo tratamento, as crianças acabam sofrendo algumas perdas, seja ela a separação dos entes queridos ou até a perda do cabelo, mas essas crianças, de uma forma geral, podem viver reprimidas, em uma “bolha” só de sofrimento por estarem doentes.

Tais condições impostas pelo tratamento do câncer demandam um tempo considerável de hospitalização, quer seja para que o tratamento seja realizado, quanto para que os cuidados necessários, quando surge uma intercorrência, sejam tomados (MOTTA; ENUMO, 2002, p.24).

Dessa forma, em muitos casos, as crianças precisam ficar internadas e vivendo no âmbito hospitalar, o que acarreta várias consequências. Sendo assim, segundo Motta e Enumo (2002) o processo de hospitalização traz consigo enorme estresse físico e emocional, fazendo com que a criança precise se adaptar a essa nova realidade, sendo assim necessária a utilização de estratégias para enfrentar esse período.

1.2 Estigma social do câncer: uma passagem histórica

Segundo Souza e Oliveira (2007) após a confirmação do diagnóstico de câncer, a criança começa a lidar com sentimentos de incerteza e medo em relação ao futuro. Por isso, segundo o Inca (2020) a atenção dada aos aspectos sociais da doença é tão importante quanto o tratamento e a criança devem receber atenção integral no que diz respeito ao contexto familiar que está inserida.

Com isso, entramos em um ponto muito importante sobre o câncer: a relação com os aspectos sociais. Um ponto que influencia muito durante o tratamento do câncer é que ele carrega um estigma social, ou seja, apresenta uma identidade danificada por uma ação social e que representa algo ruim, devendo ser evitada (GOFFMAN, 1988). E assim é a criação social do câncer: uma doença incurável.

Verifica-se, na população em geral, a presença da proliferação marcante das seguintes ideias: a) o câncer é sinônimo de morte; b) o câncer é algo que ataca do exterior e não há como controlá-lo; c) o tratamento – quer seja por radioterapia, quimioterapia ou cirurgia – é drástico e negativo e, quase sempre, tem efeitos colaterais desagradáveis (PELAEZ DÓRO et al., 2004, p.121).

Portanto, ao receber o diagnóstico o indivíduo sente que lhe foi dada uma sentença de morte, dessa maneira esse estigma que a patologia carrega, influencia diretamente na postura que a família e o paciente adotam no hospital durante o tratamento, tendo em vista que se tem uma associação da morte com o diagnóstico do câncer.

Entende-se que o estigma onde é colocado o câncer surge de muitos anos atrás em que a medicina ainda não possuía recursos tecnológicos suficientes para

medicação no tratamento do câncer, possuindo uma taxa de mortalidade bem alta, o que contribuiu para que se instalasse a cultura do câncer como incurável.

Entretanto, hoje em dia a uma realidade reversa, pois segundo o Inca (2020) nas últimas quatro décadas no tratamento do câncer infantojuvenil, houve um progresso muito grande, visto que atualmente cerca de 80% desses pacientes podem ser curados, quando diagnosticados precocemente e com tratamento adequado.

Para, além disso, segundo Silva (2008) os fatores históricos de associação do câncer com práticas destrutivas e malditas, até como encarnação de um mal absoluto, trazido pela igreja há séculos passados, transforma o câncer como uma punição ou castigo por algo que o indivíduo tenha feito. Assim como também a associação dessa doença como sendo contagiosa no século XVII.

Portanto, em toda a história, o câncer sempre esteve envolvido com questões negativas e pessimistas, o que desencadeou um pavor social contra a doença. E esse pavor é o que leva muitas pessoas a temerem o câncer e qualquer palavra que faça relação com essa doença, podendo até influenciar no processo de tratamento do paciente, pelas pressões sociais de vida e morte que são colocadas nele e suas famílias, por causa desses estigmas do câncer.

Esses fatores só fizeram ratificar o pensamento no imaginário social sobre algumas afirmações que são sustentadas por alguns até o século atual, como por exemplo: você é o culpado por estar com câncer, você poderá contaminar outras pessoas, o câncer não tem cura, você irá morrer.

Dessa forma há uma reprodução de falas sobre a relação da morte e o câncer, o que interioriza a concepção sobre essa doença ser vinculada ao óbito, advindo de um imaginário social.

Estas construções, que se manifestam através de falas particulares, são na verdade produzidas socialmente. Ou seja, o imaginário social sobre o câncer é reatualizado no nível individual, e atua sobre a subjetividade do doente produzindo efeitos de negação e alienação da doença (RASIA, 2006, p.66).

Todas essas informações negativas, podem até ocasionar um luto antecipatório da própria vida, entrando em uma discussão interior, de tudo que ficará para trás com sua morte.

Tendo em vista, que pela construção social o diagnóstico do câncer traz consigo a sensação de um atestado de óbito para os pacientes muitos não citam nem a palavra “câncer”, pelo temor que o nome ocasiona, tentando assim evitar o contato

com o simbolismo criado da doença (SILVA, 2008).

Dessa maneira, as representações sociais do câncer como o medo do diagnóstico, o medo da morte e a angústia da discriminação social impactam no enfrentamento da doença em pacientes com câncer (WINDMOLLER; MORI, 2009).

Levando em consideração, o estigma que o câncer carrega isso pode até levar ao diagnóstico demorado, pois a última coisa que os familiares querem se permitir a pensar, quando surgem os sintomas é que será câncer, por esse pavor que a doença traz consigo, com isso, conseqüentemente demoram a buscar ajuda médica pelo medo do diagnóstico.

Portanto, acaba ocasionando a demora do diagnóstico, o que pode dificultar no processo de cura, pois quanto mais precoce a descoberta dessa doença, maiores as chances de cura, logo com a “quebra” do estigma do câncer, muitas crianças poderiam ter a chance de conseguir ter uma sobrevida muito maior.

1.3 A influência dos fatores psicológicos e a relação com a família

Surgem dificuldades em relação aos fatores psicológicos, advindos também dos fatores sociais, como a ansiedade durante esse processo de diagnóstico do câncer, devido às relações do imaginário social da neoplasia com a morte.

A ansiedade e o diagnóstico de câncer permanecem juntos, visto que, vivemos num cenário onde a ideia de falecimento é encarada como tabu, e debates acerca do assunto vistos como mórbidos, tanto que taxados como impróprios para crianças, doenças como o câncer são tidas como desumanas, conseqüentemente, o seu diagnóstico dá início a uma variedade de transtornos ansiosos (VASCONCELOS; COSTA; BARBOSA, 2008, p.68).

Dessa forma, ao descobrir o diagnóstico de câncer infantil, não só a criança é afetada, como também seus familiares, tanto por uma cobrança deles de acharem que precisam fazer alguma coisa, para não deixar que o paciente com câncer venha a óbito, como também, ao pensarem no processo doloroso do tratamento que a criança vai precisar vivenciar.

Segundo Cardoso (2007, p.46) “inicialmente, um dos meios de minimizar e organizar a confusão de sentimentos que acomete os pais com o recebimento do diagnóstico do filho é desmistificar o caráter mortal do câncer.”

Sendo assim, as situações que caracterizam o tratamento do câncer infantil envolvem também a família e suas variáveis afetivas, sociais e econômicas, podendo

se constituir em uma condição de risco psicossocial tanto para o próprio paciente como para sua família (RECH; SILVA; LOPES, 2013).

Todavia, quando uma criança adoece de câncer, sua vida passa por rápida e intensa transformação, assim como o cotidiano familiar (MENEZES et al., 2007). Essa transformação se refere à criança estar em um ambiente estranho (hospitalar), com pessoas desconhecidas, passando por vários exames, medicações e procedimentos invasivos e é nesse processo que os fatores psicossociais vão definir como essa criança vai reagir durante seu tratamento.

Nesse contexto, a hospitalização se caracteriza como um estressor presente em cada uma das fases da doença e que abrange uma série de outros estressores, implicando em consequências sobre o desenvolvimento normal da criança (MOTTA; ENUMO, 2010, p.446).

A doença, especialmente na criança, é vista como perda, perda dos prazeres da infância, perda da liberdade de ser criança, perda de uma vida normal e sadia e, em se tratando do câncer, a sensação de perda é ainda mais aguçada (SOUZA et al., 2012). Perdas essas que atingem não só a criança, como também seus familiares, principalmente nos aspectos psicológicos desses sujeitos.

Segundo Cardoso (2007) quando o paciente de câncer é uma criança, não há como não falar da família, pois os danos causados pela doença também afetam seus familiares de uma forma muito intensa e este tem papel fundamental no tratamento e recuperação do paciente.

Além disso, a sensação de medo da perda acontece também com os familiares dos pacientes, pois os mesmos vão vendo a piora ou até o óbito de algumas crianças que estão passando pelo tratamento no hospital.

A partir do momento em que recebem o diagnóstico, tanto a família quanto a criança podem passar por cinco fases. Segundo Lima (1995, apud. GOMES, 2013, p.33): (1) por ocasião do diagnóstico; (2) período de remissão ou controle da doença; (3) período de recaída; (4) período quando o óbito se torna iminente e (5) apoio à família após o óbito.

Entretanto, não necessariamente esses períodos são vividos por todos os pacientes, porém a possibilidade da vivência deles, algumas vezes, atinge os familiares que acabam se deixando levar por suposições, prejudicando seu estado psicológico.

Segundo Castro (2010) na frente das crianças com câncer, eles tentam demonstrar que estão firmes, chorando escondido, sorrindo e passando uma imagem de que está tudo bem, para mostrar segurança. Porém, esse “ser forte” desses acompanhantes, acabam prejudicando seus psicológicos e provocando mais sofrimento ainda.

Para tanto, considerou que as características psicossociais da família podem ser afetadas pelo diagnóstico de câncer, interferindo no uso estratégias de enfrentamento pela criança (CAPRINI; MOTTA, 2017, p.172).

Por isso o apoio da família como pessoas que acolhem e ajudam nesse momento que o paciente terá que enfrentar o tratamento é de extrema importância para uma hospitalização menos negativa, pois eles vão ser uma rede de apoio emocional essencial para a criança.

Portanto, compreende-se que a experiência da criança com câncer no momento do diagnóstico reflete a busca por uma adaptação em meio a uma situação tão impactante. Deve-se considerar que os estressores a que a criança está submetida continuarão a atuar sobre ela e sua família por um período longo, podendo desequilibrar a relação entre as estratégias de enfrentamento positivas e negativas, e aumentar o risco psicossocial ao qual estão submetidos (CAPRINI; MOTTA, 2017, p.174).

É comum à família após receber o diagnóstico de câncer, passar por muitas das fases que são semelhantes às do próprio paciente: choque, negação, revolta, barganha, depressão e aceitação da realidade. Sobretudo, a família frente ao adoecimento pode comportar-se tanto na melhoria dando apoio ao doente quanto na sua piora (VASCONCELOS; COSTA; BARBOSA, 2008). Por isso, segundo esses autores o papel da família é tão importante durante o tratamento e hospitalização do paciente, pois os familiares são sinônimos de recuperação.

Inclusive no processo de hospitalização uma pessoa da família (na grande maioria das vezes a mãe da criança), precisa largar tudo para cuidar do seu ente querido no hospital, devido ser menor de idade e da impossibilidade de ficar sozinho internado. Esse familiar precisa deixar sua casa, seus outros filhos, seu cônjuge e toda sua rotina, acarretando várias mudanças abruptas da sua vida.

Por causa disso há muitos relatos, de separação dos pais, de falta de compreensão da ausência da mãe em casa, esquecimento dos filhos mais novos sobre quem é a sua mãe devido aos vários meses de distância, entre tantos outros

processos que esse acompanhante precisa enfrentar buscando um único objetivo: salvar a vida do seu filho.

Visto que a família de uma criança com câncer também é afetada pela doença, isso significa que a dinâmica familiar também sofre mudanças que refletem a maneira como cada membro está lidando com a situação (CARDOSO, 2007, p.35).

Com isso, muitas mães afirmam que o casamento entra em crise, pela ausência, assim como a saudade que elas ficam dos seus outros filhos, que precisam ficar em casa com algum responsável para tomar conta deles, sendo assim, além da preocupação com seu filho doente e vendo o futuro como incerto, a mãe fica ainda mais preocupada por deixar seus outros filhos em casa.

A aceitação da doença ocorre principalmente com o aumento do conhecimento que dela se adquire, de como cuidar da criança e como essa pode reagir. A família passa a se sentir segura a partir do momento em que começa a aprender a lidar com a doença do filho e sente que está realizando um bom cuidado (MALTA; SCHALL; MODENA, 2008, p.2).

Sendo através desse processo que os familiares sentem a par da doença, o que de alguma forma dá uma sensação de controle para eles, ajudando também a se sentirem mais calmos diante do tratamento.

Visto que a família se sente na responsabilidade de tomar decisões diante de algumas complicações que possam existir, por isso também é importante que esses familiares saibam como reconhecer e lidar com intercorrências do tratamento.

Segundo Gomes et al. (2013) atentar para sinais que indiquem quando uma nova crise poderá ocorrer; conhecer os efeitos do tratamento, para identificar o que e como vigiar, reconhecendo todos os sintomas que possam ser manifestados; encontram-se prontas para agir a qualquer momento, caso necessário e que sejam essenciais durante todo o processo de doença. Todos esses conhecimentos ajudam na relação psicológica da família, com a criança, por sentir mais segurança em relação ao tratamento.

Vale destacar, que a família sente muita obrigação de contribuir para que o paciente não se sinta triste nem deprimido, o que por muitas vezes isso faz com que esses parentes fiquem com uma sobrecarga emocional, podendo até ocasionar doenças psicossomáticas. Surgindo assim a importância da psicologia para o tratamento do câncer infantil, não só para as crianças, como também para sua família.

Tendo em vista que quando a patologia incide em uma criança, a comoção é muito maior, haja vista que esta representa o futuro e os pais têm a impressão de que o porvir foi abruptamente removido, os sonhos em relação ao desenvolvimento do filho sofrem interrupção (CASTRO, 2010, p.973).

Por esse fator muitos pais acabam tendo uma superproteção dos seus filhos, por insegurança e por medo pelo momento de fragilidade que eles se encontram.

Sabendo que as crianças sofrem influências negativas que envolvem duas esferas: a da própria doença, mediante o processo de adoecimento e a do agravamento do seu estado psicológico. Tal experiência tem potencial para fazer emergir sentimentos de ansiedade, medo, abandono e culpa, e isso pode levá-la a comportamentos depressivos ou agressivos (CESÁRIO et al., 2020).

O trabalho psicológico seja de apoio, aconselhamento, reabilitação ou psicoterapia individual e grupal tem facilitado à transmissão do diagnóstico, a aceitação de tratamento, o alívio dos efeitos colaterais destes, a obtenção de uma melhor qualidade de vida e, também no atendimento a pacientes sem condições terapêuticas (SILVA, 2008, p.23).

A hospitalização é um fator extremamente estressante e leva a criança a sentir alterações de humor devido à mudança de ambiente, a dificuldade de adaptação o que implica em transformações até por parte da família a qual se torna a base afetiva para o paciente (ARAÚJO; REIS, 2017). A psicologia vem trazer esse aparato ao paciente, para que ele consiga lidar com essa nova realidade.

Durante esse processo de hospitalização a criança sai do seu mundo anterior, para viver em um contexto com sofrimentos, dores e perdas, logo os desafios desses pacientes, não se encontram apenas em seguir o tratamento indicado para a doença, mas lidar com sua família e todo o seu fator psicológico, que também é afetado ao ser transportado para um local novo, em que será sua moradia por dias, semanas, meses ou até anos.

Os sentimentos de medo, preocupação, insegurança e impaciência são indicativos do sofrimento emocional e afetivo decorrente da hospitalização. Comportamentos como mau humor, desobediência e apego à mãe sugerem que o desenvolvimento social e emocional da criança também está sofrendo impactos desta hospitalização (HOSTERT; ENUMO; LOSS, 2014).

Tendo em vista que o processo de hospitalização para o tratamento do câncer infantil envolve vários fatores, os psicológicos e sociais são os que mais influenciam

para a forma como as crianças irão lidar com isso.

CAPÍTULO 2

A infância e as atividades lúdicas no ambiente hospitalar

Ao tratar das crianças precisamos também falar da infância. Por isso, aqui vamos fazer o trajeto da infância juntamente com as atividades lúdicas e sua relação com o ambiente hospitalar, fazendo um aparato sobre a infância, o conceito de ludicidade, jogo, brincadeira e a importância desses temas para as crianças com câncer que se encontram em tratamento no hospital.

De acordo com Qvortrup (2010) a infância é comumente caracterizada como um período. O período que temos em mente é relativo ao indivíduo e pode ter várias durações; de qualquer forma deve ser o período de tempo que demarca o começo e o fim da infância individual de uma pessoa. Nesse sentido, Vasconcellos e Sarmiento (2007) relatam que as distintas representações da infância se caracterizam especialmente pelos traços de negatividade, mais do que pela definição de conteúdo (biológicos ou simbólicos).

Sendo assim, de acordo com Muller e Hansen (2009) muito do pensamento da Sociologia sobre as crianças deriva do trabalho teórico sobre a socialização, que concebeu as crianças a partir das instituições e não delas próprias. As teorias tradicionais corroboram a ideia de infância como uma fase da vida associada à irracionalidade e imaturidade, além de apresentá-la como um evento universal, igual para todas as crianças.

A criança é considerada como o não-adulto e este olhar adultocêntrico sobre a infância registra especialmente a ausência, a incompletude ou a negação das características de um ser humano “completo” (VASCONCELLOS; SARMENTO, 2007, p.35).

Considerar as crianças como irracionais e dependentes dos adultos, dificulta as relações sociais. Crianças não são incompetentes, sobretudo porque vêm dominando melhor certos conhecimentos produzidos no mundo dos adultos. É o caso do domínio das novas tecnologias, internet, jogos eletrônicos, telefone portátil (MULLER; HANSEN, 2009).

Aqui chegamos a uma questão importante: a de que os adultos não têm controle total sobre a educação das crianças. Este fato já é suficiente para

perceber que as crianças também são atores sociais e aprendem para além dos ensinamentos de seus professores e familiares (MONTEIRO; DELGADO, 2014, p.110).

Desse modo, não faz sentido afirmar que a infância não é parte integrante da sociedade; ao contrário, não seria possível imaginar existirmos sem a infância, assim como a idade adulta e a velhice devem existir enquanto categorias geracionais (QVORTRUP, 2010).

É possível sintetizar que a socialização é um processo relacional envolvendo simultaneamente a internalização e a mudança da sociedade por seus membros. Internalizar significa o aprendizado e a conformação de normas que transformam as pessoas em membros de suas sociedades (MULLER; HANSEN, 2009).

Em outras palavras, a infância tanto se transforma de maneira constante assim como é uma categoria estrutural permanente pela qual todas as crianças passam. A infância existe enquanto um espaço social para receber qualquer criança nascida e para incluí-la – para o que der e vier – por todo o período da sua infância (QVORTRUP, 2010, p.637).

A infância não é a idade do não-trabalho: todas as crianças trabalham, nas múltiplas tarefas que preenchem os seus quotidianos, na escola, no espaço doméstico e, para muitas, também nos campos, nas oficinas ou na rua. Os contextos que oferecem à criança oportunidades para aprender ativamente são determinantes para que a criança possa se desenvolver de forma harmoniosa (VASCONCELLOS; SARMENTO, 2007; DIAS; CORREIA; MARCELINO, 2013).

Dessa forma, é importante que a criança esteja no ambiente escolar, tendo seu direito à educação preservado, para que possa desenvolver-se de maneira saudável, juntamente com os estímulos dos familiares com quem convive. Entretanto, hoje em dia, muitas crianças trabalham em diferentes espaços e assim acabam assumindo responsabilidades e deveres que não são próprios de uma infância, tornando-se assim um “mini-adulto”, prejudicando os aprendizados próprios dessa fase da vida.

Visto que segundo Corneto (2015) a criança deve ter como parte da sua infância o jogo e não o trabalho. De Almeida e De Melo Casarin (2002) relatam que a brincadeira é insubstituível, desde a primeira fase, para a aquisição de habilidades e hábitos sociais. Através da brincadeira, a criança pode experimentar novas situações e lhe é garantida a possibilidade de uma educação criadora, voluntária e consciente.

Brincamos/jogamos para dominar angústias e controlar impulsos,

assimilando emoções e sensações, para tirar as provas do Eu, estabelecer contatos sociais, compreender o meio, satisfazer desejos, desenvolver habilidades, conhecimentos e criatividade (FORTUNA, 2004, p.03).

De acordo com Crespi, Noro e Nóbile (2020) a Primeira Infância é a etapa da vida mais sensível para o desenvolvimento humano. Essa afirmação se baseia em evidências de que durante os primeiros anos de vida a capacidade do cérebro de modificar sua estrutura e funcionalidade em decorrência dos estímulos e experiências vivenciadas é intensa devido à neuroplasticidade. Segundo Lemos, Magiolino e Silva (2022) na primeira infância, a função que predomina é a percepção, que se vincula às emoções e a nova formação típica desse período é a linguagem. Dessa forma, é importante que existam facilitadores da aprendizagem infantil para que a criança consiga desenvolver-se durante sua infância.

Como facilitador da aprendizagem infantil, o brincar desperta a curiosidade na criança, motiva-a a realizar descobertas e a superar medos, ao mesmo tempo, permite que ela compreenda o papel das regras e combinados para o bom funcionamento das brincadeiras e das relações sociais de forma lúdica e significativa (CRESPI; NORO; NÓBILE, 2020, p.170).

Por isso, a infância se encaixa em diversas áreas, como a prática pedagógica, a sociologia, a psicologia, assim como estudar essa fase da vida contribui para a formação de professores.

[...] a naturalização da infância constitui-se um fenômeno presente tanto na produção acadêmica como na prática pedagógica e tem implicações importantes, sobretudo, no âmbito da pesquisa educacional e da formação de professores, entre as quais o tratamento dado aos conceitos de criança e infância, tidos como sinônimos, banalizando as particularidades e singularidades dessa construção histórica e cultural, tão fundamentais para uma formação crítica de professores (QUINTERIO, 2019, p.730).

Segundo Quinterio (2019) a infância é o tempo em que a criança deve se introduzir na riqueza da cultura humana histórica e socialmente criada, reproduzindo para si qualidades especificamente humanas; e a criança, sendo um ser humano de pouca idade, capaz de participar da cultura e de tomar decisões sobre assuntos de seu próprio interesse, estabelecendo interações com outras crianças, com adultos e com os artefatos humanos, sejam eles materiais ou simbólicos.

Nesse sentido, de acordo com De Almeida e De Melo Casarin (2002) é através da interação social, que a criança se utilizará de instrumentos mediadores, a fim de

transformar-se. Os problemas que lhe são apresentados, desde o nascimento, faz com que busque soluções imediatas. A diferença entre o ser humano e os outros mamíferos é a elaboração das funções psicológicas superiores, que o homem faz desde bebê. O desenvolvimento dessas funções se dá através das atividades desenvolvidas, utilizando-se de instrumentos e signos, que farão o papel de mediadores.

Nosso corpo registra todos os acontecimentos vividos durante a nossa vida, principalmente aqueles ocorridos na primeira infância, quando as formas que encontramos para nos defender ainda são precárias. Esses acontecimentos, quando estressantes e traumáticos, muitas vezes deixam no corpo marcas profundas e irreversíveis, bloqueando dessa forma a energia e impedindo a pulsação do organismo (VOLPI, 2006).

É evidente que a idade influi nos recursos de compreensão da emoção. De fato, ao crescer, as crianças tornam-se mais conscientes dos diferentes aspectos das suas experiências emocionais (FRANCO; SANTOS, 2015).

Sendo assim, os resultados das investigações realizadas pela psicologia do desenvolvimento também indicam que: 1) as crianças mostram com a idade uma clara melhoria no desempenho das diferentes componentes da compreensão emocional; 2) podem ser identificadas três fases do desenvolvimento, sendo cada uma delas caracterizada pela emergência de três das nove componentes da compreensão emocional; e 3) essas fases são consistentes nas diversas culturas (FRANCO; SANTOS, 2015).

Nesse sentido, a família tem um papel importante durante o desenvolvimento físico, cognitivo e emocional, e que esta pode tanto favorecer ou desfavorecer a criança, preparando-a emocionalmente para lidar com as frustrações cotidianas ou proporcionando-lhe um ambiente hostil e angustiante no qual pode estar presente a agressão ou a falta de diálogo e comprometimento dos familiares (SANTOS, 2009).

Por isso também a importância do apoio familiar dos acompanhantes das crianças com câncer, visto que elas estão lidando com emoções extremamente potentes e de sofrimentos, sendo assim é imprescindível a família ajudar no seu desenvolvimento emocional, além de contar com o suporte de um psicólogo.

Ao envolverem-se com os sentimentos dos filhos, os pais podem ensiná-los estratégias para lidarem melhor com os altos e baixos da vida, aproveitando os momentos frustrantes e de emoções negativas, para desde a primeira infância ensinar

aos filhos importantes lições de vida e construir um relacionamento mais próximo com eles com base no afeto e na preparação emocional (SANTOS, 2009).

Além disso, a construção de vínculos visando a alegria e satisfação desde a infância requerem ações como: a percepção das emoções da criança através de observações e diálogos; o reconhecimento da emoção como o princípio de um novo aprendizado; a compreensão e empatia pelos sentimentos identificando os motivos que a levam a senti-los e a imposição de limites durante o levantamento de hipóteses de soluções para os problemas em questão (SANTOS, 2009).

Para um desenvolvimento saudável da criança uma estratégia importante é a utilização das atividades lúdicas, pois, o brincar é uma experiência estruturante para a criança, ou seja, as experiências vividas nos jogos, brincadeiras, contos de fadas são fundamentais para o desenvolvimento psíquico da criança (ALVES; SOMMERHALDER, 2006).

Ao pensar na ludicidade, no senso comum ela é tratada como sinônimo de brincadeiras infantis assim como a associação das atividades lúdicas com a infantilidade, colocando nesses conceitos limitações sobre as suas representações, mas será que isso está correto? Por isso, vale destacar a diferença do conceito de atividade lúdica e de ludicidade.

A atividade lúdica é externa ao indivíduo e pode ser observada e descrita por outra pessoa enquanto é realizada. Pode se dar em grupo ou individualmente, apresentando variações no seu formato, determinadas por gosto, preferências, cultura, regras preestabelecidas por uma instituição ou por quem a realiza. Porém, a vivência lúdica, ou ludicidade, é interna ao indivíduo. É o estado interno que se processa enquanto o indivíduo realiza uma atividade lúdica. A atividade lúdica, como expressão externa, só será lúdica internamente se propiciar ao sujeito a sensação de plenitude, prazer e alegria (BACELAR, 2009).

Daí, as consequências: certamente que muitas de nossas práticas existenciais e sociais que afirmamos serem lúdicas não o são simplesmente devidos não gerarem um estado interno de bem-estar, alegria, prazer e plenitude. E, ao contrário, muitas outras atividades, que desconsideramos como significativas, geram em tantas outras pessoas estados internos de plenitude. A ludicidade não pode ser julgada de fora, mas só de dentro de si mesmo (LUCKESI, 2014).

Comumente se pensa que uma atividade lúdica é uma atividade divertida. Poderá sê-la ou não. O que mais caracteriza a ludicidade é a experiência de plenitude

que ela possibilita a quem a vivencia em seus atos (LUCKESI, 2005).

Por exemplo, talvez para você brincar de “boca de forno” não seja tão prazeroso quanto para a outra pessoa, pois pode ser que você tenha alguma barreira com essa brincadeira, por histórias vividas na sua infância, em que essa brincadeira lhe gerou algum sentimento negativo e com isso ela não o faz sentir pleno, logo essa atividade não vai gerar ludicidade para você.

Portanto, experiências que podem gerar o estado lúdico para um não é o que pode gerar o estado lúdico para outro, à medida que a ludicidade não pode ser medida de fora, mas só pode ser vivenciada e expressa por cada sujeito, a partir daquilo que lhe toca internamente, em determinada circunstância (LUCKESI, 2014).

Partindo desse sentido, a ludicidade acontece de forma individual e interna para cada sujeito e para uma atividade ser lúdica vai depender do sujeito que a pratica e se isso irá gerar o bem-estar para o indivíduo.

Dessa maneira, a ludicidade como experiência interna, integra as dimensões emocional, física e mental. Nesta perspectiva, ela envolve uma conexão entre o externo (objetivo) e o interno (subjetivo) e, portanto, é de relevância significativa para a vida em todas as suas fases e, especialmente, na Educação Infantil (BACELAR, 2009).

É verdade que o cuidado voltado para crianças tem mantido sua centralidade nas necessidades biológicas, desconsiderando-se as dimensões psicológica, social e emocional do indivíduo em crescimento e desenvolvimento. E os recursos lúdicos no hospital são utilizados muitas vezes apenas para funções de distração e de proporcionar conforto, porém pode contribuir mais efetivamente para a promoção da saúde, tomando esta como “biopsicossocial”, através do lúdico (OLIVEIRA; DIAS; ROAZZI, 2003; FIORETI; MANZO; REGINO, 2016).

Segundo Figueirêdo (2017) existem seis princípios lúdicos, sendo eles: alegria, diversão, gratuidade, imaginação, plenitude, liberdade. Princípios esses importantes para crianças que se encontram no ambiente hospitalar, onde muitas vezes, falta alegria, diversão e liberdade. Então por que não proporcionar essas vivências através da atividade lúdica?

De acordo Figueirêdo et al. (2021, p.7) “entendemos que as aulas que se fundamentam no lúdico geram mais prazer, pois possibilitam que as crianças se sintam incluídas, alegres, ou seja, motivadas à participação.”

Nesse sentido, a atividade lúdica se torna uma possibilidade para que as

crianças no ambiente hospitalar consigam viver experiências o mais próximo possível da normalidade de uma infância saudável, assim como vivências que contribuam para o desenvolvimento infantil e os aprendizados, apesar do tratamento de câncer.

Nesse íterim a participação em uma atividade lúdica (brincadeira, dança, jogo, desenho, canto) não significa necessariamente que esteja sendo uma vivência lúdica para a criança, ou seja, uma vivência plena, de inteireza e de integração do sentir, pensar e agir (BACELAR, 2009). Visto que brincar, jogar, agir ludicamente, exige uma entrega total do ser humano, corpo e mente, ao mesmo tempo. A atividade lúdica não admite divisão; e, as próprias atividades lúdicas, por si mesmas, nos conduzem para esse estado de consciência (LUCKESI, 2005).

O que a ludicidade traz de novo é o fato de que o ser humano, quando age ludicamente, vivencia uma experiência plena. Com isso, queremos dizer que, na vivência de uma atividade lúdica, cada um de nós estamos plenos, inteiros nesse momento; nos utilizamos da atenção plena (LUCKESI, 2005).

No ambiente hospitalar, a criança, frequentemente para ou limita sua atividade lúdica, por razões de ordem física ou psicológica, durante a internação, restringindo ainda mais suas possibilidades de comunicação (CASARA; GENEROSI; SGARBI, 2007).

Essa limitação das atividades lúdicas prejudica o desenvolvimento da criança, pois, segundo Chateau (1987) uma criança que não sabe brincar será um adulto que não saberá pensar, sendo assim, jogar e brincar são imprescindíveis para que a criança se desenvolva.

Nessa concepção, é possível entender que o ambiente influencia o desenvolvimento da criança que se encontra em tratamento prolongado, pois, ao longo do tempo, o ambiente em que ela está inserida passa a funcionar como organizador e a disponibilizar tanto os recursos quanto os constrangimentos ao seu desenvolvimento naquele contexto (TRAJANO; GALINHA; CRUZ, 2017, p.24).

Por meio do lúdico há o desenvolvimento das competências de aprender a ser, aprender a conviver, aprender a conhecer e aprender a fazer; desenvolvendo o companheirismo; aprendendo a aceitar as perdas, testar hipóteses, explorar sua espontaneidade criativa, possibilitando o exercício de concentração, atenção e socialização (MODESTO; RÚBIO, 2014).

E a atividade lúdica está interligada com o jogar, o brincar e o brinquedo. Entendemos essas três dimensões de acordo com Kishimoto (1998, p.7):

Brinquedo será entendido sempre como objeto, suporte de brincadeira, brincadeira como a descrição de uma conduta estruturada, com regras e jogo infantil para designar tanto o objeto e as regras do jogo da criança (brinquedo, brincadeira).

Segundo Kishimoto (1998) é a função lúdica que atribui o estatuto de brinquedo ao objeto fabricado pela indústria de brinquedo ou a qualquer outro objeto. Portanto, o brinquedo vai ser aquele objeto que tem uma função lúdica e que serve de suporte para a brincadeira. Em relação ao jogo segundo a mesma autora:

Dar-se-á preferência ao emprego do termo jogo, quando se referir a uma descrição de uma ação lúdica envolvendo situações estruturadas pelo próprio tipo de material, como xadrez, trilha e dominó. Os brinquedos podem ser utilizados de diferentes maneiras pela própria criança, mas jogos como o xadrez (tabuleiros, peças) trazem regras estruturadas externas que definem a situação lúdica (KISHIMOTO, 1998, p.7).

Logo, aqui consideramos tanto a brincadeira quanto o jogo, enquanto atividades lúdicas, porém cada uma delas possuem características diferentes como explicitado.

As atividades lúdicas possuem uma característica importante que é a imaginação, que de acordo com Figueirêdo et al. (2021) a fantasia e a imaginação permitem que o pensamento das crianças, criem dimensões desconhecidas até por eles. São essas dimensões que permitem uma transposição das barreiras do adoecimento, ao adentrar no mundo lúdico.

É importante destacar que na manifestação do brincar no ambiente hospitalar há uma valorização da expressão de pensamento e de sentimentos, em detrimento do movimento (CARVALHO et al., 2020, p.310).

Na visão sócio interacionista, a aprendizagem, o ensino e o desenvolvimento são vistos como etapas distintas, mas relacionadas entre si, onde cada um depende da superação do outro, onde a aprendizagem desencadeia o desenvolvimento que desencadeia a aprendizagem (DE ALMEIDA; DE MELO CASARIN, 2002).

É preciso desenvolver as diversas linguagens da criança e as diferentes inteligências, para que se ampliem suas capacidades cognitivas, e o movimento é uma delas, acompanhado da ludicidade, sempre. Devem-se considerar os quatro tópicos fundamentais, que são: Interação, Ludicidade, Imaginação e Reiteração (CORNETO, 2015, p.87).

Segundo De Almeida e De Melo Casarin (2002), a partir da visão sócio

interacionista o homem é um ser geneticamente social. Desta forma, o crescimento intelectual ocorre a partir da apropriação de conhecimentos culturais, conseqüentemente, dos processos de ensino e aprendizagem. Não basta estar em grupo para que ocorra a aprendizagem, o ensino ou o desenvolvimento. É necessário que ocorra interação entre os membros do grupo.

Além disso, não podem gerar efetiva ludicidade as atividades que geram desconfortos para o outro, seja de que forma for. A ludicidade, na vida gregária e coletiva, a qual nos configura como seres humanos têm como pano de fundo “viver juntos”; todos – todos, ninguém de fora – tendo um lugar, o que implica que cuidemos do nosso estado lúdico sem que descuidemos de que o outro também possa viver seu estado lúdico. A ludicidade tem a ver com experiência interna pessoal, e, ao mesmo tempo e conseqüentemente, com experiência interna coletiva (LUCKESI, 2014).

Trabalhar essa forma de partilhar com o outro, coletivamente, se torna de grande relevância para as crianças com câncer, pois devido ao tratamento elas ficam muito mais autocentradas, por exemplo, não querem dividir os brinquedos ou participar dos jogos cooperativos que necessitam dos trabalhos em equipe. Nesse sentido, a atividade lúdica contribui para que a experiência interna se torne experiências coletivas, independente de qual criança esteja participando.

Ao pensar que no período de hospitalização, as crianças precisam sentir incluídas em atividades, para que esse período seja mais próximo possível da sua realidade, antes do tratamento, principalmente as crianças que possuem alguma deficiência advinda do câncer, como também serem estimuladas a participar das atividades, apesar dos efeitos colaterais ocasionados pelas medicações e a atividade lúdica é uma ótima estratégia para isso, tendo em vista que é possível incluir a todos, contribuindo para o processo de interação social.

Através da interação social, a criança se utilizará de instrumentos mediadores, a fim de transformar-se. Os problemas que lhe são apresentados, desde o nascimento, faz com que busque soluções imediatas (DE ALMEIDA; DE MELO CASARINI, 2002, p.02).

Um dos meios para que haja a interação social, junto com o desenvolvimento e o processo de ensino-aprendizagem, através do contato com a cultura das crianças é a atividade lúdica, pois de acordo com Brougère (1998) as atividades lúdicas desde o primeiro contato (quando a criança assiste e interpreta a brincadeira) até sua prática (quando a criança reproduz, ressignificando essa brincadeira) são modos de a criança

inscrever-se na cultura. Não só na cultura geral, de sua sociedade, mas também na cultura que vivencia entre seus pares – outras crianças da mesma ou de diferentes idades.

A criança humaniza-se à medida que se apropria da cultura produzida pela humanidade. Nesse sentido, a infância é singular – e não plural – e comum a todas as crianças. As condições sociais em que as crianças vivem as suas infâncias é que são diversas, plurais, marcadas pelas relações sociais e pelas condições de classe. Participar, brincar e aprender são direitos e processos indissociáveis que devem estar presentes na escola se entendermos a educação como processo de humanização e socialização da criança (QUINTERIO, 2019, p.731).

Nesse processo de humanização e socialização, surge também a cultura lúdica, que se apodera de elementos da cultura do meio-ambiente da criança para aclimatá-la ao jogo. A cultura lúdica não está isolada da cultura geral. Essa influência é multiforme e começa com o ambiente, as condições materiais. As proibições dos pais, dos mestres, o espaço colocado à disposição da escola, na cidade, em casa, vai pesar sobre a experiência lúdica. A ludicidade é o processo no qual a criança está inserida nas suas relações sociais e culturais. (BROUGÈRE, 1998; DOS SANTOS; AMARAL; DA SILVEIRA, 2022).

Experimentamos jogos, brinquedos e brincadeiras tradicionais e/ou antigas porque isto nos dá um senso de continuidade, permanência e pertencimento, mergulhando-nos na História e reportando-nos aos nossos antepassados e sua cultura (FORTUNA, 2004, p.03).

Nesse sentido é possível afirmar que a criança não vive o brincar apenas de maneira subjetiva, mas o interpreta e significa tendo como base as experiências anteriores que vivenciou com outras pessoas ou outros objetos (MONTEIRO; DELGADO, 2014).

Percebe-se, ao longo da história, a evolução da importância do brincar, de um simples ato de lazer para uma contribuição na área cognitiva auxiliando no processo de aprendizagem e na construção de referenciais de mundo. Um brinquedo, uma brincadeira, um jogo, é tanto melhor quanto mais engendra mistério e oportuniza a ação (física ou mental). Assim, as condições em que é possível brincar são aquelas em que o indivíduo que brinca é sujeito da brincadeira, e não mero espectador, passivo, como também é provocado, desafiado (DE ALMEIDA; DE MELO CASARIN, 2002; FORTUNA, 2004).

Houve uma preocupação com a moral, a saúde e o bem comum e passou-se a elaborar propostas baseadas no jogo especializado, de acordo com a idade e o desenvolvimento da criança. Foi com a ruptura do pensamento romântico que se deixou de ver a brincadeira apenas como um ato lúdico. Ela passou a ser valorizada no espaço educativo (DE ALMEIDA; DE MELO CASARINI, 2002, p.01).

A atividade lúdica é onde fazemos avançar o raciocínio desenvolvendo o pensamento, justamente por pressupor ação, provoca a cooperação e a articulação de pontos de vista, estimulando a representação e engendrando a operatividade. As interações que oportuniza favorecem a superação do egocentrismo, desenvolvendo a solidariedade e a empatia e podem introduzir, através do compartilhamento de jogos e brinquedos, novos sentidos para a posse e o consumo. Por meio do lúdico os pais e educadores devem promover momentos divertidos e prazerosos, nos quais a criança aprenda brincando e seja educada tanto para o movimento como para o não-movimento. Devem promover também um processo amplo de construção de sentidos, proporcionando momentos de exploração da capacidade de expressão livremente, fazendo com que a criança se torne ativa em relação às atividades propostas, fazendo comparações com sua vida cotidiana (FORTUNA, 2004; CORNETO, 2015).

Por consequência, a ideia do jogo como instrumento de aprendizagem é pertencente apenas aos adultos. Portanto, é possível inferir que para as crianças o jogo seja uma busca pelo próprio prazer proporcionado por ele e não necessariamente uma busca baseada no seu utilitarismo pedagógico (MONTEIRO; DELGADO, 2014, p.110).

Segundo Dos Santos, Amaral, Da Silveira (2022) como a ludicidade não tem uma atividade singular a ser trabalhada, os métodos e estratégias motivadoras são diversos. Podendo buscar, por exemplo, música, arte, teatro e atividades lúdicas que envolvam o movimento do corpo. Esse movimento pode acontecer aleatoriamente ou de forma intencional dependendo das estratégias usadas pelo professor.

De fato, a infância é um tempo para brincar. É um espaço em que a criança pode experimentar, descobrir, criar e recriar experiências e saberes sobre si própria e sobre o mundo que a cerca. A ludicidade é uma prática pedagógica que deve estar sempre presente na educação infantil para a construção da autonomia e reconhecimento da imagem corporal das crianças (ALVES; SOMMERHALDER, 2006; DOS SANTOS; AMARAL; DA SILVEIRA, 2022).

A educação lúdica contribui e influencia na formação da criança, possibilitando um crescimento sadio, um enriquecimento permanente, integrando-se ao mais alto espírito democrático enquanto investe em uma produção séria do conhecimento. A sua prática exige a participação franca, criativa, livre, crítica, promovendo a interação social e tendo em vista o forte compromisso de transformação e modificação do meio (ALMEIDA, 1995, p. 41).

Segundo Piaget (1971) o desenvolvimento da criança acontece por meio do lúdico, pois, por meio deste universo a criança se satisfaz, realiza seus desejos e explora o mundo ao seu redor. Dessa forma é importante proporcionar às crianças atividades que promovam e estimulem seu desenvolvimento global, considerando os aspectos da linguagem, do cognitivo, afetivo, social e motor.

Através dos jogos e brincadeiras observa-se grande desenvolvimento, a partir da manipulação de materiais variados, a criança passa a reconstruir a realidade que vive, reinventa coisas e objetos o que consiste num grande processo de assimilação e acomodação. Com isso, a criança através do brincar evolui internamente, transformando pouco a pouco esse processo em conhecimento, resultando num equilíbrio pessoal do mundo físico e social (MODESTO; RUBIO, 2014).

Visto que é possível constatar que o desequilíbrio orgânico, provocado por uma doença que exige períodos de internação, traz limitações dos espaços físicos e sociais. Esse processo é particularmente agressivo quando atinge a infância, por restringir as oportunidades educacionais no principal período do desenvolvimento do sujeito (ROLIM, 2015, p.140).

Ao pensar nas crianças com câncer no hospital, uma resposta ao tratamento pode surgir de várias vertentes, inclusive da educação e ao manter a criança ativa na sua rotina de aprendizagens, pois ela consegue ter um estímulo para reagir à internação, melhorando sua qualidade de vida.

Segundo Silva e Piovesan (2018) compreende-se que as atividades lúdicas auxiliam no desenvolvimento da criança, pois mesmo em processo de hospitalização esta não deixa de se desenvolver, seja físico ou mentalmente, independente do período em que se encontra internada.

Durante a hospitalização, a criança apresenta dificuldade em suportar sofrimento físico, a limitação da atividade motora (por causa da sua permanência no leito), as dietas alimentares necessárias ao tratamento e os procedimentos clínicos, muitos deles dolorosos e traumatizantes. Somando-se a isso a saudade de casa, dos amigos, da família, da escola, dos brinquedos e das brincadeiras que ela “deixa para trás” e a necessidade de adaptar-se a um ambiente novo e diferente. o brincar no hospital aparece

como um “salva-vidas”, um meio de a criança resgatar as brincadeiras, que realizava em casa e na rua; expressar e desenvolver habilidades psicomotoras; resgatar sentimentos mais íntimos; vivenciar momentos alegres e prazerosos individualmente e em grupos (SILVA, 2008, p. 127).

Desta forma, a contribuição das atividades pedagógicas para a saúde da criança enferma passa por acionar o lúdico como canal de comunicação, procurando tornar o ambiente hospitalar menos hostil, resgatando sensações da infância vivida anteriormente à sua entrada no hospital (FONTES, 2015).

Também é pertinente que o profissional crie um ambiente atrativo e motivador capaz de possibilitar interesse, estímulo à criatividade, a oralidade e expressividade, o desenvolvimento da imaginação e uma alegria contagiante às crianças, e, principalmente, que condicione momentos lúdicos (PESSOA; FONTE; SOUZA, 2012, s/p).

Assim, promover o brincar no hospital favorece o desenvolvimento infantil e torna o ambiente menos aversivo e mais próximo da realidade da criança, já que esse tipo de recurso pode ser efetivo como fator de proteção, ao estimular a resiliência da criança (HOSTERT; ENUMO; LOSS, 2014).

Nesse sentido existe também uma associação entre brincar e crescimento. Tanto no sentido de estimulação do desenvolvimento motor, cognitivo, afetivo, da aprendizagem; como crescimento no sentido de possibilidade de viver, manter-se vivo como ser ativo (MITRE; GOMES, 2004, p.152).

É preciso lembrar que a criança doente não deixa de ser criança e que seu desenvolvimento prossegue ocorrendo mesmo estando debilitada do ponto de vista clínico e internada em um hospital (VIERO et al., 2014).

Dessa forma, ao tratar a atividade lúdica para as crianças com câncer também colocamos nessa ação a aprendizagem da infância que não deve se perder, apesar do ambiente que está inserida, pois a mesma criança que estava na escola é a criança que agora está hospitalizada.

Sendo assim, a atividade lúdica pode ser uma forma de ajudar nesse processo. Considerando que o brincar é típico da infância, ninguém melhor do que as próprias crianças para compartilharem entre si experiências lúdicas no hospital (MOTTA; ENUMO, 2010).

O brincar tem um papel de grande relevância para o desenvolvimento infantil, vez que auxilia na construção do conhecimento e quando desenvolvido no ambiente hospitalar contribui para trazer de volta a autoestima da criança

enferma e, conseqüentemente, ajuda na sua recuperação, já que brincando, ela se expressa naturalmente expondo suas ideias, pensamentos, sentimentos, alegrias, tristezas, conflitos que tem com o mundo exterior, bem como com o seu mundo interior (PESSOA; FONTE; SOUZA, 2012, s/p).

Desse modo, compreendemos que o brincar, assim como o educar, se constitui direitos essenciais na vida da criança, que devem ser assegurados pelo Estado, pela família e pela sociedade (PESSOA; FONTE; SOUZA, 2012).

De acordo com Cardoso (2011), as aprendizagens contribuem para que a internação não seja um processo tão prejudicial ao desenvolvimento infantil, assim, aprender a conhecer se torna para a criança hospitalizada uma continuidade da sua vida fora do hospital onde ela compreende que a vida continua mesmo depois da internação e vai aprendendo através da atividade lúdica.

A atividade lúdica é um facilitador de educação em saúde que pode influenciar a criança em seus aspectos psicossociais, ela tem como premissa um cuidado diferenciado por meio de brincadeiras, jogos e atividades divertidas que proporcione a criança uma assistência mais humanizada. A mesma serve como um estímulo ao paciente para conseguir enfrentar a enfermidade em seus diferentes aspectos (ARAÚJO; SILVA, 2017, p.125).

Segundo Ortiz e Freitas (2001) a educação pode assumir um papel como proposta recriadora, já que ela resgata a possibilidade de a criança levar com a opção de "brincar" com o conhecimento e fazê-lo um instrumento de autonomia e reconstrução de sua vida.

O lúdico e o brincar são importantes para a formação saudável da criança, influenciando no seu vocabulário, desenvolvimento cognitivo, psicomotor e socioafetivo, através de jogos, brinquedos e brincadeiras que desempenham um papel fundamental na construção da personalidade da criança (SILVA; PIOVESAN, 2018, p.205).

O ambiente escolar é parte da rotina infantil, e a hospitalização altera o mundo conhecido da criança. No caso específico do tratamento do câncer, o afastamento escolar é inevitável, mas permanece a necessidade de desenvolvimento, a aprendizagem e a garantia de qualidade de vida da criança (ROLIM, 2015).

Tendo em vista que o desenvolvimento da criança é contínuo (físico e mental) e isso não é cessado no seu internamento, o brincar e o jogar também assumem um papel de auxiliar nesse desenvolver da criança hospitalizada com câncer, além da distração que acontece com as atividades lúdicas e a promoção da alegria, prezando assim para a saúde global da criança.

Observa-se a necessidade de atividades lúdicas pedagógicas nesse ambiente, favorecendo no processo de desenvolvimento da criança e amenizando o desconforto, que muitas vezes, é acometida no hospital (SILVA; PIOVESAN, 2018).

Através dos jogos e brincadeiras essas experiências podem ser ressignificadas, pois segundo Alves e Sommerhalder (2006) brincando de 'como se' a criança amarra passado, presente e futuro na tentativa de dar sentido às experiências vividas na realidade, ou seja, ao brincar a criança inventa e constrói um cenário onde faz circular seu desejo e dá sentido às experiências vividas por ela.

E no brincar, as respostas não estão prontas, pois precisam ser elaboradas a partir de cada situação que se apresenta, ou seja, é descoberta, espírito investigativo, criação, recriação. No brincar está presente a dimensão de risco, do prazer da surpresa e da curiosidade, numa aventura que convida constantemente o brincante a rever e a produzir (ALVES; SOMMERHALDER, 2006). Contribuindo para a sua construção enquanto indivíduo, como ser capaz de resolver problemas, respeitar limites e a lidar com seus sentimentos.

Portanto, o brincar é indispensável como aprendizagem, principalmente para a criança, pois potencializa a exploração e a construção do conhecimento (ALVES; SOMMERHALDER, 2006).

Quem nunca brincou quando criança? Difícil encontrar alguém que responda negativamente essa pergunta. Jogos e brincadeiras (esconde-esconde, pular corda, pega-pega, futebol, brincar de casinha, entre outras) são atividades que permeiam o cotidiano de crianças, adolescentes e adultos: quem não se lembra das brincadeiras da infância ou dos jogos da adolescência. Quando adultos nada mais fazemos do que trocar as brincadeiras da infância por outras atividades, coerentes com essa nova realidade como os esportes, mas que preservam na essência seu caráter lúdico (ALVES; SOMMERHALDER, 2006).

De acordo com Trajano, Galinha e Cruz (2017) o lúdico é parte complementar da importância dada ao tratamento médico, considerando assim que as atividades lúdicas e educativas fazem parte de recursos culturais e sociais que viabilizam as crianças a se relacionarem com o contexto do tratamento que estão inseridas.

Pensando na criança com câncer, que pode ter uma privação das atividades lúdicas durante o tratamento, a infância fica muito mais vulnerável ao não desenvolvimento, porém a utilização dessas atividades no ambiente hospitalar é uma alternativa para que esse processo aconteça e a criança não fique estagnada no seu desenvolvimento.

Com isso, é preciso levar em consideração que a criança precisa continuar brincando e jogando para o seu desenvolvimento e crescimento físico e mental. Portanto, o hospital não pode ser o ambiente em que esse desenvolvimento vai ser cessado. Sendo assim, intervir com a atividade lúdica é contribuir para que essas crianças hospitalizadas continuem no seu processo de desenvolvimento e aprendizagem, levando em consideração também que a ludicidade está presente a partir do estado de plenitude do indivíduo.

Dessa forma, podemos considerar que o que caracteriza o jogo é menos o que se busca do que o modo como se brinca, o estado de espírito com que se brinca. Isso leva a dar muita importância à noção de interpretação, ao considerar uma atividade como lúdica (BROUGÈRE, 1998).

O aspecto lúdico torna-se importante instrumento na mediação do processo de aprendizagem, principalmente das crianças, pois elas vivem num universo de encantamento, fantasia e sonhos onde o faz de conta e realidade se mistura, favorecendo o uso do pensamento, a concentração, o desenvolvimento social, pessoal e cultural, facilitando o processo de construção do pensamento (MODESTO; RUBIO, 2014).

Através de uma vivência lúdica, a criança está aprendendo com a experiência, de maneira mais integrada, a posse de si mesma e do mundo de um modo criativo e pessoal. Assim, a ludicidade, como uma experiência vivenciada internamente, vai além da simples realização de uma atividade, é na verdade a vivência dessa atividade de forma mais inteira (BACELAR, 2009).

Destacando que segundo Santin (2001) durante as atividades lúdicas, existe a característica de plenitude, portanto não existe espaço para outra coisa, senão a atividade.

Enquanto estamos participando verdadeiramente de uma atividade lúdica, não há lugar, na nossa experiência, para qualquer outra coisa além dessa própria atividade. Não há divisão. Estamos inteiros, plenos, flexíveis, alegres, saudáveis. Poderá ocorrer, evidentemente, de estarmos no meio de uma atividade lúdica e, ao mesmo tempo, estarmos divididos com outra coisa, mas aí, com certeza, não estaremos verdadeiramente participando dessa atividade. Estaremos com o corpo aí presente, mas com a mente em outro lugar e, então, nossa atividade não será plena e, por isso mesmo, não será lúdica (SANTIN, 2001, p.2).

Nessa perspectiva, a vivência se dá nos níveis corporal, emocional, mental e social, de forma integral e integrada. Esta experiência é própria de cada indivíduo, se

processa internamente e de forma peculiar em cada história pessoal. Portanto, só o indivíduo pode expressar se está em estado lúdico (BACELAR, 2009).

Sendo muito importante essa dimensão de estar inteiro e total na atividade, ao tratar de crianças com câncer que estão no ambiente hospitalar, pois ao estarem imersas na atividade, não irá sobrar espaço para as preocupações, incertezas e demandas negativas vivenciadas no tratamento, a única demanda é a vivência lúdica e o momento que está acontecendo. Caso contrário a atividade não será plena e logo, não será uma vivência lúdica.

Dessa forma, ao participar de atividades lúdicas, de forma plena, com a mente apenas na atividade, a criança consegue estar saudável e alegre. Logo, apesar do ambiente hospitalar e a doença que estão enfrentando, naquele momento, poderá haver plenitude.

Assim dentre as atividades lúdicas, destacamos o jogo que contribui para que elas possam se evadir da vida “real”, vida essa, nesse período, de sofrimentos ocasionados pelo tratamento agressivo do câncer, logo, transpor esse sofrimento para uma nova realidade durante o momento de jogar, faz com que o jogo seja um elemento importante, para o tratamento, por levá-las ao mundo da imaginação em uma realidade criada por elas.

Segundo Chateau (1987) a infância tem como objetivo o treinamento por meio do jogo, das funções tanto psicológicas, quanto psíquicas, sendo ele, o centro da infância. Pensando sobre o jogo, Piaget (1973, p.160) nos afirma:

O jogo é, portanto, sob suas duas formas essenciais de exercício sensório-motor e de simbolismo, uma assimilação da real à atividade própria, fornecendo a esta seu alimento necessário e transformando o real em função das necessidades múltiplas do eu. Por isso, os métodos ativos de educação das crianças exigem todos que se forneça às crianças um material conveniente a fim de que jogando, elas cheguem assimilar às realidades intelectuais que, sem isso, permanecem exteriores a inteligência infantil.

O jogo se torna mais atrativo para as crianças no hospital, pela oportunidade de sair da rotina hospitalar, ainda mais para sorrir, se divertir e estar interagindo com outras crianças e profissionais, levando em consideração que o seu dia a dia é marcado pela internação, ou seja, dentro de uma enfermaria sem grandes interações. E o jogo possui esse espaço para a construção do individual, ajudando na assimilação e desenvolvimento de cada criança.

Pelo jogo ela desenvolve as possibilidades que emergem de sua estrutura particular, concretiza as potencialidades virtuais que afloram sucessivamente à superfície do seu ser, assimila-as e as desenvolve, une-as e as combina, coordena o seu ser e lhe dá vigor (CHATEAU, 1987, p.14).

Se a criança não joga, ela não se desenvolve, ela não se torna grande, apenas cresce e a possibilidade de uma criança no hospital não jogar é extremamente grande, devido às suas restrições do tratamento.

Ao contar com a contribuição da atividade lúdica no tratamento, a criança consegue ter um maior desenvolvimento das suas questões sociais. Segundo Conceição (2016) os jogos têm importância fundamental para o desenvolvimento social, emocional e intelectual do ser humano, ou seja, no desenvolvimento das habilidades cognitivas e sociais, quanto para elaboração de experiências desagradáveis provocadas pela hospitalização e afastamento de suas rotinas, pois ao jogar é possível transpor limites, aventura-se e descobrir o próprio eu.

Uma das formas para isso é através do jogo educativo, que segundo Kishimoto (1998) precisa ter duas funções equilibradas, a função lúdica (diversão e prazer), função educativa (o jogo ensina algo que complete o indivíduo em seu saber, conhecimentos e sua apreensão do mundo).

O equilíbrio entre as duas funções é o objetivo do jogo educativo. Entretanto, o desequilíbrio provoca duas situações: não há mais ensino, há apenas jogo, quando a função lúdica predomina ou, o contrário, quando a função educativa elimina todo hedonismo, resta apenas o ensino (KISHIMOTO, 1998, p.19).

O jogo educativo é uma ótima ferramenta para o ensino, principalmente ao considerar crianças no hospital, que não tem muita oportunidade de aprendizado, pelo foco da sua vida está todo voltado para a doença e a cura dela.

De acordo com Kishimoto (1998) o jogo educativo tem dois sentidos, o amplo como material ou situação que permite a livre exploração em recintos organizados pelo professor, visando o desenvolvimento geral da criança e o sentido restrito, que exige ações orientadas com vistas à aquisição ou ao treino de conteúdo específicos ou de habilidades intelectuais, no segundo caso, recebe também o nome de jogo didático.

No jogo, as formas, os resultados são, senão imprevisíveis, pelo menos incertos. É a restauração dos possíveis como sendo alternativas prováveis de acontecer, enquanto opções resultantes de decisões de vontades conscientes, mas sujeitas à aleatoriedade da mera casualidade. Estamos

diante da certeza do que pode vir a acontecer (SANTIN, 2001, p.130).

Além disso, ao movimentar o corpo e buscar soluções a criança inventa brincadeiras e estratégias, assim, constitui o seu eu, sua imaginação e seus pensamentos. Quando há qualidade na atividade lúdica e envolvimento por parte da criança, melhor poderá ser seu desenvolvimento cognitivo. O professor não pode também excluir a dimensão lúdica do brincar; as atividades lúdicas possuem dupla função: o lúdico e o educativo. É necessário o educador aliar o caráter lúdico da atividade, ou seja, o divertimento e o prazer a outras como desenvolvimento afetivo, cognitivo, social e moral (MODESTO; RUBIO, 2014).

Além disso, através de algumas características sobre o jogo, elucidadas por Huizinga (2000) como a liberdade e a imersão em uma nova realidade é possível que as crianças com câncer no hospital vivenciem o desenvolvimento das suas funções.

O fato de ser livre, de ser ele próprio liberdade. Uma segunda característica, intimamente ligada à primeira, é que o jogo não é vida "corrente" nem vida "real". Pelo contrário, trata-se de uma evasão da vida "real" para uma esfera temporária de atividade com orientação própria (HUIZINGA, 2000, p.14).

Essas duas características no processo de hospitalização são de grande importância. A primeira, tendo em vista que essas crianças estão durante dias, semanas, meses ou até anos no hospital e com isso, muitas vezes, as oportunidades de liberdade, de colocar na ação seus sentimentos e desejos é escasso nesse processo, por isso o jogo se torna uma possibilidade para que haja essa vivência. A segunda, tendo em vista que ao jogar a criança se submete ao mundo do imaginário, de acordo com Camacho (2006) isso faz com que ela possa expressar-se com liberdade e espontaneidade, inclusive registrando em cores e formas sentimentos, durante os jogos, que muito provavelmente não conseguiria explicar com palavras, porém nesse momento, isso fica disponível e aberto.

No jogo está presente a ideia de liberdade e espontaneidade; a ideia de acaso e de aleatoriedade. Não existe a necessidade e o determinismo do preestabelecido ou do pré-fixado (SANTIN, 2001, p.129).

Nesse sentido, ao lidar com as situações problemas originados dos jogos, as crianças precisam tomar decisões para resolvê-las, utilizando-se da liberdade, assumindo assim o protagonismo da sua vida, sendo livres para usar da sua espontaneidade.

Visto que devido ao câncer, as crianças acabam ficando muito retraídas, inclusive perdendo, em alguns casos a possibilidade de fazer escolhas, sejam elas de brinquedos ou horário de comer. Porém, ao jogar essas crianças fazem suas escolhas, baseadas naquilo que elas trazem consigo de vivências.

A atividade lúdica torna-se um espaço de reelaboração do conhecimento vivencial e constituído com o grupo ou individualmente e a criança passa a ser a protagonista de sua história social, o sujeito da construção de sua identidade, buscando uma auto afirmação social, dando continuidade nas suas ações e atitudes, possibilitando o despertar para aprender (MODESTO; RUBIO, 2014).

Para a criança com câncer é essencial seu entendimento como protagonista da sua história, pois devido à patologia ela pode criar uma consciência que o protagonismo da sua vida é o câncer, por ele ser o centro da sua realidade, no momento do tratamento hospitalar. Portanto, através da atividade lúdica a criança assume o papel principal na sua história, ao realizar suas próprias decisões ao jogar, por exemplo.

É também no jogar que a criança constrói sua identidade, conquista sua autonomia, aprende a enfrentar medos e descobrem suas limitações, expressa seus sentimentos e melhora seu convívio com os demais, aprende a entender e agir no mundo em que vive com situações do brincar relacionadas ao seu cotidiano compreende e aprende a respeitar regras, limites e os papéis de cada um na vida real; há a possibilidade de imaginar, criar, agir e interagir, auxiliando no entendimento da realidade (MODESTO; RUBIO, 2014).

O jogo distingue-se da vida "comum" tanto pelo lugar quanto pela duração que ocupa. É esta a terceira de suas características principais: o isolamento, a limitação. É "jogado até ao fim" dentro de certos limites de tempo e de espaço. Possui um caminho e um sentido próprios (HUIZINGA, 2000, p.15).

Apesar da liberdade existente no jogo, ele é formado por determinações do espaço, das regras e de limites, ou seja, o jogo tem início, meio e fim definidos. Para Santin (2001, p.116) "é bom lembrar, ainda, que a ludicidade não pode ser entendida como alguma coisa à-toa, algo feito de qualquer jeito sem nenhuma regra".

Para outra característica do jogo, está o isolamento, que perpassa pela "fuga" da realidade. Esse isolamento acontece devido à absorção do jogador de maneira intensa e total pelo jogo, pois dessa forma, o mesmo, está totalmente inteiro no ato de jogar, que se insere no seu próprio mundo, isolado.

Reina dentro do domínio do jogo uma ordem específica e absoluta. E aqui chegamos a sua outra característica, mais positiva ainda: ele cria ordem e é ordem. Introduce na confusão da vida e na imperfeição do mundo uma perfeição temporária e limitada, exige uma ordem suprema e absoluta: a menor desobediência a esta "estraga o jogo", privando-o de seu caráter próprio e de todo e qualquer valor (HUIZINGA, 2000, p.16).

Visto que as crianças com câncer estão acometidas com uma doença que tem vários tabus envolvidos e consequências graves, como a morte, os familiares acabam não colocando limites nas suas ações. Dessa maneira, por muitas vezes, deixam as crianças fazerem o que quiserem, aceitando todas as suas vontades. Portanto, a obediência às regras e as ordens do jogo, contribuem para a obtenção de limites do que se pode ou não fazer, educando-as.

Segundo Huizinga (2000, p.23) "as características lúdicas são: ordem, tensão, movimento, mudança, solenidade, ritmo, entusiasmo".

Verificamos que uma das características mais importantes do jogo é sua separação espacial em relação à vida cotidiana. É-lhe reservado, quer material ou idealmente, um espaço fechado, isolado do ambiente cotidiano, e é dentro desse espaço que o jogo se processa e que suas regras têm validade (HUIZINGA, 2000, p.25).

Segundo Caillois (1994), com efeito, o jogo é essencialmente uma ocupação separada, cuidadosamente isolada do resto da existência, e geralmente realizada dentro de limites precisos de tempo e de lugar. Portanto, o tempo em que acontece o jogo é definido por um sinal inicial e por um sinal final, sendo esse tempo determinado com início e fim. Além disso, tudo o que acontece no exterior ao jogo, não tem relevância, visto que o jogo é fechado, com espaço próprio.

Esse espaço reservado do jogo cria um ambiente próprio para jogar, isolado, levando as crianças para uma nova realidade modificando o ambiente que estão inseridas (hospitalar), contribuindo para que haja uma alteração da visão delas sobre a hospitalização, por entender através da ludicidade, que esse lócus também pode oferecê-las alegria e plenitude, levando-as ao afastamento da imagem do hospital, como local de sofrimento.

Utilizando o lúdico como estratégia, é possível desmistificar a imagem do hospital como um espaço solitário para um espaço mais humanizado e de integração, onde haja vida, alegria, solidariedade humana e encontros entre as pessoas que proporcionem troca de experiências (CONCEIÇÃO, 2016, p.9).

Ou seja, o lúdico proporciona a alteração do ambiente em que a criança se encontra, pelo prazer e a alegria proveniente da atividade lúdica nesse âmbito, ao invés da associação dele, apenas como um lugar negativo e de sofrimento. Com o uso dessas atividades as crianças ressignificam esse lugar, o que contribui para uma melhor aceitação do processo de ida ao hospital.

Nesse sentido, a atividade lúdica pode contribuir para uma amenização do sofrimento, ao manter o paciente desenvolvendo-se através de momentos com alegria e prazer, como também para uma alteração do ambiente em que se encontra pela relação realidade (sofrimento) e o imaginário, explorado enquanto estão nas atividades lúdicas.

O acesso ao lúdico imprime valiosa contribuição nos aspectos psíquicos, afetivos e emocionais porque contribui significativamente para a intelectualidade da criança e é essencial ao ambiente hospitalar, haja vista que nele os sujeitos, doentes ou acompanhantes, se encontram em um momento de fragilidade que requer atenção especial (PESSOA; FONTE; SOUZA, 2012, s/p).

Segundo Pereira e Miranda (2013) se houver ausência de ludicidade no complexo hospitalar, poderá dificultar o processo de enfrentamento da doença, afetando – assim – o psíquico da criança.

Atualmente, o tratamento do câncer infantil evoluiu, e hoje, além da cura, há preocupação com a qualidade de vida, considerando-se os efeitos denominados tardios, os quais dizem respeito a debilidades causadas ao organismo, mas que só se manifestarão após certo período de tempo. No caso específico da criança, o tratamento envolve importante fase de desenvolvimento, tanto das funções orgânicas quanto das psicológicas (ROLIM, 2015, p.135).

As regras que precisam ser obedecidas, durante o jogo, também ajudam nessa imersão e trazem consigo o elemento tensão, pois durante os desafios, ao jogar, as crianças precisam fazer escolhas, para não quebrar as regras e que o desejo de ganhar não seja maior do que seus valores.

Embora o jogo enquanto tal esteja para além do domínio do bem e do mal, o elemento de tensão lhe confere um certo valor ético, na medida em que são postas à prova as qualidades do jogador: sua força e tenacidade, sua habilidade e coragem e, igualmente, suas capacidades espirituais, sua "lealdade". Porque, apesar de seu ardente desejo de ganhar, deve sempre obedecer às regras do jogo (HUIZINGA, 2000, p.16).

É na infância que as crianças constroem seus valores, o que é ético ou não para elas e o jogo, enquanto atividade lúdica, pode ser uma oportunidade para que elas aprendam esses valores sociais, mesmo no hospital. Tendo em vista que esse ambiente acaba tornando-se a sua moradia, por causa do longo período que o tratamento exige que elas permaneçam e com isso estão impossibilitadas de frequentarem a escola regular, onde esses ensinamentos são aprendidos.

Ao pensar no contexto hospitalar para as crianças com câncer, surgem muitas prerrogativas sobre diversas vertentes e com isso se constituem vários estigmas sobre como ocorre esse processo. Por exemplo, muitas pessoas acreditam que esses pacientes não conseguem levantar-se da cama, porém não se pode generalizar essa suposição, pois esses pacientes na grande maioria das vezes, apesar de ficarem debilitados, devido ao tratamento, conseguem manter uma vida estável.

De fato, o tratamento do câncer infantojuvenil perpassa por muitos obstáculos e desafios a serem superados, por se tratar de uma doença muito invasiva em que seu tratamento exige maior agressividade medicamentosa, mas aqui vale ressaltar que existe uma grande variedade de processos capazes de apoiar os pacientes e suas famílias.

Um dos obstáculos é que no ambiente hospitalar o corpo muitas vezes é reduzido a objeto operacional, manipulável, tratável e, paradoxalmente, tornado quase que a única dimensão que interessa do que resta do sujeito: sua funcionalidade (VAZ; VIEIRA; GONÇALVES, 2005). Porém, como já citado, o indivíduo doente, precisa ser tratado no seu aspecto biopsicossocial, ao pensar no indivíduo em todas as suas dimensões e segundo Santin (2001) o corpo lúdico, pensa, sonha inventa, cria mundos, sendo capaz de viver com amor e liberdade.

Fato é que os procedimentos médicos que as crianças sofrem, segundo Motta e Enumo (2002) são potenciais estressores que desencadeiam respostas negativas de enfrentamento da neoplasia, podendo prejudicar na adaptação da criança no âmbito hospitalar. Porém o lúdico é percebido como uma possibilidade de se ganhar ou construir algo de positivo ou bom num momento de tantas perdas (MITRE; GOMES, 2004).

Pois, acredita-se que a atividade lúdica facilite e melhore as condições de saúde-doença-cuidado dos envolvidos no processo de hospitalização (ANGELI; LUVIZARO; GALHEIGO, 2012).

Tais atividades favorecem o desenvolvimento motor, sensorial e cognitivo da criança, minimizam o estresse, a ansiedade e o desconforto gerados pela internação, contribuem para a socialização das crianças e dos acompanhantes e melhoram a interação entre as crianças, suas famílias e os profissionais da equipe de saúde. A introdução desse tipo de atividades torna-se, portanto, essencial no contexto hospitalar (FIORETI; MANZO; REGINO, 2016, s/p).

A atividade lúdica é o meio pelo qual as crianças são instigadas a realizarem suas atividades com mais motivação, bem como facilita o contato com outros sujeitos e torna o ambiente hospitalar mais natural para os enfermos, ajudando a adesão ao tratamento (PESSOA; SOUZA; FONTE, 2012; HOSTERT; ENUMO; LOSS, 2014).

Quando uma criança ou um adolescente hospitalizado brinca ou consegue ter momentos de distração e de divertimento no contexto hospitalar, mergulham em um universo de possibilidades, pois nestes espaços eles recriam e enfrentam situações vividas por eles no seu cotidiano. É por isso que crianças e adolescentes precisam usufruir dos benefícios emocionais, intelectuais e culturais que as atividades lúdicas proporcionam (PAULA; FOLTRAN, 2007, s/p).

O hospital, na sua essência, não é um lugar de alegria, tendo em vista que as pessoas que se encontram nesse local estão acometidas por alguma doença, ou seja, não estão bem de saúde, mas por que não realizar um tratamento com vivências de alegria também?

Levando em consideração que a felicidade traz vários benefícios para o corpo, a ludicidade poderia ser uma boa estratégia, pois de acordo com Figueirêdo et al. (2021, p.10) “sem dúvida, a alegria, o prazer e a diversão são elementos próprios da vivência do lúdico”. Prazer e alegria não se dissociam jamais. O “brincar” é incontestavelmente uma fonte inesgotável desses dois elementos (MIRANDA, 2001). Sendo assim, vivenciar a ludicidade é estar em determinado momento, alegre e sentindo prazer, o que muitas vezes, falta no âmbito hospitalar.

A oferta de oportunidades de brincar para crianças com câncer estão, em sua maioria, relacionadas ao tratamento clínico, mas trazem consigo componentes lúdicos, principalmente relacionados a jogos, de diferentes categorias.

Através do brincar, as crianças experimentam sensações de prazer e de felicidade; adquirem conhecimento sobre o mundo; aprendem espontaneamente; desenvolvem a sociabilidade. O brincar pode representar uma fuga da realidade, ou seja, esquecer temporariamente a doença. Todos esses benefícios contribuem para que as crianças aumentem as defesas imunológicas; minimizem os prejuízos da hospitalização, sobretudo a apatia e a irritabilidade; recuperem-se mais rapidamente e resgatem a alegria

inerente à infância, mesmo em situação de doença grave (BORGES; NASCIMENTO; SILVA, 2008, p.219).

Essa oferta do brincar no ambiente hospitalar acontece na brinquedoteca, espaço idealizado para essas vivências, que vem ganhando bastante destaque em relação às atividades lúdicas, pois contribui para o processo de ensino-aprendizagem das crianças, demonstrando assim a importância das atividades lúdicas para garantir o direito das crianças a aprendizagem e a vivência da infância.

Visto que, segundo Dos Santos, Amaral e Da Silveira (2022) as atividades psicomotoras têm que ser elaboradas estrategicamente possibilitando às crianças de realizá-las indiferente do meio em que elas estão inseridas.

Não se pode deixar de mencionar a importância da brinquedoteca, um espaço destinado, especialmente, à atividade do brincar. A criação da brinquedoteca foi um marco legitimador e histórico da importância do brincar para a criança. É uma conquista para a sociedade e, em especial, para a criança que, assim, aprende de forma mais harmoniosa e lúdica (DE ALMEIDA; DE MELO CASARINI, 2002, p.05).

Embora os brinquedos sejam a atração principal de uma brinquedoteca, ela pode existir até mesmo sem brinquedos, desde que outros estímulos às atividades lúdicas sejam proporcionados. A brincadeira faz com que a criança construa a sua realidade, e perceba a possibilidade de mudança da sociedade, na qual ela faz parte. Existe uma compreensão do mundo e das atitudes humanas (CUNHA, 1994).

Nesse sentido, pensando em vivências lúdicas no hospital, foi aprovada a Lei nº 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”. Com isso foi aprovado a Portaria nº 2.261, de 23 de novembro de 2005, contendo todo o regulamento e as diretrizes de instalação e funcionamento das brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam o atendimento pediátrico em regime de internação.

Art 5º Para o cumprimento do disposto nos artigos anteriores deverão ser observadas as seguintes diretrizes: I - os estabelecimentos hospitalares pediátricos deverão disponibilizar brinquedos variados, bem como propiciar atividades com jogos, brinquedos, figuras, leitura e entretenimento nas unidades de internação e tratamento pediátrico como instrumentos de aprendizagem educacional e de estímulos positivos na recuperação da saúde; II - tornar a criança um parceiro ativo em seu processo de tratamento, aumentando a aceitabilidade em relação à internação hospitalar, de forma

que sua permanência seja mais agradável; III - agregação de estímulos positivos ao processo de cura, proporcionando o brincar como forma de lazer, alívio de tensões e como instrumento privilegiado de crescimento e desenvolvimento infantil; IV - ampliação do alcance do brincar para a família e os acompanhantes das crianças internadas, proporcionando momentos de diálogos entre os familiares, as crianças e a equipe, facilitando a integração entre os pacientes e o corpo funcional do hospital; e V - a implementação da brinquedoteca deverá ser precedida de um trabalho de divulgação e sensibilização junto à equipe do Hospital e de Voluntários, que deverá estimular e facilitar o acesso das crianças aos brinquedos, dos jogos e aos livros (BRASIL, 2005, p. 1).

A brinquedoteca hospitalar é um espaço de interação entre as crianças e adolescentes, onde educadores proporcionam momentos de lazer, socialização, de resgate da autoestima, de alegria e da vontade de viver. As brinquedotecas promovem: a descoberta de diferentes atividades e brincadeiras com brinquedos diversos. A partilha de brinquedos desenvolve aprendizagem, socialização, cooperação e responsabilidade sobre o brinquedo. As brinquedotecas são caracterizadas como espaço de construção da cidadania na conservação do espaço como todo (NOFFS; CARNEIRO, 2010, s/p).

Nas brinquedotecas hospitalares, percebe-se a necessidade de reinventar a realidade. Estes espaços, além de tornarem o ambiente hospitalar mais acolhedor, também oportunizam situações de socialização e desenvolvimento das habilidades dos pacientes como: atenção, concentração, afetividade, cognição, dentre outras (PAULA; FOLTRAN, 2007).

Sendo assim, a brinquedoteca é facilitadora para a adaptação da nova rotina e à adesão ao tratamento, o que implica dizer que influencia indiretamente na recuperação dos pacientes (GONZAGA et al., 2016).

Segundo Noffs e Carneiro (2010) o espaço da brinquedoteca deve ser interativo, ou seja, ao mesmo tempo em que a criança brinca, ela se socializa com o outro. Brincando ela exerce diversos papéis e ao mesmo tempo em que se diverte, aprendem a assumir responsabilidades e a respeitar o direito dos outros.

A brinquedoteca hospitalar deve assegurar o direito da criança brincar num espaço digno de socialização de trocas de informações, brincadeiras, leituras, internet, risos e distrações. Este espaço é educativo onde se ensina/aprende. Porém é necessária a presença do educador atuando e transformando o brincar na brinquedoteca com o objetivo principal de resgatar as brincadeiras, os jogos e o brinquedo de forma humanizada garantindo o direito das crianças

e adolescentes ao lazer de forma digna (NOFFS; CARNEIRO, 2010, s/p).

Ressaltando que o brincar é uma ação com a qual a criança se envolve naturalmente, diante de um mínimo estímulo ela já se direciona a esta atividade. Crianças gostam de estar em ambientes com cores, com decoração infantil, com atividades para ela se envolver livremente, retratar seus desejos, ou seja, brincar. A ambiência lúdica é o espaço familiar às crianças (OLIVEIRA; DIAS; ROAZZI, 2003).

Portanto, no tratamento oncológico infantil, atividades prazerosas e alegres devem ser proporcionadas à criança como aliadas ao seu desenvolvimento e reabilitação, e não como simples passatempo.

Assim, é preciso que todos aqueles que cuidam dela no tratamento oncológico tenham clareza dos benefícios das atividades lúdicas na melhoria da sua qualidade de vida por favorecer momentos alegres, saudáveis e promotores do desenvolvimento infantil e de sua reabilitação (BORGES; NASCIMENTO; SILVA, 2008, p.220).

De acordo com a pesquisa de Cesário et al. (2020) na visão dos pais e acompanhantes a internação hospitalar de suas crianças é um processo doloroso para eles e para os pequenos. Afirmam que a brinquedoteca é um espaço para distração e que favorece a sua aproximação com as crianças. Além disso, os depoimentos ressaltaram a percepção da visão terapêutica do lúdico, na melhoria das relações, aceitação do tratamento e evolução favorável.

Com isso, faz-se necessário revelar formas de atenção às crianças no tratamento oncológico, para que assim consigam ter um tratamento com o mínimo de respeito e cuidado para sua qualidade de vida. Uma dessas formas consiste na utilização da atividade lúdica no ambiente hospitalar.

Nesse sentido, a atividade lúdica deve ser aplicada de forma humanizada, visando à aceleração da recuperação e à melhoria do quadro geral do paciente. Para tanto, cada paciente deve ser tratado individualmente, pois ele é único e com necessidades singulares (PADOVAN; SCHWARTZ, 2009).

De acordo com Mota, Martins e Veras (2006) a humanização é uma estratégia de interferência no processo de produção da saúde, ao considerar que os cidadãos (quando mobilizados) são capazes de alterar as realidades, tornando-os sujeitos protagonistas das suas vivências. Sendo assim, a humanização é um tipo de interação entre os sujeitos que fazem parte do sistema de saúde e os pacientes.

Humanizar o processo do cuidado se resume na responsabilidade profissional,

no esforço de tratar as pessoas respeitando suas necessidades intrínsecas; estimulando suas potencialidades; e considerando sua autonomia nas escolhas (BETTINELLI; WASKIEVICZ; ERDMANN, 2004).

Vale ressaltar que é premente, no contexto da saúde, criar uma cultura institucional voltada para o ser humano que adoece e não para a doença (BACKES; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2005).

Surgindo a partir disso um possível caminho para a o processo de humanizar os atendimentos através da ludicidade. Tendo em vista que o paciente é afetado em todos os seus aspectos biopsicossociais durante a doença, é necessário amenizar o seu sofrimento ao olhá-lo enquanto indivíduo e não apenas como patologia.

Ao tratar do ambiente hospitalar e de todos os medos, angústias, sofrimentos ocasionados por ele à humanização nesse âmbito é indispensável, pois através dela torna-se possível a diminuição do sofrimento e da tensão vivida pelos pacientes. A humanização no processo do cuidado não pode ser entendida somente como uma técnica, um artifício, mas como uma atitude no processo vivencial (BETTINELLI; WASKIEVICZ; ERDMANN, 2004).

No caso da humanização hospitalar sua principal característica é o cuidado do ser humano doente e a promoção da sua saúde entendida como bem-estar completo, isto é, físico, mental, social e espiritual, e terá como uma das suas prioridades a beneficência, que representa fazer o bem ao doente internado (MOTA; MARTINS; VERAS, 2006).

A humanização é um processo amplo, demorado e complexo, ao qual se oferecem resistências, pois envolve mudanças de comportamento, que sempre despertam insegurança e resistência (OLIVEIRA; COLLET; VIEIRA, 2006).

Entretanto, segundo Mota, Martins e Veras (2006) se faz totalmente necessária para um maior amparo do sujeito doente e seu tratamento, ao pensar na rede de humanização em saúde e que é uma rede de construção permanente de laços de cidadania, de um modo de olhar cada sujeito em sua especificidade, sua história de vida, mas também de olhá-lo como sujeito de um coletivo, sujeito da história de muitas vidas.

Por isso, o aprendizado sobre o brincar da criança necessita resgatar uma visão de cuidar que compreenda o outro como a si mesmo, de maneira empática e sensível para que na brinquedoteca ocorra um encontro entre o ser que cuida e o ser que é cuidado (MELLO; VALLE, 2010).

Visto isso, de acordo com Morais e Machado (2010) o ato de brincar no contexto ambulatorial constituiu um recurso de comunicação viável e adequado que pode e deve ser utilizado. Nesse sentido da humanização que é vinculada a atividade lúdica nas brinquedotecas, aqui especificamente no tratamento hospitalar das crianças com câncer.

O uso do brinquedo terapêutico também é muito utilizado para humanização do tratamento das crianças com câncer. Sendo um recurso que proporciona um impacto positivo para a criança, que pode expressar sentimentos e comportamentos, e para o profissional, que pode compreendê-los com maior clareza e redirecionar suas práticas assistenciais (MOREIRA- DIAS; SILVA, 2018).

O brinquedo terapêutico possui grande valor ao promover uma interação mais efetiva do adulto com a criança e tornando os procedimentos menos assustadores, facilitando que ela possa compreender a realidade e torne sua permanência no ambulatório mais agradável e descontraída (ARTILHEIRO; ALMEIDA; CHACON, 2011).

Porém, qual seria a importância do brinquedo terapêutico para as crianças com câncer? Segundo Fonseca et al. (1999) o impacto do câncer no comportamento da criança é evidenciado quando ela brinca, pois dificilmente as suas brincadeiras tem a ver com algo relacionado a sua casa, na grande maioria das vezes durante a brincadeira aparecem representações relacionadas ao tratamento e ao hospital.

Devido ao estresse inerente ao processo hospitalar e as suas demandas, o brinquedo terapêutico também pode ser uma ótima alternativa para que a criança consiga ter uma associação com esse ambiente positivo. De acordo com Moreira-Dias e Silva (2018) pelo brinquedo e por meio dele, as crianças tornam-se mais tranquilas, aceitando as mudanças da sua nova condição de vida.

O brinquedo tem um papel muito abrangente, que se estenderia não só a contribuir para um decurso satisfatório do desenvolvimento infantil, mas também em proporcionar "saltos qualitativos" nesse desenvolvimento, oportunizando essa criança a aprender novos conteúdos que aparecem nesta situação e a construção de significados importantes na concepção de si e de suas emoções que fazem parte de suas experiências dentro e fora do hospital. E esses "saltos qualitativos" podem ser alcançados mesmo na situação de hospitalização (OLIVEIRA; DIAS; ROAZZI, 2003).

Além disso, segundo Motta e Enumo (2002) o brincar faz parte do comportamento mais frequente das crianças no hospital onde elas relataram que é

uma atividade que gostam de fazer e sabe-se que é por causa da sua função lúdica, do divertimento, alegria e prazer.

Visto que as limitações impostas pela doença, bem como pela quimioterapia, impõem à criança modificações em suas atividades habituais, que vão desde restrições alimentares, até a privação do brincar (SOUZA et al., 2012).

Desse modo, entre as possíveis estratégias utilizadas por crianças para enfrentar condições estressantes como a hospitalização e, conseqüentemente, os procedimentos médicos invasivos, encontra-se o brincar, recurso utilizado pela criança e pelos profissionais no contexto hospitalar (MOTTA; ENUMO, 2010).

Por facilitar a comunicação e o entendimento do seu tratamento, a brincadeira foi introduzida em hospitais pediátricos, com intuito de humanizar o atendimento hospitalar, devido aos impactos psíquicos, físicos e sociais que a hospitalização provoca nestes tipos de pacientes (CONCEIÇÃO, 2016, p.11).

A brincadeira faz com que o medo e a ansiedade diminuam, pois, ao viver situações alegres no ambiente hospitalar, a criança se sente mais segura, mais à vontade, e isso ajuda na aceitação da internação e do tratamento terapêutico (PESSOA; SOUZA; FONTES, 2012).

Ao brincar, o sujeito explora um novo espaço (real ou imaginário), e que isso pode ser fundamental para crianças hospitalizadas, já que a hospitalização em si é uma situação de limitação e de privação (PEREIRA; MIRANDA, 2013).

Segundo Hostert, Enumo e Loss (2014) a necessidade de criar um ambiente propício ao brincar no hospital, reforça a importância que a atividade lúdica traz não apenas para a criança, mas também para todo o hospital, melhorando a saúde física, emocional e social dos indivíduos.

É necessário, que pensando no cuidado com a qualidade de vida da criança e de como é importante que ela mantenha a vida no mais próximo possível da sua realidade anterior, apesar das limitações, essa criança deve desfrutar do brincar, não só pelos seus benefícios, mas também por ser uma atividade que ela realizava antes da hospitalização.

Portanto, na internação infantil, brincar é fundamental para passar o tempo, distrair os pequenos e promover a aproximação entre os adultos e suas crianças. Os benefícios advindos relacionam-se à adaptação ao ambiente hospitalar, aderência ao tratamento e recuperação da saúde (CESÁRIO et al., 2020).

Logo, de acordo com Pereira e Miranda (2013) conceber o brincar como parte do tratamento de crianças hospitalizadas é não focar sobre o que elas não podem fazer por estarem hospitalizadas, e sim, o que podem fazer mesmo estando doentes.

Desta forma, é possível afirmar que, independentemente de a criança estar em tratamento hospitalar ou ambulatorial, uma vez que ambos são desgastantes e dolorosos, o brincar contribui para que ela continue se desenvolvendo integralmente, apesar do adoecimento (MELO; VALLE, 2010).

O brincar constitui-se em recurso viável e adequado para o enfrentamento da hospitalização, pois ajuda na recuperação das crianças, acalma e distrai, já que o hospital é ambiente estressante que afeta a criança e os familiares (SILVA; CORRÊA, 2010, s/p).

Assim, o brincar, enquanto atividade lúdica é considerado um fator que proporciona saúde, uma vez que as elas envolvem a criança num mundo de sentidos em que é possível aprender, criar, se relacionar, expressar sentimentos, ideias, promover motivação e ânimo, enfatizamos que a sua prática é indispensável ao ambiente hospitalar (PESSOA; FONTE; SOUZA, 2012).

Além disso, através do brincar as crianças podem ser levadas para o futuro pelo seu imaginário, inclusive conseguindo modificar aquela rotina instalada no seu tratamento, por isso é tão importante que as crianças brinquem no âmbito hospitalar, como nos diz Mitre e Gomes (p. 148, 2004):

O brincar surge como uma possibilidade de modificar o cotidiano da internação, pois produz uma realidade própria e singular. Através de um movimento pendular entre o mundo real e o mundo imaginário, a criança transpõe as barreiras do adoecimento e os limites de tempo e espaço.

O âmbito hospitalar por toda a consequência do tratamento oncológico, leva o paciente a estabelecer associação do lócus a uma realidade de dor, sofrimento ocasionados pelos procedimentos do tratamento, então essa referência negativa com o hospital afeta também o seu desenvolvimento, enquanto criança.

É notável a preferência por jogos e brincadeiras nos quais há uma limitação do movimento corporal, seja por medo, superproteção dos pais, dificuldades por causa do acesso/cateter ou limitações físicas pelo tratamento ou pela amputação de algum membro corporal (CARVALHO et al., 2020, p.309).

Desse modo, percebe-se que esse mundo de fragilidades ocasionadas por causa do tratamento, afeta inclusive o movimento corporal das crianças, pois por

muitas vezes, as limitações dos movimentos nos jogos, partem muito mais do medo, tanto dos acompanhantes (responsáveis pelas crianças), tanto pelas próprias crianças, ao saberem dos cuidados que precisam ter com seus corpos.

Nesse sentido, o brincar pode se configurar como uma estratégia de enfrentamento da situação de doença/tratamento, modificando percepções sobre o ambiente hospitalar, tornando-o favorável ao desenvolvimento emocional do paciente brincante, e surgindo como uma estratégia para ressignificar o tempo, o espaço e a situação vivida (CARVALHO et al., 2020, p.308).

O ato de brincar permite à criança sentir-se melhor no cotidiano de sua internação e resgatar as brincadeiras que realizava em seu ambiente familiar, antes da hospitalização. O ambiente hospitalar torna-se mais humanizado, o que favorece a qualidade de vida desses pequenos e a de seus familiares, influenciando assim na sua recuperação (BORGES; NASCIMENTO; SILVA, 2008).

Segundo o Inca (2020) a cura não deve só se basear na recuperação biológica, mas também no bem-estar e qualidade de vida da criança com câncer. Portanto, o tratamento oncológico infanto juvenil não se resume apenas na saúde fisiológica, mas nos contextos sociais, psicológicos e das aprendizagens das crianças, tendo em vista que todos esses fatores influenciam na recuperação da neoplasia.

Diante desse contexto, a necessidade de inovação no campo da saúde é fundamental para aprimorar o cuidado com a criança (ARAÚJO; SILVA, 2017). Sendo assim, compreendemos que ao fazer uso da atividade lúdica com o profissional adequado é inovar o enfrentamento do tratamento das crianças com câncer no ambiente hospitalar.

CAPÍTULO 3

Procedimentos Metodológicos

Os caminhos para a composição dessa pesquisa, será a forma em que o leitor irá alcançar o entendimento do texto pela metodologia utilizada, tendo como problemática da pesquisa: “como as atividades lúdicas estão relacionadas a vida da criança com câncer?”.

A fim de respondermos essa pergunta seguimos uma linha de raciocínio lógico, por isso iniciaremos apresentando o método da pesquisa, logo após os sujeitos da pesquisa e por último, os procedimentos de coleta de dados e as suas análises.

3.1 Método de pesquisa

Nesta pesquisa, temos a intenção de analisar as atividades lúdicas para as crianças com câncer. Ao tratar desse tema, nesse contexto da ludicidade no hospital, significa contribuir para pensar os jogos e brincadeiras na qualificação, dos conceitos e significados para o ambiente hospitalar.

Diante disso, essa pesquisa se desenvolve em uma abordagem qualitativa, na qual a opção metodológica escolhida é fundamentada em Minayo (2004), a hermenêutica-dialética, visto que essa opção:

- a) busca esclarecer o contexto dos diferentes atores e das propostas que produzem;
- b) acredita que existe um teor de racionalidade e de responsabilidade nas diferentes linguagens que servem como veículo de comunicação;
- c) coloca os fatos, relatos e as observações no contexto dos atores;
- d) assume seu papel de julgar e tomar posição sobre o que ouve, observa e compartilha;
- e) produz um relato dos fatos em que os diferentes atores se sintam contemplados (MINAYO, 2013, p.167).

Diante disto, entendemos que a comunicação tratada a partir da hermenêutica-dialética como sendo o processo pelo qual os integrantes de determinadas comunidades – aqui tratamos do Grupo de Ajuda à Criança Carente com Câncer (GAC), dentro do Centro de Oncohematologia Pediátrica (CEONHPE) localizado no Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC) – almejando alcançar um entendimento sobre uma situação determinada, consegue dar conta da comunicação das crianças,

através dos seus relatos dos fatos sobre as atividades lúdicas e suas vidas.

Segundo Minayo (2002, apud OLIVEIRA, 2017) esclarece que essa opção metodológica designa, tradicionalmente, a arte de compreender e interpretar textos e falas, mas que o utilizou num sentido mais amplo, como a capacidade humana de se colocar no lugar do outro, no presente (encontro entre o passado e o futuro), mediado pela linguagem. Outro termo chave da hermenêutica é a compreensão, pois conta-se com a possibilidade de uns se entenderem com os outros e de se alcançarem (bons) acordos.

Pensando nas crianças com câncer, utilizando dessa dinâmica em se colocar no lugar do outro no presente, mediado pela linguagem, entendemos que essa comunicação faz necessária para a compreensão da complexidade que é lidar com essa patologia. Por isso escolhemos a hermenêutica-dialética como opção metodológica e para conhecer a realidade das crianças com câncer do GAC, priorizamos como objeto empírico do estudo, as suas falas, seus discursos. Logo, a linguagem será o caminho metodológico para captação de informações da realidade, tendo como meio para isso as entrevistas. Para isso escolhemos a análise do discurso para compreender esses dados coletados.

Levando em conta que o homem na sua história, considera os processos e as condições de produção da linguagem, pela análise da relação estabelecida pela língua com os sujeitos que a falam e as situações em que se produz o dizer. Desse modo, para encontrar regularidades da linguagem em sua produção o analista do discurso relaciona a linguagem à sua exterioridade (ORLANDI, 2020, p. 14).

Sendo assim, através da linguagem identificamos os aspectos do discurso das crianças com câncer, com o intuito de analisar a realidade delas e a relação com as atividades lúdicas antes, durante e se for o caso, após o tratamento.

Segundo Orlandi (2020) a análise de discurso busca compreender como os objetos simbólicos produzem sentidos, analisando os próprios gestos de interpretação dos atos no domínio simbólico. Considera que o discurso é o lugar onde se observa a relação entre língua e ideologia, sendo a linguagem não transparente. Procurando assim mostrar a relação linguagem, pensamento e mundo. Por isso, foi escolhido esse tipo de análise, pois observar os sentimentos, as pausas nas falas, os gestos das crianças ao relatarem sobre as experiências antes e durante o tratamento, enriquece muito essa dissertação.

A análise do discurso concebe a linguagem como mediação necessária entre o homem e a realidade natural e social. Essa mediação, que é o discurso, torna possível tanto a permanência e a continuidade quanto o deslocamento e a transformação do homem e da realidade em que ele vive (ORLANDI, 2020, p.13).

Para Orlandi (2020) o texto é a unidade que o analista tem diante de si e da qual ele parte (começo, meio e fim). Discurso é o que está diante do texto, suas referências e formações discursivas. Portanto, o discurso é uma dispersão do texto e o texto é uma dispersão do sujeito.

Aqui buscamos entender as crianças com câncer, enquanto sujeitos que vivenciam situações que ultrapassam o esperado de uma infância, pelo contexto que essa patologia apresenta para essas crianças, logo compreender esse discurso é entender a realidade e contexto que cada uma está inserida ao enfrentar o tratamento oncológico.

De acordo com Orlandi (2020, p.44) “A ideologia faz parte, ou melhor, é a condição para a constituição do sujeito e dos sentidos. O indivíduo é interpelado em sujeito pela ideologia para que se produza o dizer.”

Além disso, Orlandi (1993) revela um aspecto importante que estar no “não-dizer”, pois ele envolve: noção do interdiscurso, a de ideologia e a de formação discursiva, pois ela considera que existe sempre no dizer um não- dizer necessário. O silêncio no discurso está também no não-dizer, visto que o silêncio pode ser uma forma de significação, sendo necessário uma pausa para construir um novo significado ou um silenciamento, no sentido de censura.

3.2 Sujeitos e local da pesquisa

Destacamos que essa pesquisa já possui aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade de Pernambuco, localizado no Hospital Universitário Oswaldo Cruz (CAAE: 67078617.2.0000.5192), por ser vinculada ao Programa Ludus (Programa de extensão da UPE) que é realizado no GAC, por isso, esta pesquisa não precisou ser submetida novamente ao CEP, tendo em vista que o Programa já possui a aprovação (Anexo I), porém solicitamos uma Carta de Anuência atual da instituição (Anexo II).

Ressaltamos que a pesquisadora envolvida nessa pesquisa também faz parte do programa de extensão – Programa Ludus, aprovado ao Edital de Extensão (2017,

2018, 2019, 2020, 2021 e 2022), que envolve grupos de pesquisas e alunos da graduação (licenciatura/bacharelado) e da pós-graduação (stricto-sensu). O Programa Ludus tem como objetivo Intervir através de jogos e brincadeiras, subsidiados da ludicidade, no resgate do sentimento de prazer e da alegria, junto às crianças com câncer do CEONHPE (Centro de Oncohematologia Pediátrica), as crianças da Creche Municipal professor Francisco Amaral Lopes e as idosas do Abrigo Espírita Lar de Jesus (EDITAL PROEC PFA - 01/2022).

O programa tem se apoiado nas experiências lúdicas acumuladas pelo grupo de pesquisa Ethnós-ESEF-UPE, desde 2014, tendo origem nos projetos de extensão iniciados em 2014 e aprovados no edital PIBIEXT (PFA), os quais foram recomendados a continuidade pelas lideranças das referidas comunidades, uma vez que avaliaram positivamente as experiências realizadas. Experiências essas que resultaram em monografias de graduação, de especialização, dissertações, trabalhos apresentados em congressos locais e nacionais tanto de extensão quanto de pesquisa; Iniciação científica (IC) PIBIC (UPE-PFA, UPE-CNPQ, FACEPE) e em projetos de mestrado (Programa associado de Pós-graduação em Educação Física UPE/UFPB) (EDITAL PROEC PFA - 01/2022).

Essa experiência, no Programa Ludus, apresenta um suporte técnico e pedagógico para que fosse possível realizar a pesquisa em voga, na perspectiva de trazer contribuições, com base no jogo-ludicidade, para a vida das crianças com câncer no ambiente hospitalar. Destacando aqui, que as ações do Programa Ludus durante a vigência dessa pesquisa, aconteceram durante o período da pandemia de forma remota, onde as intervenções com os jogos foram realizadas através da plataforma do Google Meet, onde foi disponibilizado um notebook na brinquedoteca hospitalar e os monitores nas suas casas realizavam as atividades lúdicas com as crianças com câncer, que apesar da pandemia do COVID-19, continuaram seu tratamento hospitalar.

A escolha do GAC-PE se deu ao fato do vínculo com o Programa Ludus, onde essa Instituição é um prédio localizado no CEONHPE e inserido no HUOC. O Grupo de Ajuda à Criança Carente com Câncer de Pernambuco (GAC-PE) é uma organização de sociedade civil sem fins lucrativos e/ou econômicos com mais de 25 anos de atuação, focada na prestação de assistência social humanizada às crianças, adolescentes e jovens com câncer em tratamento no CEOHNPE do HUOC. O GAC-PE é uma instituição filiada à Confederação Nacional das Instituições de Apoio à

Criança e ao Adolescente com Câncer (CONIACC) e reconhecida como de Utilidade Pública Federal (Port. 3.101/2009), Estadual (Port. 12.533/2004) e Municipal (Port. 16.753/2002), inscrita no Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS) e no Conselho Municipal de Defesa e Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente (COMDICA). Em relação ao perfil socioeconômico, o público assistido pelo GAC-PE gira em torno de 80% de pacientes possuindo baixa renda e 20% classe média e a maioria das crianças e adolescentes da cor parda e preta. Além disso, esses pacientes residem em diferentes municípios de Pernambuco, contando com o auxílio dos carros das prefeituras para levarem das suas residências ao hospital e em alguns casos, os pacientes de outros estados são transferidos para realizar o tratamento no GAC-PE.

A instituição é formada por uma equipe multiprofissional com psicólogos, nutricionistas, médicas, enfermeiros, professoras e assistente social. Vale destacar que no projeto do Programa Ludus junto às crianças com câncer (GAC) existe um espaço destinado às brincadeiras, jogos e mostras artísticas para o tratamento das crianças com câncer (brinquedoteca), onde são realizadas as intervenções com as atividades lúdicas, visando amenizar os efeitos colaterais causados pelo câncer.

Nesse íterim as crianças que participaram da pesquisa foram na faixa etária de 05 - 10 anos de idade, nenhuma delas apresentava deficiência física ou mental e havia uma variedade em relação a fase da doença. Uma estava na fase de investigação dos sintomas para fechar diagnóstico de câncer, portanto realizando exames; outras duas em pós-tratamento, ou seja, em fase de exames e consultas, tendo uma delas terminado o tratamento recentemente e ainda estava se adaptando a nova rotina de alta das internações, pois voltou a conviver com seus amigos, familiares, escola e agora de volta para sua casa, porém estava realizando exames para confirmar que o tratamento foi concluído com sucesso, não havendo mais o câncer no seu organismo e a outra criança só vai ao hospital para consultas de revisão, para sua médica acompanhar seu estado de saúde e observar se esse paciente não vai apresentar recidiva do câncer; ademais, as outras cinco estão fazendo uso de quimioterapia, porém todas possuem algo em comum: estão em tratamento ambulatorial, nesse caso não precisam ficar em processo de internamento no hospital e eram pacientes regulares nas idas para o hospital, sendo uma vez na semana ou duas.

Nesse sentido, enquanto a criança espera o horário para receber a quimioterapia ou outras medicações, aguardando sua vez para cumprir a rotina

hospitalar ela permanece na brinquedoteca, jogando e brincando. Sendo assim, essas crianças vão para o hospital, realizam a medicação, exames, consultas e depois voltam para suas residências ou casa de apoio, que são lugares que acolhem os pacientes e acompanhantes do interior de Pernambuco ou de outro estado, para que tenham um lugar para morar enquanto fazem o tratamento da sua saúde nos hospitais públicos de Pernambuco.

3.3 Procedimentos da pesquisa

Colocando em vista a opção metodológica escolhida, a comunicação foi tratada nesta pesquisa através dos dados recolhidos em fontes bibliográficas (artigos, dissertações, teses e livros) segundo Marconi e Lakatos (2008), observações das aulas a partir de um diário de campo e através de um roteiro de entrevista como estratégia para ouvir os discursos das crianças. Com isso, cada um dos dados caracterizará um momento/fase da pesquisa.

Sistematizando, os passos metodológicos dessa pesquisa, no primeiro momento, visitamos e ampliamos as referências bibliográficas sobre as atividades lúdicas e as crianças com câncer, a fim de qualificar a ação no campo e para contribuição da elaboração dos nossos instrumentos de pesquisa (diário de campo e o roteiro das entrevistas), além de proporcionar maior consistência e estruturação ao texto.

Os dados bibliográficos abrangem “toda bibliografia já tornada pública em relação ao tema de estudo, desde publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, livros, pesquisas, monografias, teses, material cartográfico etc. (MARCONI; LAKATOS, 2010, p.166).

Nesse sentido, da primeira etapa enquanto revisão de literatura, buscamos em artigos, teses, dissertações e livros que relacionam, Atividades Lúdicas, Crianças, Câncer e Hospital, conforme mostraremos no quadro a seguir:

Quadro 01: Modelo dos principais dados bibliográficos utilizados para as atividades lúdicas nesse estudo: (APÊNDICE A)

LÚDICO		
AUTORES	TÍTULOS	EMENTA

CONCEIÇÃO, L.	A influência do lúdico no cuidado e tratamento de crianças hospitalizadas.	Contribuição do lúdico para a hospitalização das crianças
HUIZINGA, J.	Homo ludens: o jogo como elemento da cultura.	O jogo, sua origem e a influência da cultura.
LUCKESI, C.	Ludicidade e formação do educador.	Relação do lúdico na construção professor.
SANTIN, S.	Educação Física: da Opressão do Rendimento à Alegria do Lúdico.	Como se configura o lúdico enquanto alegria, na área de educação física.

Fonte: próprio autor

Ressaltamos que o quadro 01 (APÊNDICE A) é apenas o modelo e que o mesmo na íntegra está apresentado sendo dividido em fontes bibliográficas separadas por sua natureza no apêndice da dissertação, fizemos essa opção devido a sua extensão.

O segundo momento, foi caracterizado pelas observações das intervenções lúdicas do Programa Ludus que é realizado no GAC. Para o acompanhamento e registro desse momento foi utilizado o diário de campo, visando acompanhar sistematicamente o processo de intervenção na prática pedagógica, durante o período de março até junho de 2022.

Tendo em vista, que para Ludke e André (1986) os diários de campo são instrumentos que consistem no registro completo e preciso das observações de fatos, acontecimentos, experiências pessoais e em grupos. Também facilita criar o hábito para refletir e descrever sobre as observações do dia a dia, sendo produzida logo após a finalização do seu trabalho, a partir de uma estrutura definida (APÊNDICE B) relatando o plano de aula do dia, a atividade realizada e descrevendo o que aconteceu nesse dia.

Além do mais, para Falkembach (1987) os diários são considerados como um dos principais instrumentos científicos para o registro das ações de determinadas realidades, como também é uma importante fonte de informações para uma equipe de trabalho. Para o autor essas informações devem ser registradas logo em seguida ao fato observado para garantir a fidedignidade do que se observa, permitindo

registrar detalhes e fatos da pesquisa.

No terceiro momento, iniciamos com as entrevistas como o meio de diálogo com as crianças com câncer, visto que para Ludke e André (1986) as entrevistas mantêm uma característica importante quando da possibilidade de existir o diálogo entre entrevistador e entrevistado, podendo os conteúdos tratados serem ainda mais qualificados e por permitirem maior segurança ao pesquisador.

Logo, as entrevistas (APÊNDICE C) foram realizadas junto às crianças com câncer (amostra de oito) do GAC do Hospital Universitário Oswaldo Cruz. Tais entrevistas foram dialogadas, com a utilização de dispositivo de áudio, utilizado pela pesquisadora. Essa aplicação aconteceu nas segundas-feiras no horário da manhã, mesmo período e dia que acontecem as intervenções do Programa Ludus, a partir do mês de junho até agosto de 2022. Os responsáveis legais das crianças assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para responsável pelo menor de 18 anos (ANEXO II) a fim de entender os riscos e benefícios das entrevistas e a garantia do respeito aos direitos.

Com isso, alguns critérios de seleção foram delimitados em relação às crianças entrevistadas: a participação em atividades lúdicas do Programa Ludus e serem pacientes do GAC-PE. Após essa aplicação das entrevistas, elas foram transcritas com base na plataforma: *Express Scribe Transcription Software* para que assim houvesse o início das análises.

No último momento da pesquisa adentramos no procedimento para análises dos dados provenientes dos diários de campo, onde foi feita a leitura dos relatos e depois um compilado de mudanças significativas observadas nas crianças durante os jogos e brincadeiras, além da construção de um quadro, sobre os jogos realizados nesse período. Em relação às análises das entrevistas, utilizamos a técnica de análise do discurso baseado nos estudos da Orlandi (2020), como referencial teórico-metodológico para o tratamento da linguagem nesse estudo e cada criança será citada a partir de nomes fictícios, preservando sua identidade.

Assim, entendemos como é importante que a pesquisadora torne claro para ela mesma o contexto dos documentos (aqui entendido como diários de campo e as entrevistas), procurando respeitar o lócus investigado, como também compreender e interpretar o seu significado para em seguida se posicionar em relação ao conteúdo deles, perspectivando uma proximidade entre o sujeito que comunica a ação e o pesquisador que a interpreta.

CAPÍTULO 4

A vida da criança com câncer e a relação com as atividades lúdicas

Neste capítulo entraremos na discussão sobre as análises das coletas de dados com bases no diário de campo e nas falas das crianças com câncer, onde houve muitos relatos das suas experiências, principalmente durante o tratamento do câncer e como essas vivências foram modificando as suas vidas, o que atingiu não só a sua rotina, mas as suas aprendizagens e desenvolvimento. As informações apresentadas a seguir mostram os avanços através da prática pedagógica, assim como os desafios que foram enfrentados ao pensar nas atividades lúdicas para crianças com câncer no ambiente hospitalar.

4.1 A vivência com os jogos e brincadeiras na brinquedoteca hospitalar

As observações com a utilização do instrumento do diário de campo, aconteceram durante quatro meses, período de março até junho, através do acompanhamento das intervenções do Programa Ludus na brinquedoteca do hospital. Vale ressaltar que esse período foi a volta dos jogos e brincadeiras para o formato presencial no hospital, pois durante a pandemia o projeto com as crianças com câncer do Programa Ludus aconteceu no formato remoto, através de aulas síncronas com os monitores e as crianças na brinquedoteca hospitalar.

Enquanto dinâmica das intervenções, os monitores (alunos da graduação em educação física) chegavam na brinquedoteca do hospital por volta das 8:30h e ao adentrar as crianças que já estavam dentro desse espaço, geralmente, vinham ao encontro deles chamando para brincar, os monitores começaram brincando com os brinquedos que elas já estavam, na maioria das vezes esses brinquedos representavam materiais de médicos e enfermeiros como estetoscópio, injeção e etc., foi perceptível que os monitores foram incentivando essas crianças para buscarem outros jogos, como de tabuleiros, participando dos jogos junto com elas.

Outra estratégia utilizada pela equipe do Programa Ludus, era assim que as crianças entravam na brinquedoteca já começavam com os jogos planejados para que elas não fossem primeiro para o videogame e depois ficassem resistentes de participar das atividades lúdicas planejadas por eles, sem desconsiderar a importância do

videogame enquanto jogo eletrônico, mas buscando que as crianças vivenciassem atividades diferentes do que estavam acostumadas como também seguir o plano pedagógico pensado para o mês e após a intervenção do Ludus, os monitores jogavam o videogame juntamente com as crianças. O planejamento era realizado a partir das classificações dos jogos, por exemplo: dois meses jogos populares, que daria uma média de oito encontros, outros dois meses jogos eletrônicos e assim, por diante, utilizando também a classificação de jogos segundo Melo (2003).

É importante destacar que esse contato inicial é imprescindível, pois é nesse momento que os monitores vão se familiarizando com as crianças com câncer que estão na brinquedoteca, tendo em vista que a rotatividade é muito grande e geralmente não se sabe quais são as crianças que vão estar no dia da intervenção, pois os dias que elas vão ao hospital pode variar, tanto faz elas irem a cada duas semanas, como uma vez no mês, vai depender da prescrição médica do tratamento.

Sendo assim, depois desse contato inicial, os monitores conversavam com as crianças para avisar que ali aconteceria um jogo para elas, por causa disso elas devem guardar os brinquedos nos armários da brinquedoteca e depois quando acabar a atividade lúdica, elas podem pegar de volta o brinquedo. Vale ressaltar que algumas crianças apresentavam resistência, enquanto deixavam o brinquedo atual para participar do jogo, mas logo que começava a atividade elas emergiram naquele mundo lúdico e geralmente, não lembravam mais do brinquedo.

Após as crianças guardarem os brinquedos os monitores, juntavam as crianças em uma roda para explicar como iria acontecer o jogo e suas regras, como também perguntando se elas conheciam aquela atividade, realizando um diálogo. Durante os jogos algumas vezes foram necessárias adaptações, por exemplo, uma criança que ficou com a respiração mais ofegante, foi preciso conversar com ela para saber como ela estava se sentindo, porém ela disse que ótima, mas foi entendido que essa resposta foi porque ela não queria parar de brincar, pois, os monitores disseram que iriam parar um pouco a atividade para todo mundo descansar e depois voltar sem revelar que era por causa do cansaço de uma criança e após isso, ela que estava com a respiração ofegante disse: “eu estava cansado, mas aqui não tem muita brincadeira assim, então não queria parar”. Aqui fica clara, a importância que tem um bom aparato técnico dos monitores, pois a criança poderia ter alguma intercorrência médica, se continuasse jogando.

Ao finalizar as atividades lúdicas, os monitores reuniam as crianças de novo,

para uma roda final e perguntavam o que elas acharam da atividade, começando um diálogo final, inclusive algumas vezes elas faziam sugestões de outras dinâmicas que poderiam acontecer no mesmo jogo, depois disso, elas ajudavam a aguardar os materiais do jogo, de forma espontânea. Essa rotina se repetia todo dia de intervenção do Programa Ludus.

Com a volta para o presencial, observamos que houve um processo de adaptação dessas crianças, pois algumas ainda não tinham participado dos jogos com os monitores nesse formato, só conhecendo-os através das telas, o que ocasionou um pouco de dificuldade. Dessa forma, no primeiro mês as crianças mostraram-se mais introspectivas, não havia tanta interação e muitos não queriam sair do videogame para participar dos jogos, o que demandava uma maior atenção dos monitores em trazer as crianças para os jogos planejados por eles.

No segundo mês, foi observado uma evolução na participação das crianças com câncer, pois quando os monitores chegavam, as crianças já ajudavam a afastar as mesas para organizar a brinquedoteca, para que a atividade pudesse começar rapidamente.

Em relação a interação das crianças, observamos que houve melhora, pois, no início da volta presencial elas ficavam com a cabeça abaixada, não havia muita interação com os monitores e nem com seus colegas de tratamento, porém nesse segundo mês elas já contavam sobre suas casas, sua medicação e até sobre o fim de semana delas, além de interagirem com seus colegas. Nesse sentido, acreditamos que isso aconteceu devido aos jogos serem, na sua grande maioria cooperativos, em equipes, ou seja, uma criança precisava da outra para cumprir o objetivo ou ganhar o jogo, o que demandava delas uma interação para realizar a atividade.

Os jogos cooperativos são dinâmicas de grupo que têm por objetivo principal, despertar em seus participantes a consciência de cooperação, ou seja, mostrar que a vivência cooperativa é uma alternativa possível e saudável no campo das relações sociais; em segundo lugar, promover efetivamente a cooperação entre as pessoas, na exata medida em que os jogos são, eles próprios, experiências cooperativas (SOLER, 2006).

Outro ponto relevante foi a disparidade no comportamento das crianças, visto que algumas delas, no começo das intervenções, não obedeciam aos monitores em relação às regras que precisavam seguir nos jogos ou até mesmo a respeitar o seu colega e parar com as brigas. Entretanto, após mais ou menos um mês e meio junto

com as crianças, elas começaram a demonstrar melhora nesse mal comportamento, devido a postura dos monitores na hora de ensinar e não modificar as regras do jogo, apenas porque a criança gostaria. Através disso, ficou explícito para as crianças que não tinha outra opção para participar das atividades a não ser obedecer às regras.

O lúdico é o ambiente pelo qual a criança desenvolve sua iniciativa, retrata seus anseios, assimila as regras sociais, trabalha com ensaios que até então não se consegue fazer imediatamente no mundo concreto. A partir da ludicidade, a criança internaliza e reproduz as práticas sociais, pois deve-se levar em consideração a historicidade e a cultura que está diretamente ligada a Vygotsky, ou seja, a atividade lúdica tem caráter social, que é inerente ao desenvolvimento da mesma (DE AZEVEDO NETA; DE CASTRO, 2017, p.197).

Devido ao nosso levantamento bibliográfico, também sabemos que a falta de limite ocorre por muitas vezes, por causa dos acompanhantes, pois, esses familiares, na sua grande maioria, sentem dificuldades em impor os limites ou exigir obediência das crianças, pelo sentimento de impotência por não conseguirem retirar o sofrimento dos seus filhos e até pelo medo de que eles venham a óbito e ter “perdido tempo” reclamando e privando-os. Porém, com os jogos os monitores conseguiram melhorar esse comportamento das crianças, porque elas começaram a lidar com as regras das atividades e chegando em casa, isso continuava, segundo relato de uma acompanhante de maneira informal, durante uma conversa.

Além disso, observamos que as crianças começaram a se expressar melhor, no quesito espontaneidade, durante as atividades lúdicas.

A possibilidade de modificar uma dada situação ou de estabelecer uma nova situação implica em criar: produzir, a partir de algo que já é dado, alguma coisa nova. Criatividade é indissociável da espontaneidade. A espontaneidade é um fator que permite ao potencial criativo atualizar-se e manifestar-se (GONÇALVES; ALMEIDA; WOLFF, 1988, p. 47).

Como exemplo disso, no jogo de imagem e ação uma criança ao fazer a mímica de cantor sertanejo, imitou um cantor e depois disse que ia dar uma dica na mímica e então ela gritou “uai, só”, fazendo movimentos de *cowboy*, surpreendendo a todos e despertando muita gargalhada de quem estava na brinquedoteca. O mais impactante é que essa mesma criança no início das atividades lúdicas chegava na brinquedoteca, com um casaco e capuz na cabeça, ou seja, ela evoluiu muito no seu processo de sociabilidade, assim como, se sentiu acolhida pelo espaço e profissionais para ser autêntica e espontânea, sem dar importância a sua patologia ou ao seu aspecto físico,

utilizando-se da criatividade.

Compreendemos também que houve melhora na coordenação motora de algumas crianças de faixa etária menor, sendo que no terceiro mês, as crianças mais novas conseguiram pular amarelinha, ficando no apoio monopodal, movimento esse que antes eles não conseguiam realizar de maneira correta.

Segundo Ribeiro e Klunck (2018) para melhorar níveis de coordenação motora global e fina, a partir de atividades lúdicas, faz-se necessário que o professor trabalhe atividades adequadas ao período de desenvolvimento, a fim de atingir resultados positivos e dessa forma contribuir na evolução motora de seus educandos.

Portanto, atribuímos essa evolução ao estímulo com as atividades lúdicas, pois através delas houve uma contribuição para que a coordenação motora fosse trabalhada, sem ao menos que as crianças percebessem e conseguimos acompanhar essa evolução, através das anotações pelo diário de campo.

O aspecto social foi algo que chamou nossa atenção, pois, essas crianças são de classe média baixa e algumas referências de brincadeiras delas, eram bem específicas. Como uma criança que pediu para que a monitora fizesse uma arma de fogo com os blocos de encaixe, a monitora ao perceber o pedido, decidiu fazer outra coisa e a criança insistiu, então ela montou uma arma fictícia e explicou sobre a profissão de um policial, que utiliza a arma para proteção dos cidadãos. Porém, ao pegar a arma fictícia a criança, de apenas quatro anos de idade, imitou o som do disparo da arma, segurando simbolicamente (realmente no local indicado que destrava a arma). Ao ver isso, a monitora perguntou se ela já tinha visto uma arma de verdade, ela disse que sim, na sala da sua casa, o que causou muito espanto. De acordo com Barbosa, Martins e Da Silva Mello (2017) é no brincar que as crianças põem em prática toda a sua subjetividade, seu arcabouço cultural e suas experiências vivenciadas em sua realidade, explorando-as e (re)construindo-as durante a brincadeira.

Nesse sentido, a monitora foi conversar com a criança e sugeriu brincar de robô, montando com esses mesmos blocos, um robô e a criança gostou muito, o que levou a brincar junto com a monitora. Ao conversar com uma funcionária do hospital, foi relatado que essa criança tem uma situação familiar complicada e que esse caso já está sendo acompanhado pela equipe multiprofissional do hospital.

Pensando nisso, as atividades lúdicas no hospital pelo Programa Ludus, também começam a ocupar um lugar de novos referenciais para as crianças, visto que

elas tendem a reproduzir o que vivem na sua rotina, mas está sendo apresentado para elas outros jogos, brincadeiras e até brinquedos que elas não possuem em suas casas, enriquecendo o seu mundo lúdico, do imaginário. Tanto que depois desse dia, essa mesma criança foi brincar com os blocos de montar e já pediu para fazer um robô ao invés da arma de fogo.

O aprendizado está ligado ao ato de brincar e - por conseguinte - ao brinquedo, uma relação que vem desde tempos imemoráveis, não apenas da civilização atual, mas, pelo que tudo indica, da espécie. Através do brincar o cérebro pode elaborar o que é experienciado, mimetizar e se preparar para a vida futura. Pelo que tudo indica, foi justamente com base nessa tendência – ou característica – que o brinquedo passou a ser vinculado a um sistema de transmissão de valores culturais (DE SOUZA, 2020, p.06).

Em relação a essa variação de jogos que foram sendo aprendidos pelas crianças, construímos um quadro representando os jogos que foram utilizados pelo Programa Ludus e suas classificações, durante o período que estivemos acompanhando as intervenções:

Quadro 02: jogos ministrados e suas classificações

NOME DO JOGO	CLASSIFICAÇÃO DO JOGO
Dança das cadeiras	Jogo Popular
Morto e vivo	Jogo Popular
Adoleta	Jogo Popular
Adedonha	Jogo Popular
O que é, o que é?	Jogo Popular
Imagem e ação	Jogo de Salão
Jenga	Jogo de Salão
Jogo da memória	Jogo de Salão
Quebra-cabeça	Jogo de Salão
Uno	Jogo de Salão
Dominó	Jogo de Salão
Pega vareta	Jogo de Salão
Xbox dança	Jogo Eletrônico
Peteca	Jogo Esportivo

Fonte: própria autora

Além desses jogos, foram planejados e realizados alguns outros de forma diferente do que seria na sua essência, seja com associação de mais de um jogo, como também, na criação de uma nova atividade lúdica. Como exemplo disso, segue um quadro com a descrição dos jogos criativos ofertados pelos monitores do Programa Ludus.

Quadro 03: Jogos criativos e suas descrições

NOME DO JOGO	DESCRIÇÃO DO JOGO
Jogo da velha com amarelinha	O jogo era dividido em duas equipes, em que ambas precisavam pular amarelinha para chegarem ao jogo da velha desenhado com fita adesiva no chão, a equipe que completasse com o símbolo da sua equipe a linha primeiro, era a vencedora.
Jogo do Barco	As crianças produziram seu próprio barco de papel, ensinado a dobradura por um monitor e com uma fita adesiva colorida foi feito um caminho, com chegada e saída, onde as crianças colocavam seu barco de papel e sopravam para movimentar o barco. Vencia quem chegasse primeiro com seu barco na linha de chegada.

Fonte: própria autora

As atividades lúdicas oferecidas pelo programa de extensão variavam de acordo com o público das crianças de cada dia, pois, ao chegar na brinquedoteca os monitores não sabiam como as crianças iriam estar naquele dia, em relação ao estado de saúde, visto que muitas poderiam estar com náuseas por conta da quimioterapia, por exemplo. Assim como, dependendo das crianças, os monitores pensavam em adaptação das atividades, no que concerne a faixa etária, o grau de desenvolvimento, deficiência ou até mesmo se havia alguma preferência delas.

Um fato que nos chamou atenção foi que houve dois óbitos de crianças durante essa fase de campo. Inclusive, uma monitora relatou que a última conversa com uma dessas crianças foi quando a acompanhante dela pediu para que a monitora conversasse com ela para que se alimentasse, pois iria fazer uma cirurgia e não estava comendo direito. A monitora também nos revelou que possuía um contato muito próximo com a criança, que sempre conversava com ela e que não acreditou quando soube da notícia do falecimento, o que a deixou bem abalada.

Destacamos aqui, que a morte ainda é uma realidade presente nos hospitais que tratam o câncer infantil e que os monitores do Programa Ludus também precisam

lidar com esses momentos, principalmente em ter força para voltar no outro dia e continuar seu trabalho. Um dos pontos que motivam os monitores é ter a certeza, que se pelo menos a criança foi mais feliz naquele dia que esteve com eles, mesmo que seja o último, o trabalho deles também foi realizado com sucesso.

Percebemos que a morte no ambiente hospitalar afetava a todos, pois, nesses dias dos falecimentos, as médicas, os acompanhantes, as outras crianças e toda equipe do hospital, estavam bem abatidos e com expressão de tristeza, inclusive uma mãe de outro paciente, chorou bastante durante a manhã, enquanto a filha estava na brinquedoteca.

Portanto, entendemos através das observações, que o espaço da brinquedoteca também possui esse lugar de acolhimento das crianças, enquanto seus acompanhantes conseguem ter uma liberdade em relação a dividirem as dores e as angústias com outras pessoas, até conseguindo expressar seus sentimentos sem a criança por perto.

Compreendemos assim, que as atividades lúdicas na brinquedoteca hospitalar, nas observações da pesquisadora através do diário de campo, promoveram um aprendizado de novas habilidades, como também sobre obedecer às regras e os limites, enriquecimento sobre conhecimentos de jogos, ressignificação do ambiente em que se encontram no hospital, melhora na sociabilidade e na autenticidade de ser criança.

4.2 A influência das atividades lúdicas na rotina das crianças com câncer

Ao pensar no processo que envolve as crianças com câncer é necessário entender que a história delas perpassa pela trajetória antes, durante e após a hospitalização, que suas vidas não se resumem ao hospital, pois elas vivenciaram experiências antes do câncer. Por isso, conversamos com as crianças buscando entender a trajetória delas, a partir dos seus discursos, antes do diagnóstico do câncer até ao hospital, local onde vivenciaram diversas atividades lúdicas, através do Programa Ludus.

Baseado nisso, encontramos dois eixos temáticos, sendo eles: atividades lúdicas e tratamento do câncer, que foram temas supracitados pelas crianças nas suas falas, ao pensar nas suas vidas de uma forma geral.

Tendo em vista a importância de ouvir as crianças sobre as narrativas de afeto

com as atividades lúdicas que elas conhecem, buscamos entender quais seriam as brincadeiras ou jogos que as crianças conhecem da sua rotina antes, durante e após o hospital e qual a história delas com as atividades lúdicas.

Dessa maneira, aqui entramos no eixo das atividades lúdicas, onde as primeiras lembranças sobre os jogos e brincadeiras que elas conheciam antes de chegarem ao hospital estavam associadas a escola, a brincar na rua ou até mesmo com a suas famílias.

Os relatos das crianças perpassaram por brincadeiras e pela escola, como parte da rotina antes da descoberta do câncer e iniciação ao tratamento hospitalar. As expressões sobre esse assunto eram de alegria, ao lembrar dessa rotina antes do tratamento, as crianças se empolgaram falando de como era a vida na escola, com os amigos, as saídas com os familiares e as brincadeiras.

Antes do tratamento eu ia para escola, eu lembro que lá tinha um escorregador, a gente escorregava e também tinha uma casinha, a gente brincava nessa casinha. Brincava, fazia um mói de coisa (Melissa - 10 anos).

Antes de vim para o hospital eu ia para escola, eu brincava, é... brincava, saía. Brincava de correr, de bicicleta, de patins (Lorena - 10 anos).

Quando a criança chega no hospital, acontece uma ruptura dos espaços do brincar, tanto da escola ao referenciá-la como parte da rotina, a criança cita logo em seguida o parquinho onde brincava dentro da escola, quanto na rua, onde ela brincava de correr, de patins etc.

Segundo Heidegger (2002) o mundo é concebido sob três aspectos: o mundo circundante, o mundo das relações e o mundo pessoal. O mundo circundante dessas crianças é a nova rotina da doença: as medicações, o afastamento da escola, dos familiares, do brincar na rua implicando assim a necessidade de ajustar-se diante das mudanças na sua vida, nesse mundo da doença.

O mundo pessoal, por sua vez, diz respeito à relação que o indivíduo estabelece consigo mesmo, é o ser-si-mesmo, na consciência de si e no autoconhecimento. São as situações que a pessoa vai vivenciando, sua relação com o mundo circundante e com os outros, que vai possibilitar a atualização de suas potencialidades, outorgando-lhe as condições necessárias para ir se descobrindo e reconhecendo quem é (CASTRO, 2010, p.990).

Nesse caso, a criança com câncer está sofrendo influência do mundo da doença em sua potencialidade e se as atualizações deste mundo circundante, ficam

apenas na doença, ela não terá condição necessária para ir se descobrindo e reconhecendo sua identidade.

O paciente quando está internado em um hospital, perde sua identidade. Ele não é mais o sujeito de nome próprio, que mora em sua própria casa, possui objetos particulares, exerce atividades diárias, possui uma rede social e uma autonomia que lhe permite gerir sua própria vida. Numa enfermaria ele 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 (CARDOSO, 2007, p.39).

Segundo Duarte, Alves e Sommerhalder (2017) as identidades das crianças constroem-se por intermédio das relações nas brincadeiras, logo, se as crianças não brincam nessa nova rotina no hospital, por exemplo, elas vão ter maiores dificuldades em viver o mundo pessoal, ou seja, de se descobrirem e de reconhecerem quem elas são. Visto que é através das trocas, dos conhecimentos, dos aprendizados, nas relações, no mundo imaginário do brincar, que à continuação desse processo de construção de identidade.

A atividade do brincar é, por si só, educativa. Destaco, nesse contexto, os jogos, as histórias infantis e o desenho livre. Brincando, arrumam-se regras, conflitos são solucionados e, ainda, uma proteção se faz na fantasia (CAMACHO, 2006, p.186).

De acordo com Alves e Sommerhalder (2006) o brincar representa a possibilidade de imaginarmos ser quem não somos, de estarmos em lugares e planetas diferentes, o prazer de satisfazer o desejo mesmo que de forma ilusória, de divertir-se, porém essas crianças ao não conseguirem brincar por um determinado tempo, perdem essa parte tão rica da infância de se construir e de aprender, sendo assim, o ideal é que no hospital elas consigam resgatar isso, através das atividades lúdicas ofertadas nesse ambiente.

Quando falamos de crianças não podemos deixar de falar da sua formação dentro do contexto da saúde. Essas crianças hospitalizadas, principalmente pacientes crônicos, passam a maior parte de seu tempo dentro do hospital devido às internações regulares e, conseqüentemente nós, os profissionais da saúde nos tornamos responsáveis por boa parte da sua formação, não somente na esfera biológica, mas também na esfera psicossocial (BIEDRZYCKI; GOELLNER, 2017, p.29).

Pensando nessa criança que está sendo formada dentro do contexto da saúde,

as mudanças começam antes mesmo de iniciar o tratamento no hospital, pois também houve dores, sofrimentos e cansaços devido aos sintomas do câncer, ainda na fase de investigação.

Todo o processo até o fechamento do diagnóstico das crianças é bem demorado, podendo até levar anos para descobrir o câncer e com isso, por um longo tempo, essas crianças ficam sofrendo com as consequências dos sintomas. Dessa forma, a rotina também é afetada, pois, por causa dos incômodos, as crianças não conseguem brincar mais ou ir para escola constantemente, mostrando assim, que antes mesmo de chegarem no hospital já acontece um grande processo de mudanças das suas vidas.

Antes, eu estava lá com um cansaço na perna, não estava conseguindo andar (fica com uma expressão de triste), aí eu não brincava de nada, por causa da dor... me sentir mal (André – 10 anos).

Quando eu era bom, eu estava sentindo uma dor na minha coxa (ele toca na coxa), meus pais me levaram lá no hospital, aí o médico começou a fazer tantos exames e não achava, aí quando eu cheguei aqui descobriram o que era, uma leucemia (olhando para baixo). Eu sentir muita dor (expressão de tristeza), aí agora que eu tô quase terminando... (Joel – 08 anos).

Com os sintomas do câncer, como a febre, dor generalizada, emagrecimento e alguns casos até sangramentos, algumas crianças acabam deixando de brincar e de viver a normalidade das suas rotinas, visto que elas vêm de um dia a dia com maior parte do tempo brincando, até começar o tratamento e os sintomas do câncer amenizarem, a brincadeira fica em segundo plano ou até inexistente e elas acabam ficando restritas a uma vida dentro de casa.

Os olhares das crianças durante essas falas dos sintomas, traziam tristezas, franziam a testa e ficaram cabisbaixo, ao analisar seus discursos entendemos que ao relatar sobre isso eles revisitaram aquele lugar de sofrimento em que vivenciaram.

Aqui vale ressaltar a importância do diagnóstico precoce, que segundo o Inca (2022) as chances são de 80% de cura das crianças e adolescentes acometidos pelo câncer, se diagnosticados precocemente e tratados em centros especializados, além disso, a maioria terá boa qualidade de vida após o tratamento. Sem contar que o período vivendo com os sintomas será diminuído e essa criança perderá bem menos tempo da sua vida com sofrimento, sem utilizar remédios que amenizam esses desconfortos.

Ao ouvi-las, sobre os jogos que elas conhecem, os populares foram os mais citados, acreditamos que isso aconteceu devido a cultura do local onde as crianças residem, pois a maioria delas moram no interior dos estados, onde o “jogar na rua” ainda é bem presente, algo que foge muito da realidade da capital de Pernambuco, onde não observamos muitas crianças brincando nas ruas.

Brincava de boneca, esconde esconde, pega pega. Eu brinco na rua quando eu tô com meu pai, quando eu tô com a minha mãe, minha mãe não deixa eu sair de casa, só meu pai, brinco de correr, de bicicleta, de esconde esconde (Eliana – 07 anos).

Gostava de brincar na rua, eu brincava de... de... pega pega, esconde esconde... futebol (Karen – 09 anos).

Brincava de baleado, menino pega menina, também tem... tocar alto (Lorena – 10 anos).

Um dos pontos sobre o jogo é a característica da cultura lúdica, tanto que as crianças citam jogos que funcionam de forma diferente para elas do que para nós, por exemplo, o baleado e o tocar alto, citados pela criança da Paraíba, ao comparar as características do jogo, em Pernambuco se encaixaria no que chamamos de queimado e pula macaco. Sendo assim é modificado até os nomes dos jogos e ao refletir sobre esse discurso, percebemos que essas mudanças se baseiam na cultura em que elas estão inseridas, inclusive, da cultura lúdica de cada criança, que traz referências que permitem uma interpretação dos jogos de maneira diferente do que seria para outras pessoas.

A cultura lúdica é o que propicia o início das brincadeiras, sendo necessário o jogador adquiri-la para interpretar como jogos algumas práticas que, a priori, poderiam não parecer, principalmente aos olhos de quem não tem referências para julgá-las, como observadores externos pertencentes ou não a tal cultura (SCAGLIA; FABIANI; GODOY, 2020, p.193).

Essa cultura diversifica-se segundo numerosos critérios. Evidentemente, em primeiro lugar, a cultura em que está inserida a criança e sua cultura lúdica. As culturas lúdicas não são idênticas no Japão e nos Estados Unidos. Elas se diversificam também conforme o meio social, a cidade e mais ainda o sexo da criança. Desse modo, uma vez que a cultura lúdica é parte integrante da cultura geral e se transforma junto com ela, é importante ter consciência dos impactos provenientes desse processo sociocultural constituinte da sociedade contemporânea e o quanto esse influencia a cultura lúdica (BROUGÈRE, 1998; SCAGLIA; FABIANI; GODOY, 2020).

A cultura lúdica proporciona uma construção de pensamentos e ideias, que a partir de algo já estabelecido constrói o novo, este visa outrem e essa interação social possibilita um espaço de construção do agora (SILVA, 2021, p.62).

Visto como na contemporaneidade essa cultura lúdica vem recebendo modificações, principalmente com o acesso à tecnologia, algumas crianças também citaram os jogos eletrônicos, onde aqui podemos fazer a análise que esses discursos desses tipos de jogos surgem de crianças que possuem moradias em centros urbanos, ou seja, para elas a cultura lúdica é o jogo eletrônico e não mais o brincar na rua.

No celular eu jogo, deixa eu ver... roblox, subway surf, deixa eu ver, que mais. Tom e Ângela, são dois gatinhos, tem que ficar cuidando dele, mas ela fala, é tipo uma pessoa só que um gato (Lorena – 10 anos).

Jogo mais no celular, esse aqui (mostra o jogo) eu tenho uma cidade, aí tô montando minha casa, entendeu? Dar pra fazer os personagens também (Melissa – 10 anos).

Subway surf, freefire (Karen – 09 anos).

Conheço Lego, minecraft, GTA, freefire, Pokémon, minecraft, roblox, fortnite. Eu jogava Mário em casa, tenho um videogame em casa, só que queimou, eu jogava megamente toda hora também (Joel – 08 anos).

O jogo como objeto digital da cultura pós-moderna, tem como característica inerente, ressignificar a cultura. São artefatos tecno culturais que estão envolvidos com novas formas de lazer, com o consumo, com o marketing, com a educação, com a escola, com a internet, com a mídia, com os computadores, com as tecnologias da informática, com o cotidiano, com as nossas vidas (MENDES, 2005; PETRY, 2016).

Os tipos de jogos eletrônicos citados pelas crianças repetiam-se, ou seja, existem alguns jogos que estão sendo mais acessados, pela faixa etária dessas crianças e que são comuns a elas, o que independe da localidade de suas moradias, porém esses jogos são gratuitos o que permitem uma maior facilidade ao acesso, tendo em vista que a família dessas crianças possui baixa renda financeira. Além disso, as crianças ao interagirem na brinquedoteca conversavam sobre quais jogos estão jogando no celular ou videogame e assim foram ensinando umas às outras a jogarem e adquirirem aquele determinado jogo.

Depois do tratamento que comecei com isso de videogame (André – 10 anos).

Visto que durante o tratamento as crianças começaram a conhecer outros jogos, devido a vivência delas na brinquedoteca ou com algumas outras crianças que estão no tratamento também e até mesmo com as intervenções do Programa Ludus com jogos e brincadeiras, alguns começaram a fazer parte da rotina das crianças. Além disso, devido a limitação ocasionada durante o processo de hospitalização, as crianças precisam ir adaptando os jogos e conhecendo novos, que de acordo com suas limitações sejam possíveis delas jogarem.

Dama, é... aquele que são um quadrado aqui, um quadrado aqui (mostrando com as mãos como é) que sai andando com um pinozinho. Tenho banco imobiliário com a maquininha. Mas eu prefiro brincar na rua, bem mais legal (Lorena – 10 anos).

Gosto de uno, cara a cara (Pablo – 10 anos).

Uno “nós” conhece, dominó também (Joel – 08 anos).

Ah, tem carta também que eu gosto de jogar, eu jogo com meu primo carta (André – 10 anos).

Ao falar das atividades lúdicas atuais das crianças com câncer é observado que elas são modificadas, pois, anteriormente elas relatam que brincavam de correr, de esconde-esconde, patins e depois essas mesmas crianças quando relatam dos jogos durante o tratamento remetem aos jogos de salão, que analisando esses discursos, percebemos que eles na sua essência não demandam esforço físico, que devido as fragilidades das crianças com câncer, seria uma adaptação das atividades lúdicas que elas mesmas precisaram fazer.

Corroborando com a classificação de jogos de salão segundo Melo (2003) que conceitua esses jogos como pré-fabricados com regras predeterminadas, realizados em locais mais fechados e com a utilização de peças, que também pode receber o nome de jogos de tabuleiro. Esses jogos, na sua grande maioria, não exigem tanto desgaste físico e trabalham, principalmente, o raciocínio lógico. Visto que as crianças possuem limitações físicas, por causa do câncer, uma ótima alternativa para a vivência do jogar, encontra-se nos jogos de salão, que são bastante utilizados por elas no ambiente hospitalar.

Outro ponto, são as adaptações das atividades lúdicas que as crianças já faziam antes do diagnóstico do câncer, levando em consideração que elas possuem algumas restrições, para não abandonar os jogos que já praticavam elas começam

por si só a adaptá-los.

Gosto de futebol, mas assim, não dar a pessoa vim e tomar de mim a bola (gesticula representando como é esse jogo de futebol) a pessoa fica no gol, aí ele tem que fazer alguma coisa para acertar, assim ainda jogo (Karen – 09 anos).

É tão importante para a criança continuar fazendo coisas anteriores à rotina hospitalar que ela procura uma forma de viver essa dinâmica, mesmo que precise de uma modificação para a sua realização. Aqui ao entendermos o brincar como expressão da criança, fica claro, como deixar a rotina o mais próximo possível da sua vida antes do câncer é essencial para o olhar dela sobre a situação do ambiente hospitalar.

O forte impacto do lúdico, do brincar, do brinquedo terapêutico e de jogos e brincadeiras como ferramenta e estratégia de cuidado a criança com câncer, uma vez que modifica o olhar da criança hospitalizada sobre sua situação atual (OLIVEIRA; BUCK, 2019, p.165).

Portanto, é evidente que de acordo com as mudanças das suas rotinas, os jogos são alterados juntamente com esse processo, para que independente da hospitalização, as crianças não parem de evoluir através das atividades lúdicas.

O brincar faz parte da criança e do viver a infância, por isso a importância que ao ter esse rompimento com a rotina, ela consiga viver experiências com atividades lúdicas também no ambiente hospitalar.

Assim, as experiências lúdicas e educativas presentes no cotidiano familiar e escolar, ao serem parte da rotina do ambiente do tratamento, ou seja, da casa de apoio, são recursos culturais e sociais que viabilizam às crianças o direito de se apropriarem e de se relacionarem no contexto dessa nova realidade que diz respeito a elas, às suas escolhas diárias, aos seus relacionamentos, às suas subjetividades e às suas preferências, e não apenas à saúde do seu corpo (TRAJANO; GALINHA; CRUZ, 2017, p.31).

Nesse sentido, oferecer atividades lúdicas no ambiente hospitalar é contribuir para que o tratamento da criança seja voltado também para o desenvolvimento, a brincadeira, não como o mais importante, mas parte indispensável para que essa criança, em desenvolvimento, seja entendida e tratada como ser biopsicossocial, onde a preocupação também se encontra em um tratamento focado não apenas na parte biológica, mas no contexto da sua vida e da sua infância.

Visto que de acordo com Trajano, Galinha e Cruz (2017) os fatores importantes

ao desenvolvimento da criança em tratamento oncológico são construídos em conjunto com as suas características pessoais e com as características presentes nesses contextos, o brincar no hospital revela a possibilidade de a criança assimilar o que está acontecendo a sua volta.

De fato, a infância é um tempo para brincar. É um espaço em que a criança pode experimentar, descobrir, criar e recriar experiências e saberes sobre si própria e sobre o mundo que a cerca (ALVES; SOMMERHALDER, 2006 p.127).

O Programa Ludus também defende na sua ementa, que o lúdico está interligado aos conhecimentos, à alegria, ao divertimento e que todas as crianças precisam vivenciá-lo, por isso a preocupação em oferecer atividades lúdicas para as crianças com câncer. Desse modo, durante os relatos das crianças elas também mencionaram a afeição pelos jogos que foram vivenciados nos dias que foram coletadas as falas, jogos esses realizados pelos monitores do Programa Ludus.

Gosto desses jogos, só não gostei mais hoje, porque eu perdi (começamos a sorrir) (Pablo – 10 anos).

Gostei muito do jogo do barquinho, gosto desses tios (Joel – 08 anos).

Para o Programa Ludus (2021) a prática do ensino na Educação Física esteve mais relacionada às abordagens tradicionais, distanciando-se de ações lúdicas. Nesse sentido, a ludicidade ficou em segundo plano no que diz respeito às ações sociais da Educação Física. Contudo, a cultura lúdica precisa ser cultivada para oportunizar uma flexibilidade do brincar. Por vezes, ainda se tem a ideia do brincar como um momento de futilidade, mas é no ato de brincar que o ser humano resolve problemas que lhe são apresentados, deixando em evidência a alegria e o prazer no ato de jogar/brincar (Ação lúdica).

Dessa maneira, os jogos e brincadeiras oferecidos pelo Programa Ludus foram divididos a partir das classificações dos jogos segundo Melo (2003), jogos esportivos, de salão e populares, sendo eles planejados para intervenção durante três meses cada, na brinquedoteca hospitalar, a fim de que as crianças vivenciassem experiências com todos esses tipos de jogos.

A intenção dos monitores que compõem o Programa era proporcionar vivências com jogos diferentes daqueles presentes na brinquedoteca, inclusive jogos com bola, arcos, cones e materiais que muitas vezes, as crianças não conheciam. Esse ponto

foi bem importante para conquistar as crianças a gostarem e participarem dos jogos, levar novidades e experiências que elas não costumam participar, principalmente, após o diagnóstico do câncer.

Entretanto, aconteciam situações em que as crianças não queriam participar das atividades lúdicas que variavam desde aos efeitos colaterais da medicação até o fato de naquele dia não estarem com ânimo ou disposição de jogar.

Às vezes eu participo, as vezes eu não quero participar, aí não participo. porque eu não quero mesmo, as vezes eu não quero mesmo, eu não quero falar com o povo, as vezes eu não quero fazer nada, as vezes eu fico só olhando o povo fazendo assim e eu fico ali parada fazendo alguma coisa (tom de voz baixo e olha para o chão). Eu também não sou muito de ficar conversando assim sabe, com quem eu não conheço (fala bem baixinho, como se sentisse retraída), porque geralmente quando a gente joga, o povo fica falando, aí eu não gosto muito. Quando eu participo eu gosto, é que eu fico brincando né, de ficar jogando, brincando (Melissa – 10 anos).

A inconstância das crianças com câncer nas atividades lúdicas é algo muito presente, pois a depender do seu estado de saúde naquele dia, ela pode não querer participar das atividades ou até mesmo não querer conversar, o que é entendível, levando em conta as medicações que elas precisaram fazer no dia ou todo o transtorno invasivo que um tratamento de câncer oferta.

Porém é imprescindível que haja um estímulo para essa criança participar das atividades lúdicas ou de qualquer outro momento que ofereça uma interação social dela com as outras pessoas, pois, no contexto hospitalar ela já tende a ficar mais retraída e tímida, inclusive pelos efeitos colaterais do tratamento, como a perda do cabelo, que afeta diretamente a autoestima da criança.

Devido a isso surge o distanciamento e isolamento social que acontecem durante o processo de hospitalização, além da criança perder o convívio na escola, com seus familiares e amigos, ainda está enfrentando esses efeitos do tratamento.

O brincar revela-se extremamente importante nesse contexto, pois permite um espaço onde a criança pode resistir a tentativa de mutilação social dos sentidos ocasionada pela vivência no ambiente hospitalar (CARVALHO et al., 2020, p.307).

Dessa forma, as atividades lúdicas podem ajudar nesse processo de socialização, por possibilitar durante as suas vivências a interação social, através das conversas, do jogar em equipe e da comunicação que se dá durante o jogo ou brincadeira.

Toda interação supõe efetivamente uma interpretação das significações dadas aos objetos dessa interação (indivíduos, ações, objetos materiais), e a criança vai agir em função da significação que vai dar a esses objetos, adaptando-se à reação dos outros elementos da interação, para reagir também e produzir assim novas significações que vão ser interpretadas pelos outros. (BROUGÈRE, 1998, p.110).

Essas novas significações são essenciais para o processo de adaptação ao ambiente hospitalar e isso pode acontecer através das interações do brincar, que segundo Carvalho et al. (2020) o brincar no ambiente hospitalar ocasiona a formação de novos significados, superando a doença enquanto centralidade da vida da criança com câncer.

Nesse sentido, ao relacionar as atividades lúdicas com o processo hospitalar fica claro a importância da utilização do mesmo em um momento de fragilidade em diversos aspectos das crianças, como: ambiente estranho, pessoas desconhecidas que começam a cuidá-las, medicação, efeitos colaterais, distanciamento dos familiares e amigos, pois o brincar se encaixa nesse contexto como a amenização do sofrimento da nova rotina, que não tem um prazo estabelecido para findar-se, para que haja assim a volta para suas casas.

Brincar é indispensável na infância, sendo extremamente necessário ao desenvolvimento infantil. No momento em que brinca, mesmo em um ambiente hospitalar, a criança estará fortalecendo e criando laços, aproximando-se de sua rotina, conseqüentemente, terá resultados positivo em seu tratamento, podendo até diminuir o tempo de internação e os possíveis traumas (SILVA et.al, 2018, p.298).

É na ação de brincar que a criança se apropria da realidade, dando-lhe significado. As brincadeiras concedem à criança experiências afetivas, cognitivas e de interação social. Durante a brincadeira, sentimentos de prazer predominam favorecendo positivamente a saúde da criança. Ao distrair-se interagindo e brincando com outras crianças ela esquece por um instante sua condição patológica, torna-se mais segura, nesse ambiente e compreende melhor o seu estado de saúde-doença (BEZERRA, 2014; SILVA et al., 2018).

As narrativas infantis asseguram a experiência como fundante da produção de afetos, são recheadas de sentido, carregando em si a subjetividade da criança, sua construção social e, portanto, devem também ter espaço prioritário na sociedade, afinal, muito se fala sobre as crianças, mas pouco com as crianças (SANTOS; BRANDÃO; RODRIGUES, 2021, p.27).

Tratando esse espaço das narrativas das crianças como prioridade, entendemos que isso também deve acontecer no ambiente hospitalar, que segundo Netto et al. (2022) as atividades lúdicas como brincar, dançar e cantar são capazes de promover uma melhor aceitação das crianças à nova realidade, obtendo melhora da ansiedade, depressão e medo.

De acordo com Souza et al. (2022) as atividades lúdicas são recursos terapêuticos que acrescentam no hospital, pois contribuem com a autoestima, a sociabilidade e o desenvolvimento das crianças, também sendo uma estratégia complementar do tratamento para o bem-estar delas no processo de hospitalização.

No que concerne o entendimento das atividades lúdicas para as crianças com câncer, seja antes ou durante do diagnóstico oncológico os discursos delas demonstram a importância de vivências com jogos e brincadeiras. Antes da hospitalização, ao relatar sobre a cultura lúdica que elas vivenciaram, como o brincar na rua com os amigos e na escola, as crianças estavam com expressões de felicidade ao lembrar dessas brincadeiras e de como isso ocasionou essa memória lúdica para elas.

Durante o processo hospitalar, as crianças revelam mudanças nos tipos de jogos, antes era uma perspectiva mais ativa em relação aos movimentos, como brincar de esconde-esconde e pega-pega, porém, após o diagnóstico esses jogos passam a ser eletrônicos ou de salão, pois dentro de suas limitações é o que elas conseguem realizar.

Nesse sentido, destacamos aqui a importância do jogar e brincar em todos os momentos da vida de uma criança, considerando que independente do ambiente em que ela esteja ou o estado de saúde, ela sempre busca a experiência lúdica. Ao pensar no ambiente hospitalar, apesar de ser um ambiente estranho para essa criança, ela foi descobrindo várias possibilidades de vivências com diferentes jogos trazidos pelo Programa Ludus.

O brincar deve ser considerado não apenas no que se refere à ordem curativa e à redução do tempo de permanência no hospital, mas também no sentido de apoiar a criança e o adolescente para atravessar a situação de doença e hospitalização, através de vivências prazerosas e saudáveis (CARVALHO et al., 2020, p.301).

Com isso, durante o processo hospitalar, através das atividades lúdicas, as

crianças conseguem ter um olhar para além da centralidade da doença, conseguem vivenciar sua infância, melhorar a interação social, contribuindo para que elas consigam ter uma vida mais próxima possível da normalidade de uma criança da sua idade, com o direito de desenvolver-se e enfrentar um tratamento invasivo com muito mais suporte.

4.3 Desafios e aprendizagens durante o tratamento oncológico pediátrico

Buscando compreender o tratamento oncológico e sua relação com a rotina das crianças associando-a com as atividades lúdicas, ouvimos elas sobre todos os processos vivenciados, enquanto pacientes, a fim de analisar seus discursos sobre esse eixo temático. Durante os relatos das crianças, houve bastante desafios para nós, em relação aos assuntos que elas falaram ao associar o tratamento oncológico, como por exemplo, a queda do cabelo. Em diversos momentos aprendemos com as crianças ao relatarem sobre estudar no hospital, as amizades com funcionários e colegas, a rotina no hospital e entre tantos outros assuntos que nos ensinaram a superar os desafios de lidar com esse tema.

Um ponto de bastante impacto para as crianças é a queda dos cabelos, devido a quimioterapia que elas precisam fazer durante o tratamento. Essa perda ocasiona diversas influências no comportamento das crianças com câncer, tanto na parte psicológica ao ter baixa autoestima, como no aspecto social, quando a criança fica mais retraída, por vergonha de estar sem cabelo e acaba não interagindo tanto com as pessoas a sua volta, o que interfere diretamente durante a vivência do jogar.

Envergonham-se da situação física em que se encontram, demonstrando preocupação e receio quanto a aparência e a visão que pessoas poderiam ter a seu respeito (CAGNIN; LISTONFERREIRA; DUPAS, 2003, p. 23).

Nesse sentido, ao dialogar com as crianças, em relação ao tratamento, a queda de cabelo apareceu em todas as falas delas, sendo o assunto do cabelo trazido à tona em suas falas. Por causa disso, ouvimos como que foi para as crianças esse processo, ressaltando que houve muita fuga das respostas quando entramos nesse assunto, que surgiu a partir do que elas foram dialogando durante as entrevistas, sendo bastante desafiador para nós lidar com um assunto tão impactante na vida delas. Porém, percebemos que a queda do cabelo interferiu diretamente na interação inicial das atividades lúdicas oferecidas no hospital, pois, muitas apresentaram dificuldades

na participação, por causa da vergonha e de não estar confortável por ter caído seu cabelo, justificando assim a importância em analisar os discursos sobre esse tema na pesquisa, o que ocasionou bastante aprendizagem sobre as dimensões que estão envolvidas no tratamento oncológico.

Quando meu cabelo começou a cair, eu vi assim, os cabelos caindo. Aí só estava uns “fiapos” só (abaixa a cabeça), aí pedir para raspar (Joel – 08 anos).

Meu cabelo chegou a cair sim (voz triste e abaixa a cabeça) não gostei não (revira os olhos para cima), meu cabelo era bem grande, ele era aqui assim (mostra o comprimento do cabelo, nas proximidades da cintura) não usava lenço, não... no começo eu usava, aí depois eu percebi que era muito chato, porque fazia muito calor, aí parei de usar (voz triste) (Melissa – 10 anos).

Ao falar sobre a queda dos cabelos as crianças, independente do sexo, ficavam com expressão de tristeza e até com o olho cheio de lágrimas e abaixavam a cabeça ao relatar sobre esse processo difícil no tratamento. Isso acontece devido a vários aspectos, como a perda da identidade ao passar a usar lenço, toucas, bonés e até mesmo por ser confundidas em relação ao seu sexo.

Perder os cabelos acarreta outras implicações na criança, que vê esse episódio como uma perda da identidade. Sente-se agora a necessidade de disfarçar e passa a usar boné, as pessoas confundem o seu sexo – tratam a menina como menino – ela se sente mal e quando dorme chega a sonhar com os cabelos (CAGNIN; LISTONFERREIRA; DUPAS, 2003, p.25).

No senso comum, muitas pessoas acreditam que as crianças não são tão afetadas quando o cabelo começa a cair, “porque são crianças não se importam muito com isso” e através dos seus discursos fica evidente que essa perda atinge muito o fator emocional delas e que se fosse para escolher, elas preferiam enfrentar o tratamento com cabelo.

Fiquei raspando a cabeça (olha para baixo), me sentir sozinha (a voz embarga), não fiquei triste, só raspou (ela abre os braços, simbolizando “o que eu posso fazer?”), meu cabelo era grandão... Eu estou querendo trazer minha touca, porque alguém tá precisando de touca né, eu tenho um saco (Eliana – 07 anos).

A solidão no paciente oncológico é algo comum, pelo afastamento da sua rotina para o tratamento, como também a perda dos cabelos, visto que na fala a criança diz que se sentiu sozinha quando chegou a hora de raspar a cabeça, logo percebe-se que isso atinge muito mais ela do que podemos mensurar, pois o cabelo significa tanto para ela que ficar sem ele é como estar sozinha, analisamos que é simbolicamente

uma perda de identidade.

Segundo Cagnin, Listonferreira e Dupas (2003) é possível compreender que a criança percebe as alterações do seu corpo e a diferença na sua aparência física, o que altera a sua autoimagem, logo, os aspectos orgânicos e psicossociais dela também.

Ao mesmo tempo a criança entende que nada ela pode fazer para que não aconteça a queda dos cabelos, entretanto quando o seu cabelo começa a crescer e a criança percebe que em casa tem todas as suas toucas que acolhiam ela nesse momento, ela oferece para entregar aos outros pacientes, como uma forma de acolher seus colegas de tratamento também.

Segundo Cagnin, Listonferreira e Dupas (2003) com a evolução do tratamento, a manifestação de um bom prognóstico e até o desfecho de cura, as crianças passam a apresentar vários sentimentos positivos, entre eles a compaixão em relação às outras crianças.

Meu cabelo caiu, todo. Eu dormia, quando eu acordava o travesseiro estava cheio de cabelo (olha para baixo), aí eu decidir raspar, aí eu raspei tudo, aí cresceu. Eu fiz a radioterapia e caiu de novo, aí agora cresceu e não caiu mais (sorrir empolgada). E quando meu cabelo começou a crescer eu não deixava ninguém tocar, mas uma vez, que eu fui ao salão, aí cortei as pontinhas (Lorena – 10 anos).

Quando meu cabelo começou a crescer ah, eu fiquei feliz, comecei a fazer um monte de penteado no meu cabelo (sorrir e faz gesto com as mãos para simbolizar o penteado). É, eu não gosto do povo tocando no meu cabelo não, agora vou deixar crescer (Melissa – 10 anos).

Algumas crianças entrevistadas estavam com seus cabelos já crescendo e houve muita empolgação quando elas entraram no assunto desse atual cabelo, falando sobre os penteados que estão fazendo ou de não deixar que as pessoas fiquem tocando porque tem medo do cabelo cair de novo.

Outro ponto comum no tratamento é o cabelo crescer e depois cair novamente, pois em alguns casos é finalizada a quimioterapia e começa a fase de exames antes de iniciar a radioterapia, nesse meio tempo os primeiros fios começam a nascer, porém ao começar a radioterapia, eles caem novamente. Sendo assim, ainda durante o tratamento existe esse processo de ganho e perda dos cabelos.

Além disso, acontece uma enorme perda para o desenvolvimento das crianças que é a saída da escola para fazer o tratamento no ambiente hospitalar, pensando nisso, o hospital em que coletamos os dados, conta na sua instalação com a Classe

Hospitalar Semear, que faz o acompanhamento dessas crianças durante a hospitalização.

O Decreto Nº 28.622 de 06 de março de 2015, instituiu a Classe Hospitalar na Rede Municipal de Ensino do Recife que fica explícito no Art.2º “A classe hospitalar deve dar continuidade ao processo de desenvolvimento e ao processo de aprendizagem de estudantes matriculados em escolas de educação infantil e ensino fundamental do Recife, contribuindo para seu retorno e reintegração ao grupo escolar, e desenvolvimento de currículo flexibilizado com o estudante-paciente, facilitando seu posterior acesso à escola regular.”

Sendo assim as crianças relatam sobre esse acompanhamento escolar no hospital e de como isso contribuiu para a sua volta à escola regular, após o período de internamento.

Eu parei a escola, por dois anos, tinha né, acompanhamento aqui das tarefas, é... eu fiquei estudando aqui. Eu fiquei sem ir para escola, mas estava estudando na escola daqui (Melissa – 10 anos).

Eu sair da escola, eu tive que sair, aí eu vim para classe hospitalar (abaixou a cabeça e ficou mexendo no short), eu fiquei estudando, naquele colégio que tem ali (Lorena – 10 anos).

A duração do tratamento no processo de internamento hospitalar varia de diagnóstico, a depender do tipo do câncer da criança, logo a criança pode ficar meses, como pode chegar há anos no hospital e isso interfere diretamente no aprendizado e desenvolvimento dela, pela ruptura da ida à escola regular.

Por isso a importância de o hospital fazer uso das suas instalações de um espaço destinado para o acompanhamento desses estudantes-pacientes, visando que seus conhecimentos não fiquem defasados enquanto eles se recuperam completamente do seu estado de saúde.

Segundo Camacho (2006) a criança hospitalizada é a mesma criança que vai à escola (ou ia); a escola é, para esta criança, um elo fundamental de seu mundo que se rompe. O processo de aprendizagem permanece em movimento, pois não é restrito à escola.

Devido ao acompanhamento de uma equipe multiprofissional das crianças na hospitalização, ao receber alta do hospital elas conseguem voltar para suas vidas sem serem tão afetadas na rotina. Como por exemplo, conseguir acompanhar sua turma e não perder nenhum ano na escola, em seu desenvolvimento, por isso a importância

também, em pensar no indivíduo como ser biopsicossocial e não apenas cuidar da parte biológica da criança.

Agora eu voltei para escola, estou no quarto ano. eu fiquei feliz, é... é... sei lá. É... eu fiz amigos, é um mói de gente, é a sala toda praticamente (dar risada) (Melissa – 10 anos).

Já voltei para escola, tô no quinto ano, foi muito legal, tenho bastante amigos. E continuei, na idade certa. Agora tô de férias, só vou voltar dia 04, férias de São João. Gosto mais de matemática e não gosto muito de história, é muito grande, é muito trabalho para fazer, ela sempre passa trabalho (Lorena – 10 anos).

Antes do tratamento eu estava no segundo ano, mas agora eu tô no quarto (fala de forma orgulhosa), não fiz o terceiro, já fui pro quarto (ela sorrir) (Karen – 09 anos).

Por causa do acompanhamento através da Classe Hospitalar, as crianças relatam que ao receberem alta dos internamentos elas conseguiram voltar para a escola regular continuando com suas turmas, sem afetar na evolução delas, em relação ao ir para o próximo ano da escola. Uma criança em especial, relata que quando voltou para a escola os profissionais de lá notaram que ela estava à frente da sua turma, por isso, adiantaram ela e isso foi possível por causa do acompanhamento no hospital através das aprendizagens dos conhecimentos.

As práticas educativas podem ser, portanto, modificadas dentro da situação da doença oncológica e podem trazer implicações importantes para o desenvolvimento da criança (SANT'ANNA; MENDES, 2017, p.117).

As crianças ao falarem da escola houve uma associação direta com as aulas de Educação Física, onde elas têm como referência essa disciplina para “brincar”. Através dos seus relatos, que residem em diferentes estados e escolas, foi visto que não havia um planejamento dos conteúdos pelos professores de educação física, pois, as crianças falaram que levam jogos de casa, que não tem esporte nas aulas e que é dado uma bola para jogarem o que quiserem.

Deixa eu ver, hum... na escola eu brincava de correr, de pega-pega, de... Na aula de educação Física de pular corda, a gente brinca com a bola também, a bola de vôlei, aí a gente fica brincando de vôlei (Lorena – 10 anos).

O que eu mais gosto é da educação física, o que não falta é amigo para jogar mesmo. Na educação Física, no caso a gente joga, aí eu levo um jogo pra gente jogar lá. é porque no caso, a gente não tem esporte sabe? A gente mais brinca, joga jogo, coisa assim (Melissa – 10 anos).

Apesar da não aplicação de planejamentos dos conteúdos das aulas para essas crianças, como a não vivência dos esportes, elas relatam que gostam das aulas de educação física porque é o espaço de brincar na escola, segundo elas.

A escola, como espaço privilegiado de educação, deve dar valor às diferentes manifestações dos seus alunos. As experiências que os alunos trazem para o contexto escolar são fundamentais para enriquecer o processo de ensino e aprendizagem traçado pela escola... (SURDI; DE MELO; KUNZ, 2016, p.469).

Nesse sentido, acreditamos que levar para escola os jogos e brincadeiras que as crianças conhecem ou possuem em casa, contribuem também para o ensino das aulas de educação física, porém esse não pode ser apenas o único ponto do processo de ensino aprendizagem. Faz-se necessário o ensino dos esportes, dança, ginástica e lutas, enquanto conteúdos, que segundo o relato das crianças não é algo sistematizado nas suas vivências nessas aulas.

Tornar o jogo objeto de intervenção nas aulas de Educação Física é uma forma profícua de assumir outra racionalidade para esse espaço- tempo, que associa interesses e necessidades das crianças para favorecer o desenvolvimento de diversas linguagens presentes na escola (FALCÃO et al., 2012, p.622).

De acordo com Modesto e Rúbio (2014) o lúdico, é uma ferramenta importante na mediação do conhecimento, estimula a criança enquanto trabalha com material concreto, jogos, ou seja, tudo o que ela possa manusear, refletir e reorganizar; a aprendizagem acontece com mais facilidade e entusiasmo, pois ela aprende sem perceber, aprende brincando.

Na escola acontece um grande processo de interação social, que também é um importante ponto no mundo das atividades lúdicas. A socialização dos participantes, que foi bem explicitada pelas crianças, ao indicarem a participação com os amigos quando jogam ou até mesmo quando narram sobre a volta para escola, em que tem bastante amigos na sua turma.

Ao brincar e jogar, as crianças vão se constituindo como sujeitos de sua experiência social, organizando com autonomia suas ações e interações, elaborando planos e formas de ações conjuntas, criando regras de convivência social e de participação nas brincadeiras. (FALCÃO et al., 2012, p.623).

Aqui entendemos que as atividades lúdicas também devem ser utilizadas

dentro da Classe hospitalar, ao ficar explícito que de acordo com Cardoso (2011, p. 57) “a ludicidade, com sua característica encantadora e benéfica para o desenvolvimento infantil, além de contribuir para o ensino aprendizagem, cria um ambiente aconchegante e alegre no hospital”.

No que concerne o desenvolvimento infantil e alegria no hospital um espaço que vem ajudando muito nesse processo do tratamento também é a brinquedoteca, sendo um local que possui um papel primordial no tratamento hospitalar das crianças, por ser o lugar de interação delas, de aprendizados, de jogos e brincadeiras, além de ajudar na espera das consultas, das medicações e processos do tratamento.

Visto que a criança ao invés de ficar sentada na sala de espera, vai para um ambiente próprio de atividades lúdicas, onde isso também vai ocupando o seu tempo enquanto aguarda sua vez e ainda ajudando-a no seu desenvolvimento e distração do ambiente hospitalar, sendo a brinquedoteca bastante citada pelas crianças nas entrevistas.

Acho ótima a brinquedoteca, o que eu mais gosto daqui é fazer várias coisas, brincar... prefiro jogar na brinquedoteca, sem ser videogame, só jogo se eu tiver sem fazer alguma coisa, não sou muito de jogar não, quando eu tô aqui mesmo, eu não mexo no celular (Joel – 08 anos).

Na brinquedoteca jogo cara a cara, quem sou eu, uno, dama, é... gênio, que é aquele da torre, é... acho que sem a brinquedoteca seria entediante, eu fico lá, sendo que hoje, eu baixei esse jogo e consegui fazer uma coisa, que consegui fazer tudo de graça, aí por isso que eu tô jogando, por isso que eu nem brinquei na brinquedoteca hoje (Melissa – 10 anos).

Nos discursos das crianças sobre o que gostam de fazer na brinquedoteca, as palavras citadas foram sinônimas de brincar, jogar e diversão, não houve nenhuma associação com dor, sofrimento ou sentimentos negativos, inclusive citando que sem a brinquedoteca seria bem entediante o hospital. Outro ponto positivo foi o relato sobre não usar o celular enquanto estavam na brinquedoteca, que não é uma exigência do local, mas que as crianças por elas mesmas não entravam na brinquedoteca com esses aparelhos, mostrando assim, que os jogos disponíveis para uso nesse espaço chamam muito mais atenção delas do que o celular.

Ao falarem sobre a parte que mais gostam no hospital, de forma unânime, foi a brinquedoteca, ou seja, de todas as instalações, condutas, processos e tudo que envolve um hospital elas escolheram a brinquedoteca.

O que eu mais gosto daqui é a brinquedoteca (Eliana – 07 anos).

Da brinquedoteca o que eu mais gosto é dos brinquedos, eu gosto muito de jogos... de dominó, gosto daquele que tem que encontrar o parzinho (Karen – 09 anos).

De acordo com o estudo de Oliveira et al. (2009) que foi realizado na brinquedoteca de um hospital, uma intervenção com as atividades lúdicas, as crianças antes de participarem estavam apáticas ou muito agitadas, porém depois de brincarem passaram a lidar melhor com a hospitalização, pois as atividades ajudaram com que ficassem relaxadas e mais calmas, mostrando interesse de continuar brincando. Desse modo é possível compreender quando as crianças relatam que sem a brinquedoteca, não iria querer fazer o tratamento e que sem esse local não iriam fazer nada enquanto esperam a medicação ou consulta, pela sensação de bem-estar que o brincar ocasiona.

De fato, a brinquedoteca é o único espaço destinado prioritariamente às atividades lúdicas dentro do hospital e aqui estamos falando de sujeitos que são crianças, sendo inerente da infância o brincar, nesse sentido, obviamente, o lugar preferido da criança vai ser a brinquedoteca, pois é o lugar que eles entendem que podem e tem um controle sobre aquele ambiente, por exemplo escolher o que brincar, quando começar e terminar a brincadeira, possuindo ali sua autonomia.

As atividades lúdicas, ao propiciarem situações de tomadas de decisão e autonomia, transformaram o ambiente hospitalar despersonalizante em um lugar mais previsível e controlável para a criança. Estes comportamentos favoreceram o enfrentamento das dificuldades oriundas da hospitalização e também aproximaram o ambiente do hospital da realidade cotidiana das crianças (OLIVEIRA et al., 2009, p.310).

Outro fato que faz a brinquedoteca ser o lugar preferido das crianças é porque foge do contexto do que se espera do hospital: agulhas, medicações, exames, consultas etc. Ao pensar que no hospital existe também um lugar de divertimento, essa criança com câncer já consegue ir modificando a forma em que enxerga esse local e o tratamento, associando-o como um lugar de brincadeiras.

Ah, eu não sabia que existia essa brinquedoteca aqui, não sabia que existia brinquedoteca não em hospital... Se não tivesse a brinquedoteca eu ia ficar fazendo nada, ia ficar no celular, se não tivesse brinquedoteca aqui eu não ia querer fazer tratamento aqui, (começa a sorrir) estou brincando... é que ia ser normal, se não tivesse (André – 10 anos).

Eu nunca vi um hospital de brincar, nunca vi. É “muitos legais” e também tem menina para brincar. Sem a salinha de brincar é chato, mas com a salinha é legal (ela fala isso gritando e empolgada) (Gisele – 05 anos).

Como visto na fala da criança, o local do tratamento oncológico se tornou “hospital de brincar”. Sendo assim, conseguimos analisar que essa criança já reformulou o ambiente hospitalar, como sinônimo de brincar, o que contribuiu diretamente para aceitação dessa criança em ir para hospital fazer o seu tratamento com menos resistência, pois ela já associou que lá ela também vai poder brincar.

O brincar pode ter um efeito terapêutico auxiliando na superação de dificuldades e conflitos emocionais, intelectuais e sociais da criança. Ao associar esse momento a uma situação especial, como é a da internação hospitalar, a criança terá um tempo para que possa preencher com suas fantasias, experimentar seus limites de tolerância, encontrar e desenvolver estratégias de enfrentamento ao sofrimento, à dor e à doença (BRITO; PERINOTTO, 2014, p.299).

Na brinquedoteca do hospital onde foi realizada essa pesquisa existem vários jogos diferentes e bem diversificados o que ajudou muito nessa adesão pela brinquedoteca, um exemplo disso é o Xbox disponível para uso da criança, que na sua grande maioria, não possui um videogame em casa. Logo, isso também contribuiu muito para que essas crianças buscassem a brinquedoteca.

Brincava na brinquedoteca de quebra cabeça, é... aquela dança, que tem no jogo de dança na brinquedoteca (Xbox) eu adorava brincar e, vários jogos (Lorena – 10 anos).

Eu poderia ficar aqui até amanhã jogando (Xbox) (André – 10 anos).

Todavia, um problema recorrente era quando chegava o horário das crianças irem fazer seus procedimentos, pois elas não queriam sair da brinquedoteca nem parar de jogar, por muitas vezes elas choravam e pediam para que os “tios” não as deixassem levar. Havia tentativas de explicações, baseadas que depois dos procedimentos elas podiam voltar para a brinquedoteca, porém muitas já sabiam o horário de funcionamento de lá e o tempo que demorava em realizarem seus tratamentos, percebendo que quando terminassem a brinquedoteca estaria fechada, por isso, elas choravam mais ainda.

Aqui percebemos que a brinquedoteca ambulatorial deste hospital em questão, também possui esse lado negativo, no sentido de possuir o funcionamento apenas no horário bem restrito, só pela manhã, o que não permite a volta da criança para esse

espaço, após os procedimentos do tratamento em que elas ficam aguardando os carros fretados das prefeituras de suas cidades ou o transporte que a levam para as casas de apoio, onde moram enquanto fazem o tratamento oncológico.

Refletindo sobre a parte ruim do tratamento na visão das crianças, foram citados dois pontos: a comida do hospital e ficar internado.

A parte ruim é levar as furadas e a comida (sorrir) (Melissa – 10 anos).

Eu não gostava... da comida, é muito ruim (Lorena – 10 anos).

Em relação a comida do hospital não os agrada, já existem estudos científicos que comprovam que devido a quimioterapia o paladar pode ser alterado, tanto que alguns pacientes relatam até sobre o gosto amargo da água.

Segundo Epstein e Barasch (2010) no tratamento com quimioterapia, as drogas quimioterápicas são liberadas na saliva permitindo o contato direto com as papilas gustativas contribuindo desta forma para a manifestação da alteração do paladar. Nesse caso, não necessariamente a comida ruim relatada pelas crianças é realmente um problema alimentício desse hospital, podendo ser um efeito colateral da quimioterapia, inclusive durante as entrevistas delas, alguns acompanhantes falaram que a comida não é ruim do hospital, enquanto as crianças afirmavam que não gostavam.

Um fato importante é que o tratamento exige da criança uma série de compromissos na sua rotina hospitalar, com os exames, as medicações e injeções, que muitas vezes se faz necessário o internamento, o que foi também citado pelas crianças como a parte que elas não gostam.

Não gosto porque fica com furada (Karen – 09 anos).

Só não gosto de ficar preso (ele abaixa a cabeça) (Pablo – 10 anos).

O que eu não gosto daqui é de ficar internada (Eliana – 07 anos).

A privação da liberdade das crianças assim como a mudança das suas rotinas afeta muito elas, entendendo aqui que isso acontece de forma abrupta pela necessidade de que após o fechamento do diagnóstico o tratamento inicie de forma rápida para evitar o agravamento do câncer, logo essas crianças precisam processar tudo ao mesmo tempo e lidar com o “não pode”, “não vai” como parte do seu tratamento.

O tratamento vem alterar rapidamente suas vidas, as perspectivas e possibilidades de escolhas e a vida cotidiana é interrompida bruscamente. A criança é retirada do convívio social a que está acostumada e passa a habitar em um mundo estranho e doloroso: o mundo do hospital, dos medicamentos e seus efeitos, do tratamento e seus procedimentos invasivos, o afastamento dos amigos, da escola etc. (MARQUES, 2004, s/p).

Por isso, ficar longe da sua escola, dos seus amigos, familiares e brincadeiras, além de todas as restrições que o tratamento oncológico exige é parte do que as crianças com câncer mais acham ruim. Lembrando que isso pode ser amenizado através da brinquedoteca pelas atividades lúdicas, ao proporcionar momentos de diversão e aprendizagem, que são aspectos mais próximos da sua rotina anterior. Além disso, segundo Amorim et al. (2020) a brinquedoteca é um espaço prazeroso, que permite o fortalecimento de vínculos ali cultivados, a partir de momentos descontraídos advindos das atividades lúdicas, risos e troca de atenção e carinho.

Eu não gosto daqui do hospital, ah, porque sei lá, fica com furada, fica com um cachorro, é que eu chamo de cachorro, é a bomba, fica atrás de mim, a gente não pode nem subir para o quinto andar, que tem a brinquedoteca porque o cachorro fica “piiii, piiii, piiii” (faz gesto com as mãos representando o barulho e sorrindo) (Karen – 09 anos).

O poder da imaginação da criança é algo realmente surpreendente, como essa criança, que consegue ressignificar através do mundo lúdico, onde a máquina que é colocada a quimioterapia é um cachorro fictício que está sempre com uma coleira (o equipo, a mangueira por onde passa a medicação) e que está sempre latindo (o barulho que a máquina faz avisando que acabou a medicação). Ou seja, ela se apropriou da realidade e transformou-a em uma relação lúdica, para que esse incômodo do alarme da máquina não estressasse tanto ela.

De acordo com Domingues (2010), descobrir o mundo é encontrar novos conhecimentos pelo exercício constante da imaginação. Esse mundo lúdico da criança não está apenas nas atividades lúdicas, mas em toda a sua rotina e vivência, o que contribui bastante para o enfrentamento da doença e para passar por esse processo de forma mais leve.

As crianças não se limitam a recordar experiências já vividas, mas também reelaboram novas realidades, fantasiando as coisas como reflexo da sua atividade imaginativa. A atividade imaginativa pode se ligar com a realidade de diferentes formas: através de elementos tomados da realidade e extraídos de experiências anteriores, em que a fantasia se constrói sempre com

materiais do mundo real; ou na dependência recíproca entre realidade e experiência, pela influência da emoção (DOMINGUES, 2010, p.19-20).

A imaginação das crianças se torna uma chave importante para a forma em que elas lidam com o tratamento e todo o seu contexto, por isso a atividade lúdica é uma ótima alternativa para estimular a imaginação, pois ativa o mundo lúdico da criança, ajudando na ressignificação do ambiente hospitalar.

As atividades lúdicas possibilitam a incorporação de valores, o desenvolvimento cultural, assimilação de novos conhecimentos, o desenvolvimento da sociabilidade e da criatividade. Assim, a criança encontra o equilíbrio entre o real e o imaginário e tem a oportunidade de se desenvolver de maneira prazerosa (DE ASSIS, 2017, p.127- 128).

Refletindo sobre a assimilação das crianças com o contexto atual, adentramos agora em relatos bem sensíveis das crianças, sobre o momento delicado atualmente do tratamento, de como elas se sentem e como lidam com isso.

Olha... não vou dizer também que fazer o tratamento aqui é chato, porque não é chato não... sei lá, eu não sei como dizer assim, já me acostumei... Eu sinto falta só de ir para praia (Melissa – 10 anos).

Essa criança especificamente está em cuidados paliativos, pois, não existe a possibilidade de tratamento modificador da doença para ela, segundo a medicina. Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) e atualizado em 2002, “Cuidado Paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual”.

Os médicos já comunicaram aos pais da criança que o máximo que pode ser realizado agora é manter a doença estável através da quimioterapia não muito invasiva e manter sua qualidade de vida, por isso ela vai regularmente nas segundas-feiras receber a medicação e há mais de 6 anos faz o tratamento oncológico, inclusive muitas coisas de antes do diagnóstico ela não se recorda mais, por ter começado ainda muito pequena nesse processo de cuidados da patologia.

Não devemos nos esquecer que qualidade de vida e bem-estar implicam a observância de vários aspectos da vida. Problemas sociais, dificuldades de acesso a serviços, medicamentos e outros recursos podem ser também motivos de sofrimento e devem ser incluídos entre os aspectos a serem

abordados pela equipe multiprofissional. Viver ativamente, e não simplesmente viver, nos remete à questão da sobrevivência “a qualquer custo”, que esperamos combater... (MATSUMOTO, 2012, p.28).

Dessa maneira, acreditamos que as atividades lúdicas também podem atuar, como efeito terapêutico para a criança em cuidados paliativos, em relação a viver ativamente, pois ela vive essa infância mesmo no ambiente hospitalar de maneira ativa, com autonomia.

Além disso, a visão dessa criança sobre o tratamento já é em um lugar de conforto, no sentido do costume, então para ela fazer o tratamento não é chato, porque isso já faz parte há muito tempo da vida dela, é isso que ela conhece como rotina. Enquanto o que se torna mais difícil é a restrição que a medicação carrega, e não a medicação em si, as furadas, os enjoos etc., como por exemplo citado por ela, não poder ir à praia, algo que ela costumava fazer.

Agora estou mais ou menos bem, a médica aqui diz que eu tenho um monte de doença (ele fica com o olho cheio de lágrima) (Pablo – 10 anos).

Ao relatar sobre a situação atual do tratamento, a criança demonstrou medo na fala e tristeza, os olhos ficaram com lágrimas. Ao analisar seu discurso percebemos que isso se deu por ela saber que o tratamento ainda vai demorar para acabar, porque a médica disse que ela ainda tem o câncer pelo corpo. Isso quer dizer, que não tem previsão de terminar a quimioterapia e as medicações que a criança realiza.

Em relação ao tratamento, principalmente, quando é submetida aos procedimentos, aos efeitos da droga, aos resultados dos exames, ao procedimento cirúrgico, a quimioterapia, que a criança sente e tem medo da realidade concreta que está vivenciando, sem poder fugir dela (CAGNIN; LISTONFERREIRA; DUPAS, 2003, p.21).

Além do medo dessa realidade concreta do tratamento oncológico, o que também pode acontecer, como no caso dessa criança, é de o tratamento não funcionar e as médicas procurarem outro tipo de medicação ou conduta para buscar a recuperação total da criança, o que ocasiona maior sofrimento nela tanto no psicológico, por perceber que as medicações não estão ajudando, quanto no aspecto físico, ao sentir seu corpo ficando mais debilitado. Caso a equipe médica perceba que nenhum tratamento está funcionando, essa criança entra no cuidado paliativo, sendo preservada a sua qualidade de vida.

Pensando na assistência ao tratamento da criança, a humanização hospitalar

é um aspecto importante nesse ambiente ao levar em consideração que existem limitações para além da patologia e que é necessário cuidar da criança enquanto indivíduo em todas as suas dimensões.

Reconhece-se que para se oferecer uma assistência à saúde de qualidade, respeitando todos os aspectos humanos envolvidos é importante compreender a fundo o sentido da palavra humanização, que é o de ver no outro independente de quem ele seja, um ser humano, um ser digno de respeito e consideração, de compaixão e amor independente de suas características pessoais (BRITO; PERINOTTO, 2014, p.298).

O processo de humanização perpassa pela equipe multiprofissional que compõem o hospital, não só na sua formação, como também nos seus cuidados com o paciente e sua conduta. Daí a importância de uma equipe hospitalar ser formada, por fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, profissionais de educação física, enfermeiros, médicos, psicólogos etc., quanto mais a equipe possuir diferentes profissionais buscando dar uma melhor assistência, mais a criança estará sendo bem atendida enquanto ser humano, na sua complexidade e totalidade.

O que eu não gostava muito daqui... da comida, é muito ruim. tem umas comidas que é até boa, tem uma enfermeira que o nome dela era dona Neném, só que ela saiu daqui ela está lá no hospital, aí quando eu fazia a quimioterapia lá em cima, eu ficava com a boca toda estourada, ela trazia comida para mim, era gostoso, a comida que ela trazia, era, era arroz de leite, papa, só (Lorena – 10 anos).

O discurso dessa criança demonstra a importância do trabalho humanizado, pois, a enfermeira que dentre suas obrigações não estava cozinhar, abdicava do seu tempo para fazer comidas em que a criança conseguisse engolir e se alimentar. Isso marcou tanto a trajetória dela que, apesar de estar em tratamento ambulatorial, hoje em dia, ela lembra desse cuidado da enfermeira e mais do que isso, ela mantém contato com essa profissional, visto que a criança sabe que agora ela não está mais trabalhando no hospital onde faz o tratamento, sabendo até atualmente onde a enfermeira está atuando.

Aí quando venho aqui sempre venho falar com tia Ju, eu conheci ela aqui, logo no começo do tratamento, foi ela que raspou minha cabeça, ela era da brinquedoteca (Lorena – 10 anos).

Através da fala da criança percebemos que todas as vezes que ela precisa ir ao hospital para consulta ou outros procedimentos, ela busca uma funcionária

específica em outros andares do hospital, para conversar. Aqui encontramos os resultados de um trabalho humanizado, pois quando a criança estava internada fazendo tratamento com a quimioterapia e o cabelo começou a cair, essa funcionária (na época responsável pela brinquedoteca) se ofereceu para raspar o cabelo dela e desde então a criança criou esse vínculo com a profissional.

De acordo com Ribeiro e Silveira (2015) quando se trata de humanização estamos falando da individualidade do ser humano e da necessidade de cada indivíduo, por isso é necessário possuir o atendimento fraterno e humano por parte da equipe, contribuindo para a melhoria no atendimento nessa relação hospitalar.

Nesse contexto, a família também desempenha o papel primordial no tratamento, principalmente as mães, visto que as crianças relatam que suas mães que ficavam com elas no período de internamento. Corroborando com o que Zanelato e Angelo (2003) em seu estudo bibliográfico encontra ao relatar que as estratégias mais comumente adotadas pela família, no momento do tratamento da criança, são que a mãe assuma o acompanhamento do filho no hospital, enquanto o pai ou os avós e tios possuem a responsabilidade de organizar as atividades da casa e o cuidado com os outros filhos.

Minha mãe só, aí teve uma vez que veio minha irmã e meu pai (visitar) (Joel – 08 anos).

Minha mãe ficou no hospital comigo, minha irmã veio me visitar uma vez, ela só veio uma vez porque como é muito longe, aí... veio ela, minha prima, meu primo, o namorado dela, meu ex-padrasto, minha vó... só (Lorena – 10 anos).

Segundo Oliveira et al. (2009) o adoecimento e a hospitalização na infância são eventos não esperados, assim, são considerados como momentos de crise para a família. Devido a essa separação da mãe com os familiares para acompanhar o filho no hospital, pode existir algumas “crises”, sendo mais comum na relação conjugal. Ao analisar o discurso da criança que relata sobre a visita do ex-padrasto, que na época dos seus internamentos ainda estava com sua mãe, enquanto casal, foi uma relação findada enquanto ela estava em tratamento, por motivos que só diz respeito ao casal, porém isso não é tão incomum e nos mostra a extensão das consequências que o diagnóstico de câncer pode atingir.

As dificuldades do relacionamento entre os pais emergem da necessidade da separação forçada do casal em decorrência do tratamento do filho, fazendo

com que eles permaneçam a maior parte do tempo sozinhos, das constantes decisões a respeito do tratamento, das responsabilidades no cuidado com o filho doente inserido em protocolos de tratamento cautelosos. Isso se reflete em uma grande carga para a maioria dos casais, modificando a sua estrutura e expondo a criança ao risco de tornar-se o foco principal das discordâncias matrimoniais (ZANELATO; ANGELO, 2003, p.46).

Além de todo enfrentamento com a doença do seu filho, com o matrimônio e a assistência com outros filhos saudáveis em casa, segundo Sant'anna e Mendes (2017) hipotetizou, ainda, que essas mães diferem das demais mães nas suas práticas educativas, no sentido de adotarem práticas mais permissivas e menos coercitivas. Isso acontece devido ao sentimento de impotência em proteger seu filho e por vê-lo já passando por tanto sofrimento, que elas acabam não definindo limites para ele.

Com isso, as práticas do jogar também são afetadas e isso foi observado no diário de campo, pois algumas crianças possuíam dificuldades em obedecer às regras dos jogos durante a intervenção do Programa Ludus no hospital, como já citado. Sendo assim, coube aos estudantes do curso de educação física instituir limites e responsabilidades para essas crianças durante as práticas e foi observado uma melhora delas em relação a obediência e a seguir as regras do jogo.

Na fase atual do tratamento, como as crianças entrevistadas estavam em fase do tratamento hospitalar ambulatorial, ou seja, essas crianças não ficam mais internadas por dias, semanas ou meses, elas agora vão ao hospital fazem as consultas, exames, tomam as medicações, para logo em seguida irem embora do hospital.

O tratamento oncológico ambulatorial consiste em retornos frequentes para exames, administração de quimioterapia e/ou radioterapia e/ou derivados sanguíneos bem como consultas médicas e de enfermagem (MELO; VALLE, 2010, p.518).

Essa fase do tratamento, que segundo os relatos das crianças, aconteceu depois de fazer o uso da quimioterapia no processo de internamento, traz uma certa esperança nas suas falas, ao analisar seus discursos, pois já estão em uma fase de volta para sua rotina e por isso demonstraram muita empolgação.

Estou vindo toda segunda-feira, hoje eu vou fazer quimioterapia, eu tomo, o que é um sorinho, aí se terminar eu vou para casa, não, fico internado não, tomo uma injeção só (Joel – 08 anos).

Eu estou terminando de fazer os exames, aí hoje tem consulta, é o “cardio”, e o “eletro” né. Aí amanhã vou vir coletar sangue, e... só sei que eu vou coletar

sangue amanhã, aí quarta feira eu vou vim para consulta.” (Lorena – 10 anos).

De acordo com Silva, Cabral e Christoffel (2010) quando a fase de tratamento ambulatorial assume lugar central na vida da criança, ela permanece mais tempo em casa do que no hospital, dessa maneira ela já está de volta a sua rotina, em que o ambiente hospitalar não é mais tão ameaçador, no sentido de ficar isolado da escola, família e amigos, contribuindo para uma vida mais saudável.

Após todo o processo do tratamento, da hospitalização, dos desafios e aprendizagens algumas crianças relatam como estão a vida delas atualmente, na fase de exames de rotina sistemáticos, até serem liberadas para as consultas de ano em ano.

Me sinto hoje beeeem, beeem feliz (desencosta da poltrona e levanta os braços gritando) (Lorena – 10 anos).

A felicidade no olhar dessas crianças, que não estão tomando a quimioterapia atualmente, por estarem em fase de exames para avaliar a conduta futura, porque acabaram o protocolo que as médicas prescreveram para elas, chama muita atenção, até a mudança de expressão delas ao relatarem sobre a sua vida atualmente, sem as medicações e a comemoração por isso, nos emocionou.

Antes eu sofria, mas agora não sofro mais (levanta os braços, comemorando) (Joel – 08 anos).

Com certeza, só essas crianças que vivenciam um tratamento oncológico que perpassa por tantos desafios e sofrimentos podem saber o alívio e felicidade que carregam por saber que concluíram uma parte tão importante de suas vidas, onde o futuro é a esperança.

As narrativas das crianças revelam um amadurecimento de seus pensamentos sobre as condições de vida, saúde e até mesmo de solidariedade entre os amigos para que possam enfrentar de forma mais tranquila esses momentos (JUSTINO; KAILER, 2021, p.09).

O amadurecimento nas falas das crianças ao tratar sobre o câncer, o internamento, as limitações, a família, os aprendizados, o hospital, a escola, as atividades lúdicas, só deixa evidente para nós o quanto elas crescem enquanto pessoas que possuem um mundo para serem exatamente quem são, com suas histórias e vivências.

Esse hospital me ajudou muito, eu gosto de tudo daqui. Não tem nada que eu goste mais, gosto muito daqui. Eu gosto muito daqui, porque esse hospital me cuidou aqui (Joel – 08 anos).

A gratidão da criança pelo hospital ter cuidado dela, nos surpreendeu e nos fez refletir o quanto essas crianças podem nos ensinar. Essa criança tinha tudo para não gostar do hospital, para reclamar das enfermeiras e médicas, por causa das furadas, das medicações e procedimentos, mas ao contrário disso, ela agradece porque o hospital ajudou muito a cuidar dela. O discurso dessa criança é baseado em olhar o lado positivo dos processos que ela passou no tratamento do câncer, o que nos faz entender que temos muito para aprender com cada uma delas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através das análises dos discursos das crianças com câncer, compreendemos que as atividades lúdicas estão presentes nas suas vidas antes, durante e após o tratamento oncológico, além disso compreendemos que em cada fase essas atividades assumem funções diferentes.

Antes do tratamento, a rotina da criança é baseada na escola e no brincar. Esse brincar atinge um lugar de divertimento e ocupação do tempo, onde a escola também é esse lugar para a criança de brincadeira, principalmente nas aulas de educação física. Além disso, ao pensar sobre seus familiares e amigos antes do início da hospitalização, as crianças remetem o tempo com eles como momentos de brincadeiras também. Porém, nos primeiros sintomas do câncer, algumas dessas crianças param de brincar, pois estão com dores ou outros sintomas que fazem com que elas não consigam mais interagir tanto com as atividades lúdicas.

Durante o tratamento à uma privação do brincar e jogar devido ao ambiente hospitalar e aos efeitos colaterais das medicações, como a quimioterapia, visto que elas estão enjoadas e por vezes debilitadas, as atividades lúdicas ficam em segundo plano, pela falta de paciência em se concentrar ou por estar sem ânimo durante esse tempo. Entretanto, foi constatado através dos discursos das crianças que a brinquedoteca é o espaço que estimula a vivência das atividades lúdicas, inclusive sendo para elas o local preferido dentro do hospital. Com isso, as crianças conhecem novos jogos, interagem com seus colegas de tratamento, estimulam a criatividade, como também vão desenvolvendo-se.

Após o tratamento, na fase de exames para reavaliação do quadro clínico, as crianças voltam para a escola e para os seus espaços sociais de brincar, ou seja, nas suas casas, nas ruas, na convivência com seus amigos e família. Isso faz com que as crianças se encham de esperança de uma vida futura, com a vivência da rotina normalmente.

Ademais, as atividades lúdicas mostraram-se parte da infância das crianças, seja antes do câncer ou depois do diagnóstico. Através dessas vivências as crianças alteram o ambiente hospitalar, atribuindo-o como lugar de brincar, o que contribuiu diretamente para que o tratamento no hospital acontecesse de forma menos dolorosa, ao precisar sair de suas casas para esse local, pois esse ambiente foi ressignificado por causa das atividades lúdicas.

Analizamos que o tratamento oncológico, segundo os discursos das crianças, atinge o aspecto biológico, social e psicológico delas. Biológico ao modificar o funcionamento dos seus corpos, como a perda dos cabelos supracitados por elas; social, pela separação das suas rotinas, escolas e amigos, assim como o psicológico, pelas mudanças na sua autoimagem ocasionadas pelo câncer, além do ambiente estranho que são colocadas por muito tempo, com pessoas que não conhecem e uma nova rotina, com o uso de medicações, exames etc., além do conjunto dos fatores anteriores mencionados.

Todos os discursos, nos levam a entender que o tratamento não é nada fácil, porém pode ser amenizado através das atividades lúdicas com jogos e brincadeiras, onde as crianças esquecem, nem que seja por um segundo, do momento doloroso que estão passando, por estarem imersas no mundo da imaginação durante as atividades.

Além disso, através dos relatos das crianças compreendemos a grandiosidade que uma brinquedoteca possui no ambiente hospitalar oncológico pediátrico, pois as atividades lúdicas contribuem para a vivência da infância, além do processo de interação social, da construção da identidade, no enriquecimento do mundo da imaginação pelas novas referências sobre jogos, na aprendizagem, no desenvolvimento da criatividade e de habilidades motoras, assim como, na possibilidade de se manter vivo, enquanto joga e brinca, experimentando assim os mais diversos sentimentos, como a alegria.

Nesse sentido, concluímos que cuidar da criança no seu aspecto biopsicossocial é cuidar de uma vida na sua complexidade, dando atenção a todas as suas dimensões enquanto ser humano, com direito a viver sua infância com bem-estar. Por isso, compreendemos as atividades lúdicas como estratégia para cuidar das dimensões das crianças enquanto estão no ambiente hospitalar, pois concluímos que sem essas vivências o tratamento oncológico seria muito mais complicado, inclusive quando essas crianças retornassem para suas rotinas, visto que as atividades lúdicas foram facilitadoras na reinserção delas nos âmbitos sociais.

Nesse ínterim, as atividades lúdicas proporcionadas para as crianças no ambiente hospitalar atuam como catalisadoras no processo de sua recuperação e adaptação, representando estratégia de confronto das condições adversas da hospitalização.

Portanto, utilizar a atividade lúdica no ambiente hospitalar, a fim de proporcionar

uma vida o mais próximo possível de uma infância saudável, seja pela alegria, pelos ensinamentos oriundos da ludicidade ou ao manter a criança como ser ativo e vivenciando sua infância com desenvolvimento e aprendizado é aprimorar o cuidado com o ser biopsicossocial que é a criança, independente do ambiente em que está inserida, como o caso do hospital.

Destacando que uma área de conhecimento como a de Educação Física precisa-se ter responsabilidade social, com a prática pedagógica das aulas, tendo em vista que foram feitos relatos das crianças referentes às aulas nas suas escolas, dessa disciplina, em que essas aulas aconteciam de forma bem descompromissada com a produção do conhecimento, por parte do professor. Nesse sentido, acreditamos em novos estudos que apontem como esses conhecimentos estão sendo vivenciados atualmente pelos professores das escolas, principalmente, no interior dos estados, a fim de que haja uma sugestão para melhora desse problema.

Finalizamos destacando que experienciar os discursos, como também os jogos do Programa Ludus junto com as crianças com câncer, nos fez aprender muito mais sobre a vida e a como lidar com os desafios e as aprendizagens que o dia a dia nos oferece. Nos fazendo lembrar que a importância da nossa vida está no quanto vivemos e podemos contribuir com o outro, mesmo que seja por um único dia.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, P. N. **Educação Lúdica: técnicas e jogos pedagógicos**. São Paulo: Loyola, 1995.
- ALVES, F. D.; SOMMERHALDER, A. **O brincar: linguagem da infância, língua do infantil**. Motriz. Journal of Physical Education. UNESP, p. 125-132, 2006.
- AMORIM, F. et al. **Papel da brinquedoteca na recuperação da criança hospitalizada sob a ótica de pais e responsáveis**. New Trends in Qualitative Research, v. 3, p. 239-250, 2020.
- ANGELI, A. D. A. C. D.; LUVIZARO, N. A.; GALHEIGO, S. M. **O cotidiano, o lúdico e as redes relacionais: a artesanaria do cuidar em terapia ocupacional no hospital**. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, 16, 261-272, 2012.
- AQUINO N. N.; CARNEIRO, M. A. B. **A educação e a saúde: brinquedoteca hospitalar espaço de resignificação para a criança internada**. Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação, v. 5, n. 3, p. 355-363, 2010.
- ARAÚJO, E. R.; SILVA, S. C. R. **O lúdico como instrumento de humanização em pacientes infantis com leucemia hospitalizados**. Saber Científico, Porto Velho, v. 6, n. 2, p. 125 – 135, jul./dez. 2017.
- ARTILHEIRO, A. P. S.; ALMEIDA, F. A.; CHACON, J. M. F. **Uso do brinquedo terapêutico no preparo de crianças pré-escolares para quimioterapia ambulatorial**. Acta paul. enferm., São Paulo, v. 24, n. 5, p. 611-616, 2011.
- BACELAR, V. L. D. E. **Ludicidade e educação infantil**. Salvador: EDUFBA, 2009. ISBN 978-85-232-0617-8.
- BACKES, D. S.; LUNARDI FILHO, W. D.; LUNARDI, V. L. **Humanização hospitalar: percepção dos pacientes**. Acta Scientiarum. Health Sciences, v. 27, n. 2, p. 103-107, 2005.
- BARBOSA, R. F. M.; MARTINS, R. L. D. R.; DA SILVA MELLO, A. Brincadeiras lúdico-agressivas: tensões e possibilidades no cotidiano na educação infantil. **Movimento**, v. 23, n. 1, p. 159-170, 2017.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BELIZÁRIO, J. E. **Oncologia**. Rev.Ciência Hoje, Departamento de Farmacologia, Instituto de Ciências Biomédicas, Universidade de São Paulo, v.31, n.184, p.50-57, jul. 2002.
- BETTINELLI, L. A.; WASKIEWICZ, J.; ERDMANN, A. L. **Humanização do cuidado no ambiente hospitalar**. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo (SP): Edições Loyola, p. 87-99, 2004.

BEZERRA, A. S. et al. O brincar na infância e o professor de educação física. **LICERE-Revista do Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Estudos do Lazer**, v. 17, n. 1, 2014.

BIEDRZYCKI, B. P.; GOELLNER, S. V. O brincar na construção da identidade de gênero de crianças internadas em um hospital de alta complexidade. **Corpoconsciência**, p. 20-32, 2017.

BORGES, E. P.; NASCIMENTO, M. D. D. S. B.; SILVA, S. M. M. Benefícios das atividades lúdicas na recuperação de crianças com câncer. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, 28(2), 211-221, 2008.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 5 de out. de 1988.

BRASIL. Lei nº11.104, de 21 de março de 2005. **Diário Oficial, Brasília**, DF, 21 mar. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano diretor**. Brasília, 2019.

BRITO, L. S.; PERINOTTO, A. R. C. **O brincar como promoção à saúde: a importância da brinquedoteca hospitalar no processo de recuperação de crianças hospitalizadas**. Revista Hospitalidade. São Paulo, v. XI, n.2, p. 291 - 315, dez. 2014.

BROUGÈRE, G. A criança e a cultura lúdica. Revista da Faculdade de Educação, 24, 103-116. 1998.

CAGNIN, E. R. G.; LISTONFERREIRA, N. M.; DUPAS, G. **Vivenciando o câncer: sentimentos e emoções da criança**. Acta Paul Enferm., v. 16, n. 4, p. 18-30, 2003.

CAILLOIS, R. Os Jogos e os Homens: A máscara e a vertigem. Lisboa, 1994.

CAMACHO, M. R. **Memórias de um tempo junto a crianças com câncer**. Psicol. cienc. prof., Brasília, v.26, n.2, p.176-189, June, 2006.

CAPRINI, F. R; MOTTA, A. B. **Câncer infantil: uma análise do impacto do diagnóstico**. Psicologia: teoria e prática, v. 19, n. 2, p. 164-176, 2017.

CARDOSO, F. T. **Câncer infantil: aspectos emocionais e atuação do psicólogo**. Rev. SBPH, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 25-52, jun. 2007.

CARDOSO, M. R. **Desafios e possibilidades da ludicidade do atendimento pedagógico hospitalar**. – Brasília: Universidade de Brasília, 2011. Dissertação. (Pós-graduação em educação).

CARVALHO, T. G. P. et al. **O brincar durante o período de hospitalização para tratamento de câncer pediátrico**. LICERE-Revista do Programa de Pós- graduação Interdisciplinar em Estudos do Lazer, v. 23, n. 4, p. 299-319, 2020.

CASARA, A; GENEROSI, R. A; SGARBI, S. **A recreação terapêutica como forma**

de intervenção no âmbito hospitalar. Revista Digital, Buenos Aires, ano 12, n.110, jul. 2007.

CASTRO, E. H. B. **A experiência do câncer infantil: repercussões familiares, pessoais e sociais.** Rev. Mal-Estar Subj. 2010, vol.10, n.3, p. 971-994.

CHATEAU, J. **O jogo e a criança.** São Paulo: Summus, 1987.

CÉSAR, M. D. S. **Os desafios do trabalho do professor de educação física na oncologia pediátrica no âmbito hospitalar.** Porto Alegre, 2019.

CESÁRIO, F. A. et al. **Papel da brinquedoteca na recuperação da criança hospitalizada sob a ótica de pais e responsáveis.** New Trends in Qualitative Research, v. 3, p. 239-250, 2020.

CONCEIÇÃO, L. S. **A influência do lúdico no cuidado e tratamento de crianças hospitalizadas.** Psicologia. PT. O portal dos psicólogos. 2016.

CORNETO, N. **A importância da ludicidade na infância e o desenvolvimento integral da criança.** In: Colloquium Humanarum. ISSN: 1809-8207. 2015. p. 86-96.

CRESPI, L.; NORO, D.; NÓBILE, M. F. **As potencialidades do brincar para o desenvolvimento das funções executivas na Primeira Infância.** Debates em Educação, v. 12, n. 28, p. 158-177, 2020.

CUNHA, N. H. S. **Brinquedoteca: um mergulho no brincar.** 2.ed. São Paulo: Maltese. 1994.

DE ALMEIDA, D. M.; DE MELO CASARIN, M. **A importância do brincar para a construção do conhecimento na educação infantil.** Revista Educação Especial, 45-53. 2002.

DE AQUINO NOFFS, N.; CARNEIRO, M. A. B. **A educação e a saúde: brinquedoteca hospitalar espaço de ressignificação para a criança internada.** Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação, v. 5, n. 3, p. 355-363, 2010.

DE ASSIS, M. R. **O lúdico no processo de desenvolvimento da imaginação e criatividade na criança.** Educação e cultura em debate, v. 3, n. 2, p. 113-130, 2017.

DE AZEVEDO NETA, S. L.; DE CASTRO, D. L. **Teorias da aprendizagem: fundamento do uso dos jogos no ensino de ciências.** Revista Ciências & Ideias ISSN: 2176-1477, v. 8, n. 2, p. 195-204, 2018.

DE OLIVEIRA, D. S.; DA SILVA BUCK, E. C. **Produção científica sobre jogos e brincadeiras como ferramentas de cuidado à criança com câncer: um estudo bibliométrico.** REVISTA SAÚDE & CIÊNCIA, v. 8, n. 2, p. 156-169, 2019.

DE SOUZA, A. J. **Considerações sobre o brincar: porque os brinquedos auxiliam e podem influenciar nos processos de aprendizado.** Revista Acervo

Educacional (online), v. 2, p. e2126-e2126, 2020.

DOMINGUES, C. L. K. **A importância da imaginação na educação.** *Analecta*, v. 11, n. 2, p. 11-22, 2010.

DOS SANTOS, M. A. G. N.; AMARAL, N. G. S.; DA SILVEIRA, R. M. N. **O desenvolvimento psicomotor na educação infantil por meio da ludicidade.** *Conjecturas*, v. 22, n. 6, p. 792-810, 2022.

DUARTE, C. T.; ALVES, F. D.; SOMMERHALDER, A. **Interações entre crianças em brincadeira na educação infantil: contribuições para a construção da identidade.** *Nuances: estudos sobre Educação*, v. 28, n. 2, 2017.

EPSTEIN, J. B.; BARASCH, A. **Taste disorders in cancer patients: pathogenesis, and approach to assessment and management.** *Oral oncology*, v. 46, n. 2, p. 77-81, 2010.

FALCÃO, J. M. et al. **Saberes compartilhados no ensino de jogos e brincadeiras: maneiras/artes de fazer na Educação Física.** *Revista brasileira de Ciências do Esporte*, v. 34, p. 615-631, 2012.

FALKEMBACH, E. M. F. **Diário de Campo: um instrumento de reflexão. Contexto e Educação.** Universidade de Ijuí. ano 2. n 7, p. 19-24, 1987.

FIGUEIRÊDO, M. N. L. **O Lúdico no Programa Segundo Tempo: uma análise da prática pedagógica dos professores de Educação Física da cidade do Recife.** 2017. 185f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Universidade Federal da Paraíba/Universidade de Pernambuco, Recife.

FIGUEIRÊDO, M. N. L. et al. **O lúdico nas aulas do programa Segundo Tempo da cidade do Recife/PE.** *Motrivivência*, v. 33, n. 64, p. 1-16, 2021.

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz. **Redução da mortalidade pela doença**, 2013.

FIORETI, F. C. C. D. F.; MANZO, B. F.; REGINO, A. E. F. **A ludoterapia e a criança hospitalizada na perspectiva dos pais.** *Revista Mineira de Enfermagem*, 20, 2016.

FONSECA, E. S. **A situação brasileira do atendimento pedagógico- educacional hospitalar.** *Educ. Pesqui.*, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 117-129, June 1999.

FONTES, R. S. **A educação no hospital: um direito à vida.** *Revista Educação e Políticas em Debate - ISSN 2238-8346* – v. 4, n.1 – jan./jul. 2015.

FORTUNA, T. R. **Vida e morte do brincar.** *Escola e sala de aula: mitos e ritos.* Porto Alegre: Editora da UFRGS, p. 47-59, 2004.

FRANCO, M. D. G. S. D. E. C.; SANTOS, N. N. **Desenvolvimento da compreensão emocional.** *Psicologia: Teoria e pesquisa*, v. 31, p. 339-348, 2015.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.**

4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1978.

GOMES, I. P. et al. **Do diagnóstico à sobrevivência do câncer infantil: perspectiva de crianças.** Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 22, n. 3, p.671-679, Sept. 2013.

GONÇALVES, C. S.; ALMEIDA, W. C.; WOLFF, J. R. (1988). **Lições de Psicodrama: introdução ao pensamento de J. L. Moreno.** 2. ed. São Paulo: Ágora.

GONZAGA, P. M. A. S. et al. **A influência da ludicidade para a aprendizagem de crianças em regime de internação hospitalar.** Revista de Educação da Universidade Federal do Vale do São Francisco, v. 6, n. 11, 2016.

GRÜBEL, J. M.; BEZ, M. R. **Jogos educativos.** Renote, v. 4, n. 2, 2006.

HEIDEGGER, M. A. (2002a). **Ser e tempo** (M. S. Cavalcante Trad., Vol. 1, 9a ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.

HOSTERT, P. C. D. C. P.; ENUMO, S. R. F.; LOSS, A. B. M. **Brincar e problemas de comportamento de crianças com câncer de classes hospitalares.** Psicologia: teoria e prática, 16(1), 127-140. 2014.

HUIZINGA, J. **Homo ludens: o jogo como elemento da cultura.** Tradução de João Paulo Monteiro. 4ª. Ed. São Paulo: Ed. Perspectiva, 2000.

INCA, Instituto Nacional de Câncer. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer** – 6. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: 2020.

INCA, Instituto Nacional de Câncer, 2020. **Câncer infantojuvenil.**

INCA, Instituto Nacional de Câncer, 2020. **Tipos de Câncer infantojuvenil.**

JIMENEZ, A.; CATALÁ, A.; SALVADOR, C. **Atención social: Ayudas a familias.** Rev Federation Espanola de Padres de Ninos com Câncer, 6, 4-5. 2003.

KISHIMOTO, T. M. **O jogo e a educação infantil,** 2. Ed. São Paulo: pioneira, 1998.

LE BRETON, D. **A sociologia do corpo.** Petrópolis: Vozes, 2006.

LE MOS, A. S.C.; MAGIOLINO, L. L. S.; SILVA, D. N. H. **Desenvolvimento e Personalidade: o papel do meio na primeira infância.** Educação & Realidade, v. 47, 2022.

LIMA, R. A. G. **A enfermagem na assistência à criança com câncer.** Ribeirão Preto, SP: AB. 1995.

LUCKESI, C. **Ludicidade e atividades lúdicas: uma abordagem a partir da experiência interna.** Ludicidade: o que é mesmo isso. 22-60, 2005.

LUCKESI, C. Ludicidade e formação do educador. **Revista Entreideias: Educação, Cultura E Sociedade**, 3(2), 2014.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: E. P. U. 1986.

MACIEL, A., et al. **Paciente com câncer: significado da família no seu tratamento**. *Enfermagem*, 14(4), 195-201. 2015.

MALTA, J. D. S.; SCHALL, V. T.; MODENA, C. M. **Câncer pediátrico: o olhar da família/cuidadores**. *Psicologia em Pediatria*, v. 44, p. 114-118. 2008.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. V. **Fundamentos de metodologia científica**. 6ª Ed. São Paulo: Editora Atlas, 2008.

MARQUES, A. P. F. S. **Câncer e estresse: um estudo sobre crianças em tratamento quimioterápico**. *Psicol. hosp.* São Paulo, v. 2, n. 2, dez. 2004.

MELO, M. S. T. **O ensino do jogo na escola: uma abordagem metodológica para a prática pedagógica dos professores de educação física**. Recife: EDUPE, 2003.

MELO, L. L.; VALLE, E. R. M. **A brinquedoteca como possibilidade para desvelar o cotidiano da criança com câncer em tratamento ambulatorial**. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 44, n. 2, p. 517- 525, 2010.

MENDES, C. L. **Jogar jogos eletrônicos: que lazer é esse?** *Licere*, Belo Horizonte, v. 8, n. 1, p. 52-64, jun., 2005.

MENEZES, Catarina Nívea Bezerra et al. Câncer infantil: organização familiar e doença. **Rev. Mal-Estar Subj.**, Fortaleza, v. 7, n. 1, p. 191-210, mar. 2007.

MICHALOWSKI M. B, et al. **Diagnóstico precoce em oncologia pediátrica: uma urgência médica**. *Bol Cient Pediatr*. 01(1):13-18. 2012.

MINAYO, M. C. S. **Hermenêutica-Dialética como caminho do pensamento social**. *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2004.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MIRANDA, S. **Do fascínio do jogo à alegria do aprender nas séries iniciais**. Papyrus Editora, 2001.

MITRE, R. M. A.; GOMES, R. **A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.9, n.1, p. 147-154, 2004.

MODESTO, M. C.; RUBIO, J. D. A. S. **A importância da ludicidade na construção do conhecimento.** Revista Eletrônica Saberes da Educação, 5(1), 1-16, 2014.

MONTEIRO, C. M. V. R., & DELGADO, A. C. C. (2014). **Crianças, brincar, culturas da infância e cultura lúdica: uma análise dos estudos da infância.** Saber & Educar, (19), 106-115.

MORAIS, R. C. M., MACHADO A. A.; **A utilização do brinquedo terapêutico à criança portadora de neoplasia: a percepção dos familiares.** Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental (online), v. 2, p. 102-106, 2010.

MOREIRA, D. et al. **Meu filho está com câncer: mudanças sofridas pelas crianças segundo as mães.** Revista de Enfermagem da UFSM. 2014.

MOREIRA-DIAS, P. L.; SILVA, I. P. **A utilização do brinquedo durante o tratamento de crianças com câncer: percepções da equipe multidisciplinar.** Revista Brasileira de Cancerologia, 64(3), 311-318, 2018.

MOTTA, A. B.; ENUMO, S. R. F. **Brincar no hospital: câncer infantil e avaliação do enfrentamento da hospitalização.** Psicologia, saúde e doenças, v. 3, n. 1, p. 23-41, 2002.

MOTTA, A. B.; ENUMO, S. R. F. **Brincar no hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil.** Psicologia em estudo, 9, 19-28, 2004.

MOTTA, A. B.; ENUMO, S. R. F. **Intervenção psicológica lúdica para o enfrentamento da hospitalização em crianças com câncer.** Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 26, p. 445-454, 2010.

MOTA, R. A.; MARTINS, C. G. M.; VERAS, R. M. **Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar.** Psicol. estud., Maringá, v.11, n. 2, p. 323-330, 2006.

MÜLLER, F.; HASSEN, M. N. A. **A infância pesquisada.** Psicologia USP, v. 20, p. 465-480, 2009.

NETTO, I. S. B. et al. **A ludoterapia no tratamento oncológico infantil.** Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 15, n. 7, p. e10605-e10605, 2022.

OLIVEIRA, B. R. G.; COLLET, N.; VIERA, C. S. **A humanização na assistência à saúde.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 14, p. 277-284, 2006.

OLIVEIRA, L. D. B. et al. **A brinquedoteca hospitalar como fator de promoção no desenvolvimento infantil: relato de experiência.** Rev. Bras. Crescimento Desenvol. Hum. 2009; 19(2):306-312.

OLIVEIRA, K. B. S. **A ludicidade nas aulas de educação física como contribuição teórico-metodológica para a inclusão dos estudantes com deficiência: a prática em questão nas escolas municipais do Recife.** Dissertação de Mestrado. 2019.

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.** *Psicol. Reflex. Crit.*, Porto Alegre, v. 16, n. 1, p. 1-13, 2003.

ONCOGUIA, Instituto Oncoguia. **O que é o câncer infantil.** 2015.

ONCOGUIA, Instituto Oncoguia. **Tratamento do Câncer Infantil.**

ORLANDI, E. P. **Análise de Discurso: princípios e procedimentos.** 13. ed. Campinas, SP: Pontes, 2020.

ORTIZ, L.; FREITAS, S. **Classe hospitalar: um olhar sobre sua práxis educacional.** *Revista brasileira de estudos pedagógicos*, 82(200-01-02), 2001.

PADOVAN, D.; SCHWARTZ, G. M. **Recreação hospitalar: o papel do profissional de educação física na equipe multidisciplinar.** *Motriz-revista de Educação Física*. Rio Claro: Univ Estadual Paulista-unesp, Inst Biociencias, v. 15, n. 4, p. 1025-1034, 2009.

PAULA, E. M. A. T. D.; FOLTRAN, E. P. **Brinquedoteca hospitalar: direito das crianças e adolescentes hospitalizados.** *Revista Conexão UEPG*, v. 3, n. 1, p. 20-23, 2007.

PELAEZ DORO, M. et al. **O câncer e sua representação simbólica.** *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 24, n.2, p.120-133, jun. 2004.

PEREIRA, M. S.; MIRANDA, G. A. **Educação e ludicidade: uma forma de atenuar sequelas emocionais em crianças hospitalizadas.** *Rev. Científica da Faculdade das Américas*, 11ª edição. Conselho Editorial, 45. 2013.

PESSOA, A. C. B.; SOUZA, M. H. F.; FONTES, F. C. O. **O lúdico no ambiente hospitalar: algumas reflexões.** Campina Grande: REALIZE, 2012.

PETRY, L. C. **O Conceito Ontológico do Jogo.** In: ALVES, L.; COUTINHO, I. J. (Orgs.). **Jogos digitais e aprendizagem: Fundamentos para uma prática baseada em evidências.** Campinas, SP: Papirus, 2016. cap. 1, p. 17-43.

PIAGET, J. **A Formação do Símbolo na Criança.** 3ª Ed. Rio de Janeiro: Ed. Zahar, 1973.

QUINTEIRO, J. **Educação, infância e escola: a civilização da criança.** *Perspectiva*, v. 37, n. 3, p. 728-747, 2019.

QVORTRUP, J. **A infância enquanto categoria estrutural.** *Educação e pesquisa*, v. 36, p. 631-644, 2010.

RASIA, J. M. **Imaginário e simbólico em pacientes com câncer: análise de duas narrativas.** *Mediações Revista de Ciências Sociais*, vol. 11(2): 65, São Paulo, dezembro de 2006.

RECH, B. C. S.; SILVA, I. M.; LOPES, R. C. S. **Repercussões do câncer infantil sobre a relação conjugal.** *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 29(3),257- 265. 2013.

RIBEIRO, A. J. P.; KLUNCK, L. I. **A contribuição das atividades lúdicas no desenvolvimento da coordenação motora ampla e fina na educação infantil.** *Anuário Pesquisa e Extensão Unoesc São Miguel do Oeste*, v. 3, p. e16662-e16662, 2018.

RIBEIRO, R. C.; BARALDI, M. C. S. **Quando alguém na sua classe tem câncer.** Curitiba. Curitiba, 1991.

RODRIGUES, K. E.; CAMARGO, B. **Diagnóstico precoce do câncer infantil: responsabilidade de todos.** *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 29-34, jan. 2003.

ROLIM, C. L. A. **Entre escolas e hospitais: o desenvolvimento de crianças em tratamento hospitalar.** *Pro-Posições*, Campinas, v. 26, n. 3, p. 129-144, Dec. 2015.

SANT'ANNA, J. L.; MENDES, D. M. F. L. **Metas de socialização e práticas educativas de mães de crianças com câncer: Um estudo comparativo com mães de crianças sem diagnóstico de doença.** *Psicologia Clínica*, v. 29, n. 1, p. 111-132, 2017.

SANTIN, S. **Educação Física: da Opressão do Rendimento à Alegria do Lúdico.** 3. ed. Porto Alegre: Edições EST/ESEF – UFRGS, 2001.

SANTOS, A. M.; BRANDÃO, A. C. V.; RODRIGUES, P. C. **Cadê a infância que estava aqui? O gato comeu! Reflexões sobre o tempo e a infância.** Sociedad e Infancias, 2021.

SANTOS, D. P. D. **Repercussões do câncer infantil na vida da criança e nos subsistemas familiares: revisão integrativa da literatura.** 2016.

SANTOS, L. M. M. **O papel da família na educação emocional de seus filhos.** *Revista Eletrônica de Divulgação Científica da Faculdade Don Domênico*, v. 2, 2009.

SCAGLIA, A. J.; FABIANI, D. J. F.; GODOY, L. B. **Dos jogos tradicionais às técnicas corporais: um estudo a partir das relações entre jogo e cultura lúdica.** *Corpoconsciência, [S. l.]*, v. 24, n. 2, p. 187-207, 2020.

SILVA, A. H. **O poder de um avental.** In: ROSSETTI-FERREIRA, M. C. **Os Fazeres na educação infantil.** São Paulo: Cortez, p.103-105, 2006.

SILVA, D. F.; CORRÊA, I. **Reflexão sobre as vantagens, desvantagens e dificuldades do brincar no ambiente hospitalar.** *Rev. Min. Enferm.* 2010; 14 (1):37-42.

SILVA, G. F. **Os sentidos subjetivos de adolescentes com câncer.** PUC – Campinas, 2008.

SILVA, G. H.; PIOVESAN, J. C. **Música no ambiente hospitalar: uma possibilidade de proporcionar alegria e ludicidade na internação.** Vivências, v. 14, n. 26, p. 204-19, 2018.

SILVA, L. D. et al. **O brincar no enfrentamento do processo de hospitalização.** Disciplinarum Sciential Saúde, v. 19, n. 2, p. 291-300, 2018.

SILVA, P. H. B. **Ludicidade e idoso: contribuições teórico-metodológicas para uma melhoria na interação social em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI).** Recife, PE. Dissertação de Mestrado. 2021.

SOLER, R. **Jogos Cooperativos Para a Educação Infantil.** 2- ed. Rio de Janeiro. Sprint, 2006.

SOUZA, L. C.; OLIVEIRA, B. L. G. **Fatores psicológicos envolvidos no câncer infantil.** Revista Uningá, [S.l.], v. 51, n. 2, fev. 2017. ISSN 2318-0579.

SOUZA, L. P. S. et al. **Câncer infantil: sentimentos manifestados por crianças em quimioterapia durante sessões de brinquedo terapêutico.** Rev Rene. 2012.

SOUZA, L. S. et al. **O Lúdico no Processo de Hospitalização das Crianças com Câncer.** LICERE-Revista do Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Estudos do Lazer, v. 25, n. 1, p. 171-199, 2022.

SURDI, A. C.; PEREIRA, J. M.; KUNZ, E. **O brincar e o se-movimentar nas aulas de educação física infantil: realidades e possibilidades.** Movimento, vol. 22, núm. 2, abril-junio, 2016, pp. 459-470. Escola de Educação Física Rio Grande do Sul, Brasil.

TRAJANO, K.; GALINHA, S. M. G. A.; CRUZ, C. L. D. S. **A importância da intervenção socioeducativa no contexto assistencial do tratamento do câncer infantil.** Estudos em Educação Social: suas aplicações na Educação Profissional, 1(1), 21-34, 2017.

VASCONCELOS, A. S.; COSTA, C.; BARBOSA, L. N. F. **Do transtorno de ansiedade ao câncer.** Rev. SBPH, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 51-71, dez. 2008.

VASCONCELLOS, V. M. R.; SARMENTO, M. J. **Infância (in) visível.** Junqueira&Marin Editores, 2007.

VAZ, A. F.; VIEIRA, C. L. N.; GONÇALVES, M. C. **Educação do corpo e seus limites: possibilidades para a Educação Física na classe hospitalar.** Movimento, 11(1), 71-87, 2005.

VIERO, V. et al. **Enfrentamentos da criança com câncer frente ao afastamento escolar devido internação hospitalar.** Revista de Enfermagem da UFSM, v. 4, n. 2, p. 368-377, 2014.

VOLPI, J. H.; VOLPI, S. M. **Etapas do desenvolvimento emocional**. Curitiba: Centro Reichiano, 2006.

VYGOTSKY, Lev. **A Formação Social da mente**. Editora: Martins Fontes, 1989.

WINDMOLLER, N.; MORI, V. D. **As representações sociais do corpo como produção subjetiva no câncer de mama**. 2009.

APÊNDICE A - QUADRO 01

LÚDICO		
AUTORES	TÍTULOS	EMENTA
BROUGÈRE, G.	A criança e a cultura lúdica.	Relação do jogo na formação da criança.
CUNHA, N. H. S.	Brinquedoteca: um mergulho no brincar.	A importância da brinquedoteca como motivadora do brincar.
DE ALMEIDA, D. M., & DE MELO CASARIN, M.	A importância do brincar para a construção do conhecimento na educação infantil.	A utilização do brincar para o processo de ensino-aprendizagem na infância.
DE SOUZA FONTES, R.	A educação no hospital: um direito à vida.	Relação da educação com a saúde e a importância da continuidade dos estudos no hospital.
HUIZINGA, J.	Homo ludens: o jogo como elemento da cultura.	O jogo, sua origem e a influência da cultura.
LUCKESI, C.	Ludicidade e formação do educador.	Relação do lúdico na construção professor.
MELO, L. D. L.; VALLE, E. R. M. D.	A Brinquedoteca como possibilidade para desvelar o cotidiano da criança com câncer em tratamento ambulatorial.	Importância da brinquedoteca no tratamento do câncer.
MITRE; GOMES.	Promoção do brincar	Estudo que revela o processo do brincar com a saúde das crianças hospitalizadas.
MONTEIRO, C. M. V. R.; DELGADO, A. C. C.	Crianças, brincar, culturas da infância e cultura lúdica: uma análise dos estudos da infância.	Infância e a cultura lúdica.
SANTIN, S.	Educação Física: da Opressão do Rendimento à Alegria do Lúdico.	Como se configura o lúdico enquanto alegria, na área de educação física.
CÂNCER		
AUTORES	TÍTULO	EMENTA
CAMACHO, M. R.	Memórias de um tempo junto a crianças com câncer.	A aprendizagem para a criança hospitalizada.
CASTRO, E. K.; PICCININI, C. A.	Implicações da doença orgânica crônica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas	Modificações e influências da doença crônica na infância.

EWERTON, H. B. C.	A experiência do câncer infantil: repercussões familiares, pessoais e sociais.	Esse estudo trata sobre as experiências das mães durante o tratamento do câncer dos seus filhos.
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER	Câncer Infantil	Conceito do câncer infantil e os tipos mais comuns no Brasil.
LIMA, S. S. C.; BOTELHO H. R. S.; SILVESTRE M. M.	Câncer infantil: aspectos emocionais e o sistema imunológico como possibilidade de um dos fatores da constituição do câncer infantil	O foco é no diagnóstico do câncer advindos de fatores psicossomáticos, principalmente vindo de lares conflituosos que podem ocasionar má desenvolvimento na formação de células, o que pode ocasionar o câncer.
MARQUES, A. P. F. S.	Câncer e estresse: um estudo sobre crianças em tratamento quimioterápico.	Sentimentos negativos, durante o tratamento do câncer para as crianças.
PEREIRA, P. S.	Perfil de estudos sobre representações sociais do câncer no Brasil.	Trata sobre câncer e a questão do gênero
ROLIM, C. L. A.	Entre escolas e hospitais: o desenvolvimento de crianças em tratamento hospitalar.	Educação e a hospitalização.
VIERO, V. et al.	Enfrentamentos da criança com câncer frente ao afastamento escolar devido internação hospitalar.	Processo de hospitalização e os desafios do afastamento da escola.
PSICOLOGIA E O CÂNCER		
AUTORES	TÍTULOS	EMENTA
BRANDÃO.	Abordagem holística da psicologia no hospital.	Lida com os aspectos psicológicos que são vivenciados no hospital.
MARGARIDA, M. J.	Psicooncologia	Estudos sobre os aspectos psicossociais dos pacientes com câncer e como lidar com isso.
GROSS.	O brincar e a psicologia	Influência do brincar com o psicológico.
RASIA, J. M.	Imaginário e simbólico em pacientes com câncer.	Pesquisa sobre as formas de sociabilidade entre pacientes de câncer que passam por longos, internamentos durante o período de tratamento.
ATIVIDADES LÚDICAS E O CÂNCER		
AUTORES	TÍTULOS	EMENTA

BORGES, E. P.; NASCIMENTO, M. D. S. B.; SILVA, S. M. M.	Benefícios das atividades lúdicas na recuperação de crianças com câncer.	Utilização das atividades lúdicas e suas contribuições.
CONCEIÇÃO, L. S.	A influência do lúdico no cuidado e tratamento de crianças hospitalizadas.	Contribuição do lúdico para a hospitalização das crianças
FIORETI, F. C. C. D. F.; MANZO, B. F.; REGINO, A. E. F.	A ludoterapia e a criança hospitalizada na perspectiva dos pais.	Cuidados com as crianças através do lúdico, de acordo com os pais.
FURTADO; LIMA.	O brincar e seus cuidados no hospital	Princípios que explicam a importância do Brincar na intervenção para as crianças hospitalizadas.
MOTTA; ENUMO.	Câncer infantil e o brincar	Como o brincar pode ser uma estratégia de enfrentamento do câncer infantil, no processo de hospitalização.
PESSOA, A. C. B.; SOUZA, M. H. F; FONTES, F. C. O.	O lúdico no ambiente hospitalar: algumas reflexões.	Relação das atividades lúdicas no âmbito hospitalar.
TOLOCKA et al.	Brincar e Crianças com Câncer: Que Relação é Esta?	O brincar e seus benefícios para crianças com câncer.

APÊNDICE B - ESTRUTURA DO DIÁRIO DE CAMPO

DIÁRIO DE CAMPO
NOME DO JOGO
OBJETIVO
METODOLOGIA
OBSERVAÇÕES

APÊNDICE C - ROTEIRO ENTREVISTA

NOME: _____

IDADE: _____

DIAGNÓSTICO: _____

QUANTO TEMPO EM TRATAMENTO: _____

- Como era a sua vida antes de começar o tratamento? O que fazia?

- Você brincava de que antes de vim para o hospital?

- Quais os jogos você conhece?

- O que mais gostava de fazer?

- Você frequentava à escola? E agora, tem contato com a escola ainda?

- O que mais sente falta de fazer depois do tratamento?

- O que você acha sobre os jogos?

- Como é o tratamento para você?

- Você acha que os jogos ajudam durante o tratamento?

- O que você não gosta do hospital?

- Você prefere um hospital sem os jogos ou com?

- O que você sente quando está jogando?

ANEXO I – COMITÊ DE ÉTICA

COMPLEXO HOSPITALAR
HUOC/PROCAPE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Programa Ludus

Pesquisador: Marcelo Soares Tavares de Melo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 67078617.2.0000.5192

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO

Patrocinador Principal: FUNDACAO UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.312.259

Apresentação do Projeto:

Historicamente, a prática do ensino na Educação Física esteve mais relacionada às abordagens tradicionais, distanciando-se de ações lúdicas.

Nesse sentido, a ludicidade ficou em segundo plano no que diz respeito às ações sociais da Educação Física. Contudo, a cultura lúdica precisa ser cultivada para oportunizar uma flexibilidade do brincar. Pois, é no ato de brincar que o ser humano resolve problemas que lhe são apresentados, e

resgata conhecimentos que são frutos de sua realidade, deixando evidente a alegria e o prazer no ato de jogar/brincar (Ação lúdica). Com o

interesse de oportunizar esta cultura lúdica, temos a intenção de materializar um programa de extensão com intervenções, na prática pedagógica,

através de jogos junto às crianças com câncer do CEONHPE (Centro de Oncohematologia Pediátrica), as crianças da Creche Municipal professor

Francisco Amaral Lopes e os idosos do Abrigo Espírita Lar de Jesus.

Para isso, este programa se apoiará nas experiências lúdicas já realizadas junto à linha de estudo "Ludicidade e Educação Física" pertencente ao

Grupo de Estudos Etnográficos em Educação Física e Esporte - ETHNÓS (ESEF-UPE) juntamente com o Grupo de Pesquisa em Estilo de Vida e

Saúde - GPES (ESEF-UPE). Para que este programa se concretize, levando em consideração a

Endereço: Rua Amóbio Marques, 310

Bairro: Santo Amaro

CEP: 50.100-130

UF: PE **Município:** RECIFE

Telefone: (81)3184-1271

Fax: (81)3184-1271

E-mail: cep_huoc.procape@upe.br

COMPLEXO HOSPITALAR
HUOC/PROCAPE



Continuação do Parecer: 3.312.259

relação ensino-pesquisa-extensão, estaremos desenvolvendo ações simultâneas, que permitirão qualificar nossas intervenções em campo. Neste processo contaremos com: a intervenção pedagógica de discentes nos espaços delimitados de atuação deste programa, sendo realizados dois encontros semanais em cada campo de intervenção, tendo o jogo como conteúdo central; no primeiro momento, através de uma pesquisa bibliográfica, onde iremos realizar um levantamento acerca de referenciais teóricos que dialoguem sobre a Ludicidade e a área de Educação Física; no segundo momento através de uma pesquisa documental, onde iremos revisitar os relatórios e monografias acerca das experiências de intervenção com a Educação Física já vivenciadas nas creches e no CEONHPE, como também resgatar documentos que materializam a existência desses campos de intervenção (Projeto -político-pedagógico; projetos de pesquisa; programas; orientações normativas, entre outros), na intenção de nos apropriarmos ainda mais da realidade desses campos de intervenção; no terceiro momento durante toda a experiência de intervenção os participantes (Alunos de graduação dos grupos de estudos aqui envolvidos) estarão o registrando essas experiências através do diário de campo, semanalmente, subsidiados do seguinte roteiro: Coerência das aulas ministradas, ou seja, considerar os planejamentos prévios elaborados nas reuniões pedagógicas com os grupos de Estudos; destacar os conteúdos (Os jogos) da aula em cada dia, verificando se existem diferenças entre eles a depender das crianças e dos idosos envolvidos; descrever como e quais foram o(s) método(s) utilizados para abordar os jogos; se os recursos materiais foram adequadamente utilizados; como se deu a participação e interação entre eles no desenrolar das atividades; qual a avaliação dos participantes a partir das aulas vivenciadas e, por fim, as dificuldades encontradas e sugestões apresentadas pelos participantes envolvidos dos três campos de intervenção. Informações essas importantes de serem registradas, com o intuito de nos apropriarmos, ao máximo, da realidade dos três campos de intervenção. É importante ainda registrar que a partir das informações que serão registradas no diário de campo, gerará um relatório resultado das atividades

Endereço: Rua Amóbio Marques, 310
Bairro: Santo Amaro **CEP:** 50 100-130
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)3184-1271 **Fax:** (81)3184-1271 **E-mail:** cep_huoc.procape@upe.br

COMPLEXO HOSPITALAR
HUOC/PROCAPE



Continuação do Parecer: 3.312.259

realizadas durante todo o processo.

Esses diários de campo são instrumentos que consistem no registro completo e preciso das observações de fatos concretos, acontecimentos,

experiências pessoais e em grupos. Também facilita criar o hábito para refletir e descrever sobre as observações do dia a dia do trabalho. Para

Falkembach (1987) os diários são considerados como um dos principais instrumentos científicos para o registro das ações de determinadas

realidades, como também é uma importante fonte de informações para uma equipe de trabalho. Para o autor essas informações devem ser

registradas logo em seguida ao fato observado para garantir a fidedignidade do que se observa.

Assim o diário de campo se torna uma ferramenta imprescindível para subsidiar as nossas intervenções junto aos três campos (Creche, Hospital e

asilo), permitindo-nos registrar detalhes e fatos, na intenção de contribuir teórico-metodologicamente para a melhoria da qualidade do trabalho

nesses lócus de intervenção. Com bases nesses diários de campo serão elaborados relatórios e como procedimentos de análise os conteúdos

desse relatórios serão analisados. Logo em seguida a análise dos dados será elaborado um relatório final desse programa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Intervir socializando jogos, subsidiados pela ludicidade, junto às crianças com câncer do CEONHPE (Centro de Oncohematologia Pediátrica), as

crianças da Creche Municipal professor Francisco Amaral Lopes e os idosos do Abrigo Espírita Lar de Jesus.

Objetivo Secundário:

1. Realizar atividades de jogos (Creche, asilo e hospital), duas vezes por semana, subsidiadas das contribuições teórico-metodológicas da

Ludicidade;

2. Realizar um mapeamento dos documentos dos campos de intervenção (Creche, Hospital e Abrigo), na intenção de ao se apropriar dessa

realidade ir em busca da qualificação das intervenções com os jogos;

3. Acompanhar sistematicamente, por meio de um diário de campo, as experiências realizadas com os jogos

Endereço: Rua Arnóbio Marques, 310
 Bairro: Santo Amaro CEP: 50.100-130
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)3184-1271 Fax: (81)3184-1271 E-mail: cep_huoc.procape@upe.br

COMPLEXO HOSPITALAR
HUOC/PROCAPE



Continuação do Parecer: 3.312.259

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

é necessário destacar durante toda a experiência de intervenção os participantes (Alunos de graduação dos grupos de estudos aqui envolvidos) estarão registrando essas experiências através do diário de campo, semanalmente, subsidiados do seguinte roteiro: Coerência das aulas ministradas, ou seja, considerar os planejamentos prévios elaborados nas reuniões pedagógicas com os grupos de Estudos; destacar os conteúdos (Os jogos) da aula em cada dia, verificando se existem diferenças entre eles a depender das crianças e dos idosos envolvidos; Como e quais foram o(s) método(s) utilizados para abordar os jogos; os recursos materiais foram adequadamente utilizados; como se deu a participação e interação entre eles no desenrolar das atividades; qual a avaliação dos participantes a partir das aulas vivenciadas e por fim as dificuldades encontradas e sugestões apresentadas pelos participantes envolvidos dos três campos de intervenção. Informações essas importantes de serem registradas, com o intuito de nos apropriarmos ao máximo da realidade dos três campos de intervenção. É importante ainda registrar que a partir das informações que serão registradas no diário de campo, gerará um relatório resultado das atividades realizadas durante todo o processo. Entendemos que os possíveis riscos estão relacionados à participação neste instrumento e quaisquer riscos causados aos participantes, serão arcados pelos pesquisadores, como também pela instituição na qual esta pesquisa se encontra. Declaramos que caso o participante não se sinta confortável a participar do instrumento acima mencionado, iremos consentir com sua escolha sem maiores prejuízos. Todos os cuidados éticos serão realizados para garantir os direitos do como participante pesquisado. As informações obtidas por meio dos instrumentos serão arquivadas no laboratório em um banco de dados não restando qualquer possibilidade de vazamento da amostra que venha comprometer de qualquer forma o entrevistado, e logo após a conclusão do estudo todos os dados serão descartados. A pesquisa não oferece risco eminente à saúde. Porém se houver algum momento de constrangimento na coleta de dados, nos prontificaremos a destruir imediatamente o material

Endereço: Rua Amábio Marques, 310
Bairro: Santa Amara **CEP:** 50.100-100
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)3184-1271 **Fax:** (81)3184-1271 **E-mail:** cep_huoc.procape@upe.br

COMPLEXO HOSPITALAR
HUOC/PROCAPE



Continuação do Parecer: 3.312.259

utilizado não deixando nenhum resquício. Além disso, estaremos abertos à saída dos acompanhantes que durante a culminância da pesquisa, não queiram participar.

Em respeito às normas e exigências da Ética em Pesquisa contidas na resolução 466/2012 que normatiza estudos envolvendo seres humanos, informamos que a sua participação neste estudo estará condicionada à assinatura deste Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), através do qual todos os participantes serão informados acerca da natureza e especificidade do projeto, garantindo a todos o respeito à privacidade de suas identidades.

Benefícios:

esta pesquisa espera poder contribuir para o trato da Ludicidade para os diferentes âmbitos e sujeitos. Assim consequentemente qualificar o desenvolvimento dos projetos aqui estudados, que beneficiam as Crianças com Câncer, as Crianças na Creche e as Idosas. Como também, qualificar a produção científica no campo de Ludicidade que se encontra em crescimento acadêmico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

aprovado

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

aprovado

Recomendações:

aprovado

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado em conformidade com a Resolução 466/12, devendo o pesquisador apresentar um relatório para Plataforma Brasil após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua Arnóbio Marques, 310
Bairro: Santo Amaro **CEP:** 50.100-130
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)3184-1271 **Fax:** (81)3184-1271 **E-mail:** cep_huoc.procape@upe.br

**COMPLEXO HOSPITALAR
HUOC/PROCAPE**



Continuação do Parecer: 3.312.259

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_899908.pdf	02/05/2019 22:33:33		Aceito
Brochura Pesquisa	CARTA_DE_ANUENCIA.pdf	02/05/2019 22:32:50	Marcelo Soares Tavares de Melo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ENTREVISTAS_CANCER.docx	02/05/2019 22:29:39	Marcelo Soares Tavares de Melo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ENTREVISTA_IDOSOS.docx	02/05/2019 22:29:05	Marcelo Soares Tavares de Melo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	DIARIO_DE_CAMPO.docx	02/05/2019 22:28:46	Marcelo Soares Tavares de Melo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMO_AUTORIZACAO_IDOSOS.pdf	02/05/2019 22:28:28	Marcelo Soares Tavares de Melo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMO_AUTORIZACAO_CRECHE.pdf	02/05/2019 22:23:37	Marcelo Soares Tavares de Melo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMO_AUTORIZACAO_CANCER.PDF	02/05/2019 22:23:24	Marcelo Soares Tavares de Melo	Aceito
Outros	CURRICULO_MARCELA.pdf	01/05/2019 11:43:54	Marcelo Soares Tavares de Melo	Aceito
Outros	CURRICULO_KETTILY.pdf	01/05/2019 11:43:32	Marcelo Soares Tavares de Melo	Aceito
Outros	CURRICULO_MARCELO.pdf	01/05/2019 11:43:12	Marcelo Soares Tavares de Melo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PROGRAMALUDUS.docx	01/05/2019 11:35:06	Marcelo Soares Tavares de Melo	Aceito
Outros	TERMOCONFIDENCIALIDADE.docx	13/04/2017 15:35:39	Marcelo Soares Tavares de Melo	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	11/04/2017 21:18:32	Marcelo Soares Tavares de Melo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROGRAMALUDUS.pdf	10/04/2017 16:10:25	Marcelo Soares Tavares de Melo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Arnóbio Marques, 310
Bairro: Santo Amaro **CEP:** 50.100-130
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)3184-1271 **Fax:** (81)3184-1271 **E-mail:** cep_huoc.procape@upe.br

COMPLEXO HOSPITALAR
HUOC/PROCAPE



Continuação do Parecer: 3.312.259

RECIFE, 08 de Maio de 2019

Assinado por:
Magaly Bushatsky
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Arnóbio Marques, 310
Bairro: Santo Amaro **CEP:** 50.100-130
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)3184-1271 **Fax:** (81)3184-1271 **E-mail:** cep_huoc.procape@upe.br

ANEXO II – CARTA DE ANUÊNCIA

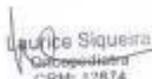


CARTA DE ANUÊNCIA

Aceito o(s) docente(es) e discente(s), sob responsabilidade do coordenador **Marcelo Soares Tavares de Melo** da Universidade de Pernambuco para desenvolverem sua atividade de extensão intitulada "Programa Ludus".

Ciente dos objetivos e da metodologia da atividade de extensão citada acima, concedo a anuência para seu desenvolvimento, com a garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da atividade de extensão. Não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação dessa atividade de extensão. No caso do não cumprimento das atividades propostas, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da atividade de extensão sem penalização alguma.

Recife, 10 de março de 2022


Laurice Pinheiro de Siqueira
CRM: 12674

Dra. Laurice Pinheiro de Siqueira

Gerência do Centro de Oncohematologia Pediátrico- CEONHPE)



ANEXO III – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA RESPONSÁVEL PELO MENOR DE 18 ANOS

Eu, Larissa da Silva Souza, Mestranda do Curso de Mestrado Acadêmico em Educação Física do Programa Associado de Pós-graduação da Universidade de Pernambuco/Universidade Federal da Paraíba, convido o menor sob sua responsabilidade a participar como voluntário(a) da pesquisa **CONTRIBUIÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS DA LUDICIDADE PARA O TRATAMENTO DAS CRIANÇAS COM CÂNCER DURANTE O PROCESSO**

DE HOSPITALIZAÇÃO sob a responsabilidade da Pesquisadora Larissa da Silva Souza e do Orientador Dr. Marcelo Soares Tavares de Melo, ambos da Universidade de Pernambuco (UPE), que tem por objetivo “Analisar as contribuições teórico-metodológicas da Ludicidade para a qualidade de vida no tratamento das crianças com câncer durante o processo hospitalização”.

Para a realização deste trabalho serão utilizados os seguintes **métodos**: Esse estudo será desenvolvido através de uma pesquisa com base no método hermenêutica-dialética, como também tomará por base uma abordagem de pesquisa com caráter qualitativo. Nesta realizaremos análise documental e uma entrevista semiestruturada a ser gravada em dispositivo de áudio. Esclarecemos ainda que após a conclusão da pesquisa todo material a ela relacionado, de forma gravada ou equivalente será destruído, não restando nada que venha a comprometer o anonimato de sua participação agora ou futuramente.

Quanto aos **riscos e desconfortos**, é necessário destacar que uma vez que o instrumento de coleta dos dados é a entrevista semiestruturadas compreendemos que os possíveis riscos estão relacionados à participação neste instrumento, e quaisquer riscos causados aos participantes, serão arcados pelos pesquisadores, como também pela instituição na qual esta pesquisa se encontra. Declaramos que caso o participante não se sinta confortável a participar do instrumento acima mencionado, iremos consentir com sua escolha sem maiores prejuízos. Todos os cuidados éticos serão realizados para garantir os direitos do como participante pesquisado. As informações obtidas por meio dos instrumentos serão arquivadas no laboratório em um banco de dados não restando qualquer possibilidade de vazamento da amostra que venha comprometer de qualquer forma o entrevistado, e logo após a conclusão do estudo todos os dados serão descartados. A pesquisa não oferece risco eminente à saúde.

Porém se houver algum momento de constrangimento na coleta de dados (entrevistas semiestruturadas), nos prontificaremos a destruir imediatamente o material utilizado não deixando nenhum resquício. Além disso, estaremos abertos à saída dos acompanhantes que durante a culminância da pesquisa, não queiram participar.

Em respeito às normas e exigências da Ética em Pesquisa contidas na resolução 466/2012 que normatiza estudos envolvendo seres humanos, informamos que a sua participação neste estudo estará condicionada à assinatura deste Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), através do qual todos os participantes serão informados acerca da natureza e especificidade do projeto, garantindo a todos o respeito à privacidade de suas identidades.

Os **benefícios**, esta pesquisa espera poder contribuir para o trato da Ludicidade das Crianças com Câncer durante o processo de hospitalização. Assim consequentemente qualificar o desenvolvimento do projeto aqui estudado, que beneficia as Crianças com Câncer. Como também, qualificar a produção científica no campo de Ludicidade e as Crianças com Câncer que se encontra em crescimento acadêmico.

O (a) senhor (a) terá os seguintes **direitos**: a garantia de esclarecimento e resposta a qualquer pergunta; a liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento sem prejuízo para si ou para seu tratamento (se for o caso); a garantia de privacidade à sua identidade e do sigilo de suas informações; a garantia de que caso haja algum dano a sua pessoa (ou o dependente), os prejuízos serão assumidos pelos pesquisadores ou pela instituição responsável inclusive acompanhamento médico e hospitalar. Caso haja gastos adicionais, os mesmos serão absorvidos pelo pesquisador.

Nos casos de **dúvidas e esclarecimentos** o (a) senhor (a) deve procurar a pesquisadora, Larissa da Silva Souza, Endereço Profissional Rua Marques de Arnóbio, 310 Santo Amaro, Recife – PE, Telefone (celular): (81) 98649-6044, E-mail: larissa.silvas@upe.br, ou o Pesquisador Orientador, Marcelo Soares Tavares de Melo, Endereço profissional Rua Marques de Arnóbio, 310 Santo Amaro, Recife – PE, Telefones (convencional e celular): (81) 3445-2940/ 9962-9813, E-mail: mmelo19@hotmail.com. Caso suas dúvidas não sejam resolvidas pelo pesquisador ou seus direitos sejam negados, favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos CEP - do Complexo Hospitalar HUOC/PROCAPE, localizado no Pavilhão Ovídio Montenegro-1º na rua: Arnóbio Marques, 310, Santo Amaro,

Recife/PE, CEP: 50.100-130 ou pelo telefone/fax 81-3184-1271 ou através do e-mail:
cep_huoc.procape@upe.com

Assinatura da pesquisadora

CONSENTIMENTO DO RESPONSÁVEL PELA PARTICIPAÇÃO DO MENOR DE 18 ANOS COMO VOLUNTÁRIO

Eu, _____ após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas com a pesquisadora, concordo em consentir a participação do menor, ___ sob _____ minha

responsabilidade, no estudo **CONTRIBUIÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS DA LUDICIDADE PARA O TRATAMENTO DAS CRIANÇAS COM CÂNCER**

DURANTE O PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO, como voluntário(a) bem como, autorizo a gravação dos áudios das entrevistas, que será utilizada na pesquisa, a divulgação e a publicação de toda informação por mim transmitida, exceto dados pessoais, em publicações e eventos de caráter científico. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento). Desta forma, assino este termo, juntamente com a pesquisadora, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do(s) pesquisador(es).

Recife, _____ de _____ de 2022.

Assinatura:

Participante da Pesquisa