**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

NATHÁLIA RODRIGUES GARCIA-SCHINZARI

**Análise do brincar de faz de conta de crianças pré-
escolares com câncer**

**Ribeirão Preto
2014**

NATHÁLIA RODRIGUES GARCIA-SCHINZARI

**Análise do brincar de faz de conta de crianças pré-
escolares com câncer**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Assistência à Criança e ao Adolescente

Orientador: Luzia Iara Pfeifer

Ribeirão Preto

2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Garcia-Schinzari, Nathália Rodrigues

Análise do brincar de faz de conta de crianças pré-escolares com câncer.

Ribeirão Preto, 2014.

135 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientador: Luzia Iara Pfeifer

1. Neoplasias. 2. Criança. 3. Jogos e Brinquedos

GARCIA-SCHINZARI, Nathália Rodrigues

Análise do brincar de faz de conta de crianças pré-escolares com câncer

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de
Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

Às crianças do estudo, as quais me proporcionaram momentos de muita alegria e de reflexões acerca do verdadeiro significado do cuidar e do viver.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por seu amor incondicional a todos os seres.

Aos meus pais Carlos e Brandali, pelo amor, afeto e paciência com que me educaram e me ensinaram a ser uma pessoa melhor.

À minha irmã Vanessa, pela sua garra, segurança, determinação e pelo carinho que sempre teve comigo.

À minha irmã Fabiana, pela rigidez mais honesta, ensinando-me a ser firme e mostrando-me o lindo caminho que posso trilhar por meio da espiritualidade.

Ao meu marido Ricardo, por ser especial e por me ensinar a ser mais objetiva, mostrando-me que tudo pode ser menos complicado se eu quiser.

Aos meus “filhos de pelo” Nick e Pitty, por me amarem sem querer nada em troca.

À Profa. Dra. Luzia Iara Pfeifer, pela sua excelente orientação e fundamental contribuição neste trabalho, compreendendo e respeitando as dificuldades pelas quais passei no meio do caminho, além de me mostrar que sempre posso ir além.

Às Profas. Dras. Lucila Castanheira Nascimento e Rosa Maria de Araujo Mitre, pelas valiosas contribuições no meu exame de qualificação.

Ao Prof. Dr. Jair Lício Ferreira Santos, pela realização da análise estatística do trabalho.

Aos coordenadores do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, por permitirem a realização deste estudo.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro concedido.

EPÍGRAFE

“Um homem será tolo se alimentar desejos pelos privilégios, promoção, lucros ou pela honra, pois tais desejos nunca trazem felicidade, pelo contrário, apenas trazem sofrimentos”.

Sakyamuni

RESUMO

GARCIA-SCHINZARI, N.R. **Análise do brincar de faz de conta de crianças pré-escolares com câncer**. 2014. 135f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

Introdução: O câncer infantil é uma patologia complexa que requer tratamento voltado para a dimensão humana, sendo necessário refletir sobre formas de garantir que esse processo terapêutico seja o menos traumático possível, possibilitando a recuperação biopsicossocial da criança. Dentre os recursos que auxiliam nesse processo encontra-se o faz de conta, o qual auxilia a criança com câncer a lidar com as dificuldades da vida, sendo um facilitador da expressividade durante o período de tratamento. **Objetivo:** Analisar o brincar de faz de conta de crianças pré-escolares com câncer. **Materiais e Métodos:** Foi realizado um estudo descritivo exploratório da análise do brincar de faz de conta de crianças pré-escolares (4 a 7 anos) com câncer através da aplicação do ChIPPA - Avaliação do Faz de conta Iniciado pela Criança. Participaram da pesquisa 20 crianças de 4 a 7 anos que realizaram tratamento oncológico em um hospital do interior de São Paulo no período de julho de 2012 a julho de 2013. O instrumento referido foi aplicado, sendo avaliadas sua pontuação, observações gerais e observações clínicas. Além disso, foi feita análise do conteúdo das falas das crianças durante o brincar. **Resultados:** Todas as crianças do estudo apresentaram iniciativa durante o brincar, realizando ideias do faz de conta antes de algumas ações serem demonstradas; 85% trouxeram temas adequados para sua faixa etária; 85% envolveram-se emocionalmente com a pesquisadora (vinculação); 90% utilizaram uma boneca como participante ativa da brincadeira; 65% apresentaram uma narrativa nas duas sessões; 25% fizeram referência a objetos ausentes e 20% às características dos personagens; 85% demonstraram comprometimento e envolvimento com a brincadeira; 50% não se deslocaram durante a brincadeira; 70% trouxeram temas evidentes nas duas sessões; e 60% mostraram-se bem organizadas, não necessitando de modelos para organizar ações no brincar. O déficit no brincar simbólico foi notado na avaliação de 45% das crianças, sendo levantadas algumas hipóteses (afastamento da escola, falta de estimulação em casa, condição clínica ocasionada pelo câncer, diminuição da interação social, alienação de algumas crianças pela tv e por jogos eletrônicos, entre outras). Com relação aos dados qualitativos, percebeu-se que o faz de conta permitiu que as crianças se expressassem a respeito do câncer e seu tratamento (transplante, quimioterapia e seus efeitos colaterais, contextos em que o tratamento ocorre, procedimentos médicos e de enfermagem), de sentimentos e comportamentos provenientes ou não do adoecimento (morte e conteúdos violentos e/ou agressivos) e de vivências saudáveis (escola, família/ambiente familiar e brincar/atividades lúdicas/distração/lazer). **Conclusão:** Percebe-se a importância de não só avaliar, mas também de se utilizar o faz de conta como um recurso terapêutico a ser estimulado pela equipe de saúde, com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência em Oncologia Pediátrica.

Descritores: Neoplasias. Criança. Jogos e Brinquedos.

ABSTRACT

GARCIA-SCHINZARI, N.R. Analysis of pretend play of preschool children with cancer. 2014. 135p. Master's thesis – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2014.

Introduction: Childhood cancer is a complex disease that requires treatment focused on the human dimension, being necessary to reflect on ways to ensure that this therapeutic procedure is the least traumatic as possible, allowing child's biopsychosocial recovery. Among resources that help in this process is the pretend play, which helps children with cancer cope with the difficulties of life, being a facilitator of expression during the treatment period. **Objective:** To analyze the pretend play of preschool children with cancer. **Materials and Methods:** It was performed a descriptive exploratory study examining the pretend play of preschool children (4-7 years) with cancer through the applying of ChIPPA - Child-Initiated Pretend Play Assessment. Participated of the research 20 children of 4 to 7 years old who made cancer treatment at a hospital in São Paulo in the period of July 2012 to July 2013. The referred instrument was applied, being evaluated your score, general observations and clinical observations. In addition, it was made the analysis of the speech of children during the play. **Results:** All children of study showed initiative during the play, performing ideas of pretend play before some actions are shown; 85% brought appropriate subjects for their age group; 85% were involved emotionally with the researcher (attachment); 90% used a doll as an active participant of the play; 65% had a narrative in two sessions; 25% made reference to absent objects and 20% to the characteristics of the characters; 85% demonstrated commitment and involvement with the play; 50% have not moved during the play; 70% brought themes evident in two sessions; and 60% showed well organized, not requiring models to organize actions in play. The deficit in symbolic play was noted in evaluation of 45% of children, being raised some hypotheses (school absence, lack of stimulation at home, clinical condition caused by cancer, decreased in social interaction, disposal of some children by tv and electronic games, among others). In respect to the qualitative data, it was noticed that the pretend play allowed the children to express themselves about cancer and its treatment (transplantation, chemotherapy and its effects, contexts in which treatment occurs, medical and nursing procedures), about feelings and behaviors from the illness or not (death and violent/ or aggressive content) and healthy experiences (school, family/home environment and play/playful activities/recreation/leisure). **Conclusion:** It was noticed the importance of not only assessing, but also to use the pretend play as a therapeutic resource to be stimulated by the health care team, with the goal of improving the quality of care in Pediatric Oncology.

Descriptors: Neoplasms. Child. Play and Playthings.

RESUMEN

GARCIA-SCHINZARI, N.R. Análisis de juego de hacer creer de los niños en edad preescolar con el cáncer. 2014. 135f. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

Introducción: El cáncer infantil es una enfermedad compleja que requiere un tratamiento centrado en la dimensión humana, siendo necesario reflexionar sobre la manera de garantizar que este proceso terapéutico es el menos traumático posible, permitiendo la recuperación biopsicosocial del niño. Entre las características que ayudan en este proceso es el hacer creer, que ayuda a niños con cáncer frente a las dificultades de la vida, siendo un facilitador de la expresión durante el periodo de tratamiento. **Objetivo:** Analizar el juego de hacer creer de los niños en edad preescolar con cáncer. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio exploratorio descriptivo del análisis de juego de hacer creer de los niños en edad preescolar (4-7 años) con cáncer a través de la aplicación de ChIPPA - Evaluación de Hacer creer Iniciado por el Niño. Los participantes fueron 20 niños de 4-7 años de edad que se sometieron a tratamiento para el cáncer en un hospital de São Paulo, en el período julio 2012 - julio 2013. El dicho instrumento se aplicó, siendo evaluada su puntuación, las observaciones generales y observaciones clínicas. Además, se tomó el análisis de contenido de los discursos de los niños durante el juego. **Resultados:** Todos los niños del estudio mostraron iniciativa durante el juego, realizando las ideas de hacer creer antes se muestran algunas de las acciones; 85% llevó temas adecuados para su grupo de edad; 85% estuvieron involucrados emocionalmente con el investigador (enlace); 90 % usaron una muñeca como un participante activo del juego; 65% tenían una narración en dos sesiones ; 25% hizo referencia a objetos ausentes y 20% a las características de los personajes; 85% demostraron compromiso e implicación con el juego; 50% no han movido durante el juego; 70% llevó temas evidentes en las dos sesiones; y 60% mostraron bien organizadas, no requiriendo modelos para organizar acciones en el juego. El déficit en el juego simbólico se observó en la evaluación del 45% de los niños, siendo planteadas algunas hipótesis (deserción escolar, la falta de estimulación en casa, la condición clínica causada por el cáncer, disminución de la interacción social, la eliminación de algunos niños por la televisión y juegos electrónicos, entre otros). Con los datos cualitativos, se observó que el hacer creer permitieron que los niños se expresen sobre el cáncer y su tratamiento (trasplante, quimioterapia y sus efectos secundarios, los contextos en los que ocurre el tratamiento, procedimientos médicos y de enfermería), sentimientos y comportamientos de la enfermedad o no (la muerte y el contenidos violentos y / o agresivos) y experiencias saludables (escuela, familia/entorno familiar y jugar/ actividades del juego/ recreación/ocio). **Conclusión:** Podemos ver la importancia no sólo de la evaluación, sino también para utilizar el hacer creer como recurso terapéutico para ser estimulado por el equipo de atención de la salud, con el objetivo de mejorar la calidad de atención en Oncología Pediátrica.

Descriptores: Neoplasias. Niño. Juego e Implementos de juego.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Interação entre os componentes da CIF	27
Figura 2 - Domínio da Terapia Ocupacional	28
Figura 3 – A criança em tratamento oncológico.....	33
Figura 4 - Materiais utilizados para avaliar o brincar imaginativo-convencional de crianças de 4 a 7 anos de idade	45
Figura 5 - Materiais utilizados para avaliar o brincar simbólico junto a crianças de 4 a 7 anos de idade.....	46
Figura 6 – Participante C1F4.....	54
Figura 7 – Participante C2M7	55
Figura 8 – Participante C3M4	56
Figura 9 – Participante C4F6.....	57
Figura 10 – Participante C5M6	58
Figura 11 – Participante C6M7	59
Figura 12 – Participante C7F4.....	60
Figura 13 – Participante C8F4.....	61
Figura 14 – Participante C9M4	62
Figura 15 – Participante C10F6.....	63
Figura 16 – Participante C11M7	64
Figura 17 – Participante C12M5	65
Figura 18 – Participante C13M6	66
Figura 19 – Participante C14M5	67
Figura 20 – Participante C15M4.....	68
Figura 21 – Participante C16M6	69
Figura 22 – Participante C17M4	70
Figura 23 – Participante C18F4.....	71
Figura 24 – Participante C19M6	72
Figura 25 – Participante C20M4	73

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Resumo dos estudos que utilizaram o ChIPPA no período de 2008 a 2013	37
Quadro 2 – Aplicação do ChIPPA.....	44
Quadro 3 – Resultado da avaliação interexaminadores.....	75
Quadro 4 – Resultado das pontuações PEPA e NOS	77
Quadro 5 – Estilo do brincar das crianças do estudo.....	80

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Análise da confiabilidade intraexaminador	74
--	----

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
1 INTRODUÇÃO.....	19
1.1 Câncer infantil	19
1.2 Cuidado integral à criança com câncer	24
1.3 A atuação da Terapia Ocupacional junto à criança com câncer	26
1.4 O brincar e o faz de conta	29
1.5 Avaliação do Faz de Conta Iniciado pela Criança (ChIPPA).....	34
2 JUSTIFICATIVA	38
3 OBJETIVO	39
4 MATERIAIS E MÉTODOS	40
4.1 Tipo do estudo	40
4.2 Participantes do estudo	40
4.2.1 Critérios de inclusão	40
4.2.2 Critérios de exclusão	41
4.3 Locais da pesquisa.....	41
4.4 Instrumento.....	43
4.5 Materiais	45
4.6 Procedimentos para coleta dos dados	46
4.7 Procedimentos para análise dos dados	47
4.7.1 Avaliação dos atributos do brincar de faz de conta medidos pelo ChIPPA	47
4.7.2 Folha de observações clínicas e observações gerais	49
4.8 Aspectos Éticos	51
5 RESULTADOS – APLICAÇÃO DO ChIPPA	53
5.1 Descrição do desempenho geral de cada participante do estudo.....	53
5.2 O desempenho lúdico das crianças durante a aplicação do ChIPPA	74
5.3 Folha de Observações Clínicas do ChIPPA	78

5.4 Observações Gerais durante a aplicação do ChIPPA.....	80
6 DISCUSSÃO – APLICAÇÃO DO ChIPPA.....	82
7 RESULTADO E DISCUSSÃO DO PROCESSO DO BRINCAR DE FAZ DE CONTA DAS CRIANÇAS	86
7.1 A criança vivenciando o câncer.....	86
7.2 Expressando sentimentos e comportamentos	92
7.3 O mundo saudável vivenciado pela criança com câncer	98
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	106
REFERÊNCIAS	109
APÊNDICES	126
APÊNDICE A – Informações relevantes dos prontuários.....	126
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação em pesquisa científica	127
ANEXOS	129
ANEXO A - Avaliação da sessão do brincar imaginativo-convencional e sessão do brincar simbólico	129
ANEXO B – Folha de Pontuação – ChIPPA.....	131
ANEXO C – Folha de Observações Clínicas e Observações Gerais	132
ANEXO D – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	135

APRESENTAÇÃO

Este trabalho faz parte dos estudos do grupo de pesquisa do LEPTOI – Laboratório de Ensino e Pesquisa de Terapia Ocupacional na Infância e Adolescência¹, dentro da linha de pesquisa *Desempenho ocupacional de crianças e adolescentes em diferentes contextos*.

O **LEPTOI** reúne ações e projetos de pesquisa, ensino e extensão que se propõem integrar aspectos clínicos e sociais, a partir de duas linhas centrais de pesquisa: **Formação profissional** (perfil dos estudantes de Terapia Ocupacional, acompanhamento de ingressantes através do processo de tutoria institucional, desenvolvimento de estratégias de ensino em terapia ocupacional: tecnologia e arte) e **Desempenho ocupacional de crianças e adolescentes em diferentes contextos** (desenvolvimento em condições adversas – violência doméstica, pobreza e institucionalização; doenças crônicas, hospitalização, deficiências; comportamento lúdico e de lazer de crianças e adolescente, cuidadores), linha na qual se insere o presente estudo.

As investigações a partir desta linha estão centradas no desenvolvimento infanto-juvenil, com ênfase para o desempenho ocupacional nas áreas de desempenho mais importantes para o seguimento etário em questão: atividades de vida diária (AVD), atividades de vida diária e instrumentais (AVDI), o brincar, a educação (escola) e a participação social. Pretende-se, desta forma, aprofundar a compreensão acerca da influência dos eventos de vida sobre o desenvolvimento de crianças e adolescentes, na perspectiva da Terapia Ocupacional, ou seja, atentando para as habilidades de desempenho mais importantes na garantia da participação em contextos de vida, para cada etapa deste período do curso de vida (infância e adolescência).

Durante a graduação, interessei-me pela área do câncer infantil quando participei do “Programa de Extensão Caixa de Histórias” (vinculado ao LEPTOI), no qual eu utilizei o recurso terapêutico das histórias infantis junto às crianças hospitalizadas, especialmente as crianças com câncer. Notei o quanto a utilização de recursos terapêuticos lúdicos auxiliaram as crianças a lidar melhor com o adoecimento. Passei a me aprofundar mais nesta temática, especificamente com as crianças com câncer, quando desenvolvi a pesquisa de iniciação

¹ Grupo de pesquisa implementado pela Profa. Dra. Luzia Iara Pfeifer, em janeiro de 2005, na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – FMRP – USP. Em janeiro de 2008 a Profa. Dra. Maria Paula Panúncio Pinto, passou a integrar, em parceria, a coordenação do laboratório. O LEPTOI vem sendo mantido com auxílio financeiro da FMRP, FAEPA e CNPQ.

científica “O uso de caixas de histórias como recurso terapêutico ocupacional facilitador do enfrentamento da hospitalização de crianças com câncer”, com bolsa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq.

Com o término da graduação, dei continuidade aos estudos na área de oncopediatria, como aperfeiçoanda de Terapia Ocupacional da Enfermaria de Onco-Hematologia Pediátrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Durante esse período, em atuação direta com as crianças e seus familiares, percebi o quanto o câncer causava alterações diversas em aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais. Para trabalhar com essas demandas que surgiam, o brincar foi o recurso terapêutico utilizado mais eficaz. O brincar de faz de conta foi, especialmente, uma forma frequente utilizada pelas crianças para relatar suas angústias, medos e sentimentos acerca do tratamento e do adoecimento.

Finalizando o aperfeiçoamento, permaneci na referida enfermaria como profissional colaborador e dei continuidade às pesquisas na área do câncer infantil. Entrei cada vez mais em contato com o faz de conta das crianças e percebi o quanto elas se utilizavam desse recurso para expressar seus sentimentos, trazendo para o atendimento a realidade vivenciada no hospital e fatos do cotidiano, o que me levou a refletir sobre a possibilidade de desenvolver essa temática no mestrado.

Além da enfermaria, passei também a atuar no ambulatório e no Grupo de Apoio à Criança com Câncer de Ribeirão Preto, o que possibilitou a ampliação de minha visão sobre o câncer infantil, podendo acompanhar as crianças em diferentes contextos (enfermaria, ambulatório e casa de apoio).

Nesse período, minha orientadora realizava um estágio de pós-doutoramento na Austrália, desenvolvendo pesquisa utilizando um instrumento chamado “Avaliação do Faz de conta Iniciado pela Criança” (ChIPPA)², o qual auxilia na compreensão do desenvolvimento de habilidades de crianças de 3 a 7 anos em iniciar e organizar seu brincar (PFEIFER et al., 2011-a).

² Sigla em inglês para *Child-Initiated Pretend Play Assessment*. Apesar da tradução do nome do instrumento em português, sua sigla será mantida em inglês.

Dessa forma, percebi a importância de estudar o brincar de faz de conta de crianças com câncer através da utilização do instrumento citado, o qual será apresentado detalhadamente.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Câncer infantil

O câncer é caracterizado por um grupo de doenças que têm em comum a proliferação descontrolada de células anormais, podendo ocorrer em qualquer local do organismo (INSTITUTO NACIONAL DE CâNCER - INCA, 2007). Como historicamente há relatos do câncer da data de 1600 a.C. (CAPONERO; LAGE, 2008), sua abordagem requer a reflexão de que se trata de uma patologia que, ao longo do tempo, foi considerada como uma sentença de morte, causando dor e sofrimento aos pacientes e seus familiares (DIEFENBACH, 2011). Trata-se de um problema de Saúde Pública e, desta forma, ações de prevenção primária e secundária são primordiais para a diminuição do número de casos novos e para a prevenção de mortes (BENTO, 2007).

Tal patologia é rara, já que, a cada ano, de 100.000 pessoas menores de 21 anos, apenas 16 são diagnosticadas com câncer (OEFFINGER; NATHAN; KREMER, 2010). A incidência mundial dos tumores pediátricos varia de 1% a 3% do total de casos de câncer; já no Brasil, o percentual médio dos tumores pediátricos encontra-se próximo de 3% (INSTITUTO NACIONAL DE CâNCER, 2011). Mesmo assim, já representa a primeira causa de morte por doença entre crianças e adolescentes entre 1 a 19 anos, para todas as regiões brasileiras (INSTITUTO NACIONAL DE CâNCER - INCA, 2011).

O câncer na criança e no adolescente possui características muito específicas e origens histopatológicas próprias, necessitando ser estudado separadamente do câncer do adulto. As neoplasias, neste período da vida, apresentam, na maioria dos casos, curtos períodos de latência, são mais agressivas, crescem mais rapidamente, entretanto respondem de forma mais adequada ao tratamento, sendo consideradas de bom prognóstico (INSTITUTO NACIONAL DE CâNCER - INCA, 2011).

As leucemias, os tumores do Sistema Nervoso Central e os linfomas são os tumores mais frequentes na infância e adolescência (INSTITUTO NACIONAL DE CâNCER - INCA, 2011). Todavia, as crianças e os adolescentes também podem ser acometidos por neuroblastoma, tumor de Wilms, retinoblastoma, sarcomas (osteossarcoma, sarcomas de partes moles e sarcoma de Ewing) e tumores de células germinativas (INSTITUTO NACIONAL DE CâNCER - INCA, 2007).

As leucemias são tipos de câncer que comprometem o sistema sanguíneo e que se caracterizam por uma proliferação acentuada, maturação e liberação de leucócitos prejudiciais (YOSHIDA, 2006). Alguns sintomas que podem estar presentes são: dor óssea, dificuldade na deambulação, mal-estar, anorexia, irritabilidade, febre, palidez, taquicardia e fadiga (LOPES; MENDES 2000).

Os tumores do Sistema Nervoso Central compõem o mais frequente grupo de neoplasias sólidas malignas na infância (FURRER; OSÓRIO; JÚNIOR, 2000), sendo os mais comuns os astrocitomas e os meduloblastomas (LATORRE, 2000). Esses tumores podem levar a várias alterações, tais como hipertensão intracraniana, alterações cardiorrespiratórias, ataxia, paralisia de nervos cranianos, alterações sensoriais, hemiparesia e alterações endócrinas.

Os linfomas compõem um grupo de variadas doenças neoplásicas do sistema linfático, originando-se da proliferação de linfócitos B ou T (MATASAR; ZELENETZ, 2008).

O neuroblastoma se origina nas células nervosas indiferenciadas da crista neural e pode estar localizado em qualquer parte do corpo. Trata-se do tumor sólido extracraniano mais comum na infância, apresentando sinais como sudorese, hipertensão arterial, taquicardia, irritabilidade, rubor facial, dor óssea, anemia e emagrecimento (COSTA; CAMARGO, 2000).

O tumor de Wilms é o câncer de rim mais comum na infância, geralmente afetando apenas um rim (HOSPITAL A.C.CAMARGO, s.d.-c). Este tumor está relacionado a anomalias congênitas e malformações geniturinárias, podendo haver tumoração palpável, hematúria, hipertensão arterial, hipoglicemia, trombose da veia cava e anemia (COSTA; CAMARGO, 2000).

O retinoblastoma é o tumor intraocular maligno mais comum na criança e se origina da retina embrionária. Os sinais e sintomas mais comuns são leucocoria, estrabismo, vermelhidão dos olhos, inflamação da órbita, perda de visão e glaucoma secundário (ANTONELI, 2000).

Os sarcomas se desenvolvem a partir dos tecidos conjuntivos, tais como músculos, tecido gorduroso e membranas que revestem as articulações ou vasos sanguíneos (HOSPITAL A.C.CAMARGO, s.d.-a). Os tipos de sarcoma da infância são rabdomiossarcoma, osteossarcoma e sarcoma de Ewing (LATORRE, 2000). O rabdomiossarcoma é o tumor de partes moles mais comum na criança (LIMA et al., 2011), sendo que os sinais e sintomas podem ser variados, dependendo da região acometida (edema localizado, dor, sangramento, dores abdominais, prisão de ventre, entre outros) (HOSPITAL A.C.CAMARGO, s.d.-a). O

osteossarcoma é um tumor ósseo maligno que atinge principalmente crianças, adolescentes e adultos jovens (WU et al., 2009). Seus sinais e sintomas mais comuns são dor óssea, fadiga, edema e limitação de movimentos (HENDERSHOT, 2010). O sarcoma de Ewing ocorre com mais frequência nos ossos, tendo maior incidência em adolescentes. A dor no osso comprometido é o sintoma inicial, podendo haver calor no local do tumor e febre (HOSPITAL A.C.CAMARGO, s.d.-b).

Os tumores de células germinativas são derivados das células germinativas primordiais (responsáveis pela formação dos óvulos e dos espermatozóides), podendo apresentar localização gonadal ou extragonadal. São tumores raros na infância (LOPES; CAMARGO, 2000). Entre seus diferentes tipos, os germinomas (ou disgerminomas) são os mais comuns, acometendo o Sistema Nervoso Central (FURRER; OSÓRIO; JÚNIOR, 2000) e levando à fadiga progressiva e a sintomas de acometimento neurológico, tais como diplopia, parestesia, cefaleia, entre outros (FERREIRA et al., 2009).

Destaca-se que, 70% das crianças acometidas de câncer, se diagnosticadas a tempo e tratadas adequadamente em centros especializados, podem ser curadas (KELLIE; HOWARD, 2008; DANG-TAN; FRANCO, 2007; SILVA; GALLEGU; TEIXEIRA, 2006; HAIMI; PERETZ-NAHUM; BEN-ARUSH, 2004). A oferta de serviços para o diagnóstico e o tratamento de crianças com câncer na rede pública de saúde e a condição da família para o seu deslocamento até o local de tratamento são primordiais para o sucesso do cuidado (PAN et al 2011). De acordo com Grabois, Oliveira e Carvalho (2011), treinar os profissionais da saúde da atenção primária, incluir planos integrados e fornecer acesso a todos os níveis de complexidade possibilitam que o diagnóstico ocorra o mais rapidamente possível.

O tratamento atual do câncer infantil envolve a quimioterapia, a radioterapia e a cirurgia (LOPES; BIANCHI, 2000) e possui dois objetivos primordiais: aumentar a sobrevida, diminuindo os efeitos tardios, e reinserir a criança na sociedade com qualidade de vida (MUTTI; PAULA; SOUTO, 2010). A quimioterapia caracteriza-se pelo emprego local ou sistêmico de substâncias químicas que atuarão na divisão celular, causando, principalmente, a morte da célula neoplásica (COSTA; LIMA, 2002). A radioterapia é uma radiação (eletromagnética e de partículas mais pesadas) utilizada com o intuito de interromper o crescimento celular, podendo ser utilizada sob as formas de radioterapia externa (modalidade mais comum) e braquiterapia, ou seja, o contato direto com o tecido tumoral (CAMARGO; KURASHIMA, 2007). A cirurgia consiste na realização de biópsia, na retirada

completa do tumor ou para tratamento de suporte (colocação de cateteres, drenagens de abscesso, obstruções, entre outros) (CAMARGO; KURASHIMA, 2007). Esses tratamentos visam a cura, o controle da doença e o alívio dos sintomas (LOPES; BIANCHI, 2000).

O tratamento da criança com câncer, de modo geral é longo e envolve diversas etapas, as quais podem ocorrer em diferentes ambientes, tais como enfermarias, ambulatórios e as casas de apoio. A criança precisa ser hospitalizada sempre que apresentar um quadro clínico geral instável (neutropenia febril, lise tumoral, efeitos adversos dos medicamentos administrados, sequelas do crescimento tumoral, entre outros) ou para a realização de alguma modalidade de tratamento (quimioterapia que necessite de longo tempo de infusão, transplante, etc). Já no ambulatório, a criança realizará exames, consultas e quimioterapia sempre que estiver com um quadro clínico estável. A casa de apoio é o local em que a criança e acompanhantes, não provenientes da cidade em que é realizado o tratamento, ficam hospedados para facilitar o deslocamento até o hospital.

O câncer e os seus efeitos tanto durante o tratamento quanto tardiamente levam a consequências psicológicas e sociais. Dentre os aspectos psicológicos destacam-se a desmotivação, a diminuição no desempenho escolar, a depressão, a ansiedade, o medo de uma possível recidiva, o medo da morte, entre outros. Dentre os aspectos sociais destacam-se o afastamento da escola, o isolamento, o abandono social, a dificuldade de socialização, entre outros (NAVES, 2013).

A morte é uma temática que está presente desde o diagnóstico oncológico, permanecendo durante todo o tratamento e após este. Ao entrarem em contato com a possibilidade da morte, os sujeitos e seus cuidadores questionam sobre a vida, havendo medos e angústias (BORGES et al., 2006). Para Kovács (2012), o adulto, em muitos momentos, pensa erroneamente que a criança não compreende a morte, fazendo com que este assunto seja evitado na tentativa frustrada de poupar o seu sofrimento. A criança, porém, não tendo a oportunidade de falar de forma direta sobre o assunto, pode utilizar-se de desenhos, jogos e histórias para conseguir expressar os seus sentimentos (BORGES et al., 2006). Kovács (1992) afirma ainda que o medo é o mecanismo psicológico mais comum diante da possibilidade da morte. Portanto, falar da morte para a criança de maneira aberta e espontânea auxilia no enfrentamento da situação vivenciada (KOVÁCS, 2012).

Com o aumento da sobrevivência de muitas crianças com câncer, há uma preocupação com a qualidade de vida e o resultado funcional dessas após o tratamento (KRULL et al.,

2008). Ao término do tratamento, é necessário que haja um acompanhamento das crianças tratadas durante sua adolescência e vida adulta.

Existem diversos efeitos tardios da cirurgia, radioterapia e quimioterapia. Os efeitos tardios da cirurgia se manifestam através do comprometimento da função imune e incontinências (LOPES; BIANCHI, 2000). Os efeitos tardios da radioterapia se manifestam através da diminuição do crescimento, baixa estatura, escoliose, dor lombar, atrofia muscular, catarata, retinopatias, queratoconjuntivites, doença coronariana precoce, fibrose pulmonar, calcificações, hipertensão renal, fibrose de bexiga, déficit do hormônio de crescimento, hipotireoidismo, risco de esterilidade (homens), falência ovariana, menopausa precoce, má-absorção intestinal e disfunção hepática. A irradiação do Sistema Nervoso Central (SNC) pode levar a alterações endócrinas (distúrbios de crescimento, hipotireoidismo) e a distúrbios neuro-cognitivos (CAMARGO et al, 2000). Os efeitos tardios da quimioterapia se manifestam através da osteoporose, cardiomiopatia, falência cardíaca, pneumonite intersticial, neuropatia periférica, perda de audição, insuficiência renal, fibrose da bexiga, cirrose e falência hepática (LOPES; BIANCHI, 2000).

Os efeitos tardios dos diferentes tipos de tratamento podem causar, também, alteração da aparência e da imagem corporal devido à obesidade, emagrecimento, deformidades e amputações, afetando a autoestima dos jovens e prejudicando seus relacionamentos (PERINA; MASTELLARO; NUCCI, 2008).

É necessário, também, conhecer quais os impactos do câncer sobre a família da criança adoecida. O câncer infantil é um evento que afeta profundamente a família em muitos níveis de complexidade (MOULES et al., 2012), gerando impactos físicos, psicossociais, financeiros e rompendo a estrutura familiar devido à hospitalização, separação dos membros da família durante as internações, rupturas no cotidiano, entre outros (NASCIMENTO et al., 2005). A família da criança com câncer fica abalada pela sensação de perda, acompanhando toda a trajetória do paciente, experimentando sentimentos de desamparo, o que afeta o seu estado emocional (MENEZES et al., 2007).

Em um estudo que objetivou compreender a complexidade e singularidade da experiência dos avós de ter um(a) neto(a) com câncer, percebeu-se que os principais resultados encontrados foram: impacto do diagnóstico, revolta sentida pelo adoecimento de alguém tão jovem, mudança repentina do cotidiano e do estilo de vida, silêncio, desamparo e culpa (MOULES et al., 2012)

Com o término do tratamento, os familiares da criança sentem alegria, mas, ao mesmo tempo, medo e insegurança, já que, muitas vezes, há dúvidas quanto à cura definitiva da doença na criança, gerando preocupação permanente (COUTO; OLIVEIRA, 2012). Dessa forma, percebe-se que a família da criança com câncer também precisa ser acolhida e necessita de uma atenção humanizada (LIMA; ALMOHALHA, 2011).

Devido à complexidade da doença, o tratamento do câncer infantil precisa estar voltado para a dimensão humana, visando não apenas a cura, mas também um conjunto de cuidados que permita que a criança e sua família possam situar-se em sua nova condição, adaptando-se física, psicológica e socialmente a esta (VASCONCELOS; ALBUQUERQUE; COSTA, 2006).

1.2 Cuidado integral à criança com câncer

A integralidade é caracterizada por uma pluralidade de conceitos que levam a uma prática em saúde mais humana e integradora (Machado et al., 2007), envolvendo a complexidade do ser e do fazer, já que se trata de um processo em construção (RANGEL et al., 2012).

Com relação ao princípio da integralidade, sua efetivação na prática da área da saúde requer reconhecer o homem como ser integral, sendo atendido em um sistema de saúde igualmente integral, através de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990). Entretanto, tal princípio, mesmo sendo defendido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), ainda é um desafio para a assistência à saúde no Brasil devido à fragmentação e mecanização das ações em saúde (MACHADO et al., 2007). Desta forma, é necessário que ocorram mudanças nos mais variados processos de trabalho em saúde, incluindo a reflexão sobre a formação dos profissionais no sentido da atuação conectada aos princípios do SUS (Rangel et al., 2012), por meio do efetivo trabalho em equipe, diálogo e troca de saberes (MACHADO et al., 2007).

A interdisciplinaridade é um recurso eficaz na construção da integralidade em saúde (MENOSSEI; LIMA; CORRÊA, 2008), já que se trata da construção de um sistema complexo que objetiva integrar o conhecimento de cada disciplina, aceitando diferenças, reintegrando em um todo, notando que cada disciplina é inseparável para a construção do todo (PACHECO; TOSTA; FREIRE, 2010).

Especificamente no que diz respeito ao cuidado em Oncologia Pediátrica, percebe-se que, em decorrência do tratamento longo e doloroso do câncer na infância, é necessário refletir sobre formas de garantir que esse processo terapêutico seja o menos traumático possível, possibilitando a recuperação biopsicossocial da criança (FREIRE; PETRILI; SONSO GNO, 2007). A assistência à criança com câncer deve ser abrangente, através de um cuidado que envolva não só os fatores físicos, mas também os psicológicos (Lages et al., 2011), respeitando sua individualidade (FREIRE; PETRILI; SONSO GNO, 2007).

Dessa forma, através do cuidado integral à criança com câncer, articulam-se as dimensões biológica, psicológica, social e cultural (MENOSSI; LIMA; CORRÊA, 2008). Todas essas dimensões necessitam ser conhecidas e trabalhadas pela equipe de saúde para que a relação com a criança e sua família seja mais humanizada, indo além do diagnóstico, tratamento e prognóstico (CARDOSO, 2007).

Portanto, essa integralidade do cuidado à criança ocorrerá quando houver efetiva prática social, através da coparticipação dos sujeitos, ações interdisciplinares e ampliação das dimensões do cuidado para que os profissionais da saúde notem a criança como possuidora de direitos (FROTA et al., 2010).

Dentre os membros dessa equipe encontra-se o terapeuta ocupacional, o qual é um profissional que se utiliza do fazer humano com o objetivo de criar possibilidades de continuidade da realização de ocupações, tais como atividades rotineiras, lazer, participação social, brincar, autocuidado, entre outras, mantendo, desta forma, as atividades significativas dos sujeitos (OTHERO, 2008).

No caso da criança com câncer, percebe-se a necessidade da criação de medidas que amenizem o trauma gerado pelo desconhecido (FERRARI; ALENCAR; VIANA, 2012) e que a auxiliem a lidar com a situação vivenciada da forma mais adequada possível. Assim, o brincar é um dos focos do terapeuta ocupacional junto a essa população. A promoção do brincar pode ser uma ferramenta importante para lidar com a integralidade da atenção; adesão ao tratamento; facilitação da comunicação entre criança/adolescente, os profissionais de saúde e os acompanhantes/cuidadores; manutenção dos direitos da criança e do adolescente e da (re)significação da doença (MITRE; GOMES, 2004). Explorar atividades lúdicas (no caso dessa pesquisa, o faz de conta) auxilia o terapeuta ocupacional a desenvolver os princípios da integralidade e da humanização do cuidado.

1.3 A atuação da Terapia Ocupacional junto à criança com câncer

A Terapia Ocupacional é caracterizada pela compreensão de que o envolvimento em ocupações dá suporte à vida cotidiana, contribuindo para a saúde e para o bem-estar. O envolvimento do sujeito na ocupação leva em consideração os aspectos do desempenho subjetivos e objetivos. A saúde é apoiada e mantida quando os sujeitos conseguem se envolver em ocupações e atividades que comportam a participação desejada ou necessária nos diferentes cenários (casa, escola, local de trabalho e vida comunitária) (AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION - AOTA, 2008).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) elaborou, em 2001, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), com o objetivo de responder às necessidades de compreensão acerca das consequências das doenças. De acordo com a OMS (2003), a saúde pode ser prejudicada pela incapacidade na realização de atividades e na participação em acontecimentos da vida causadas pelas barreiras ambientais, por fatores pessoais e pelos problemas existentes nas estruturas e funções do corpo.

Reconhecendo que as crianças e jovens passam por um processo amplo de mudanças ao longo do desenvolvimento, a OMS organizou uma nova versão da CIF denominada CIF-versão para crianças e jovens (CIF-CJ). A CIF-CJ foi criada devido à necessidade de uma versão que pudesse ser utilizada para crianças e jovens nas esferas social, da saúde e da educação, já que a incapacidade e as condições de saúde das crianças e adolescentes diferem das do adulto. Os temas principais que guiam a CIF-CJ são o crescimento e desenvolvimento infanto-juvenil, sendo dada atenção particular aos seguintes assuntos: *a criança no contexto da família, atraso no desenvolvimento, participação e ambientes* (OMS, 2011).

A CIF-CJ possui ênfase na funcionalidade, utilizando linguagem comum a ser aplicada nas variadas disciplinas, com o intuito de auxiliar no avanço de serviços, políticas e pesquisas em favor das crianças e jovens. Desta forma, esta versão derivada da CIF foi desenvolvida através das seguintes atividades: modificação ou expansão de descrições, atribuição de novo conteúdo a códigos não utilizados, modificação de critérios de inclusão e exclusão e expansão de qualificadores para inclusão de aspectos do desenvolvimento (OMS, 2011). A figura 1 caracteriza a relação entre os componentes da CIF:

Figura 1 - Interação entre os componentes da CIF (OMS, 2003)

As funções do corpo são as funções fisiológicas dos sistemas do corpo (incluindo funções psicológicas) e as estruturas do corpo são as suas partes anatômicas, tais como órgãos, membros e seus componentes. A atividade é a realização de tarefas feitas no dia a dia de uma pessoa. A participação é o envolvimento em uma situação da vida social. Os fatores ambientais são os fatores externos do meio ambiente em que o sujeito vive, tais como ambiente físico, social e de atitude (OMS, 2003). Já os fatores pessoais (idade, nível educativo, etc) são fatores contextuais que descrevem o sujeito (SILVA, 2011).

Os domínios da AOTA que caracterizam a prática da Terapia Ocupacional (figura 2) foram organizados a partir dos componentes da CIF:

Figura 2 - Domínio da Terapia Ocupacional (AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION - AOTA, 2008).

A criança com câncer vivencia situações variadas, as quais interferem em seus papéis ocupacionais³, desenvolvimento e rotina familiar, podendo ocorrer alterações motoras, cognitivas e psicológicas, o que poderá afetar o desenvolvimento global da criança adoecida (LIMA; ALMOHALHA, 2011).

Em função da doença, a criança apresenta alterações nos fatores do cliente relacionadas às funções e estruturas do corpo, reproduzindo os conceitos da CIF – CJ. O câncer infantil, juntamente com as consequências do tratamento, podem levar a alterações nas

³ Papéis que capacitam os indivíduos a estruturar sua participação ocupacional e auxiliam na organização dos comportamentos produtivos, através do fornecimento de uma identidade pessoal, expectativas sociais, organização do uso do tempo e inserção do indivíduo na estrutura social (KIELHOFNER et al., 2008).

funções e estruturas do corpo do sistema hematológico (leucemias), do sistema endócrino (tumor de Sistema Nervoso Central), sensoriais e dor (todos os tipos causam algum tipo de alteração sensorial e/ou dor), mentais (tumor de Sistema Nervoso Central principalmente), neuromusculoesqueléticas (tumor de Sistema Nervoso Central, osteossarcoma, sarcoma de partes moles), do sistema imunológico (todos os tumores), do sistema cardiovascular (tumor de Wilms) e do sistema cardiorrespiratório (tumores de Sistema Nervoso Central). Essas alterações na estrutura e função corporais influenciam na habilidade de desempenho da criança nas diversas áreas de ocupação, sendo, assim, necessária a intervenção do terapeuta ocupacional.

Dessa forma, os terapeutas ocupacionais atuarão não somente sobre os aspectos específicos da patologia (alterações das funções corporais, segundo o CIF e habilidades de desempenho, segundo a AOTA), mas também na atividade e na participação da criança (áreas de desempenho), já que, segundo Kudo et al. (2012), a promoção da autonomia e participação da criança durante o tratamento são fundamentais para amenizar os efeitos negativos do adoecimento.

Como as áreas de ocupação podem ser afetadas parcial ou totalmente com os diferentes tipos de câncer infantil, percebe-se que a promoção do brincar, como sendo uma das áreas de ocupação mais importantes na criança, é uma preocupação do terapeuta ocupacional. Segundo Angeli, Luvizaro e Galheigo (2012), o brincar é a linguagem que caracteriza o cotidiano da criança, além de projetar futuros e permitir sonhos.

Tendo em vista a importância do brincar de faz de conta para a Terapia Ocupacional, percebeu-se a necessidade de explorar esse recurso terapêutico, especialmente na criança pré-escolar, foco deste estudo.

1.4 O brincar e o faz de conta

O brincar é uma das principais necessidades da criança, sendo que auxilia em seu desenvolvimento físico e emocional (CASTRO, 2010). Ele é, antes de tudo, um movimento, uma ação que irá originar interpretações (ROZA, 1993). É através da atividade lúdica que se apreende, dialoga, conhece e inventa um lugar de existência no mundo (ANGELI; LUVIZARO; GALHEIGO, 2012).

Para a criança doente, o brincar pode ser visto como forma de expressão, auxiliando-a a ver o seu processo de elaboração do adoecimento de forma mais fácil (COHEN; FARIA; MAGNAN, 2010). Além disso, o brincar promove a melhoria da qualidade de vida da criança adoecida, minimizando os impactos na esfera psíquica e física e os impactos negativos que surgem com a ruptura do contexto sociofamiliar e com a realização de procedimentos durante o tratamento (AZEVEDO, 2011).

A atividade lúdica possui uma essência não material, é livre e voluntária, além de ser uma maneira propícia para o desenvolvimento da imaginação (ROZA, 1993). O faz de conta, portanto, permite que a criança se expresse e trabalhe com situações marcantes do dia-a-dia com certo distanciamento (BETTELHEIM, 1980).

A brincadeira simbólica é caracterizada pelo fato de a criança lidar com papéis sociais e está associada com mudanças cognitivas mais importantes (VYGOTSKY, 1991).

É por meio do faz de conta que a criança experimenta papéis, cria habilidades para a resolução de problemas e desenvolve cada vez mais a linguagem (BEE, 2003), sendo considerada uma prática significativa (depende da estruturação subjetiva de cada um) (ROZA, 1993).

O faz de conta se encontra mais presente na criança pré-escolar, a qual, segundo Piaget e Inhelder (1982), encontra-se no período pré-operatório, sendo capaz de substituir um objeto ou acontecimento por uma representação devido à função simbólica. Nessa fase, o brincar passa a ser paralelo e não mais solitário; engloba também o período de jogos dramáticos, complexos (4-7 anos), momento em que a criança passa para o brincar associativo, havendo participação social (TAKATA, 1974).

O brincar simbólico auxilia a criança a lidar com as dificuldades da vida (BETTELHEIM, 1980), sendo um facilitador da expressividade durante o período de tratamento do câncer infantil, além de, segundo Silva (2002), permitir que experiências cotidianas sejam reelaboradas, possibilitando diferentes maneiras de representação da realidade.

A criança com câncer poderá ter diversos comportamentos lúdicos de acordo com os diferentes contextos em que estiver inserida, como na hospitalização, ambulatório e casa de apoio. Dessa forma, o contexto influencia nas estratégias emocionais utilizadas por ela (ALTSHULER; RUBLE, 1989). Portanto, torna-se necessário compreender como é a dinâmica destes locais em que a criança frequenta durante o tratamento e como ela se comporta nestes contextos.

A hospitalização ocorre frequentemente durante o tratamento do câncer infantil (ANGELO; MOREIRA; RODRIGUES, 2010), fazendo com que as crianças passem por diversos procedimentos, muitas vezes dolorosos e invasivos, que podem prejudicar seu desenvolvimento global (BORGES; NASCIMENTO; SILVA, 2008).

O hospital causa ansiedade e angústia para a criança e seus familiares, devido ao medo do desconhecido, uso de linguagem formal pela equipe de saúde, ambiente estranho, dúvidas sobre o processo patológico (ORIÁ; MORAES; VICTOR, 2004), dependência física de outras pessoas, solidão, abandono, perda da identidade e da autonomia, entre outros (ROCHA; MELLO, 2004). Pode também ocasionar alterações no desenvolvimento global da criança com câncer devido a eventos como ruptura do cotidiano, rotina hospitalar, horários diferentes das atividades de vida diária, faltas na escola, separação de amigos e familiares, podendo levar a alterações físicas e emocionais (PFEIFER; MITRE, 2008). Na maioria das vezes, as crianças ficam mais cansadas e doentes quando estão no hospital do que em outros ambientes (SPEYER et al., 2009).

Para a criança, em especial aquela que se encontra na fase pré-escolar, a hospitalização pode ser encarada como algo misterioso e assustador devido à dificuldade de lidar com questões abstratas (KICHE; ALMEIDA, 2009). Esses efeitos adversos da hospitalização são um desafio para os profissionais da saúde envolvidos no cuidado de crianças com câncer, os quais precisam ter habilidades para lidar com a situação (WILSON et al., 2010).

Nesse sentido, segundo Reis e Rezende (2007) e Pfeifer, Martins e Santos (2010), percebe-se que o brincar é um recurso terapêutico importante para o desenvolvimento das crianças, auxiliando na adesão ao tratamento (PARCIANELLO; FELIN, 2008). Além disso, as brincadeiras realizadas no contexto hospitalar contribuem de forma significativa para o enfrentamento dos sintomas como náuseas e dor, amenizando os desconfortos e sofrimentos causados pela hospitalização (PACCIULIO, 2012).

No contexto ambulatorial, o tratamento oncológico é caracterizado por retornos frequentes para a realização de exames, administração de quimioterapia e/ou radioterapia e/ou derivados sanguíneos, além de consultas médicas e de enfermagem (MELO; VALLE, 2010). O tratamento ambulatorial evita a possibilidade de infecção hospitalar, minimizando ansiedades decorrentes do afastamento do lar e dos familiares. Todavia, algumas características inerentes à patologia e ao tratamento ainda permanecem, tais como medo, dor, ansiedade e realização de procedimentos invasivos (RIBEIRO; ANGELO, 2005).

O fato de a criança continuar a realizar parte do tratamento do câncer em nível ambulatorial não significa que ela não precisa mais ser estimulada a brincar. A criança em tratamento ambulatorial volta diversas vezes ao hospital para a realização de medicações, exames invasivos e consultas, o que causa ansiedade e angústia. Desta forma, o brincar é fundamental para auxiliar a criança com câncer na compreensão do tratamento (MELO, 2003).

E, para além desta aplicação do brincar, a literatura aponta que o tempo de espera do ambulatório bem aproveitado, tornando o ambiente descontraído e alegre, minimiza os sentimentos negativos vivenciados pelas crianças com câncer e seus acompanhantes (SILVA; CABRAL; CHRISTOFFEL, 2008).

As casas de apoio também se constituem em espaços presentes na conformação da experiência das crianças com câncer. O termo casa de apoio possui utilização variada, podendo incluir públicos e objetivos diversos. Todas essas casas de apoio são voltadas à assistência e cuidado a uma população com maior vulnerabilidade emocional e/ou física (SOARES; FORSTER; SANTOS, 2008).

A casa de apoio à criança adoecida é um local em que é oferecido alojamento, transporte, alimentação e apoio social às crianças e seus acompanhantes ao longo do tratamento, acolhendo todos aqueles residentes em outras cidades (CAMPOS et al., 2007), com o objetivo de evitar os desgastes físico e emocional provenientes do deslocamento até o domicílio (REZENDE, 2011). Dessa forma, os acompanhantes das crianças adoecidas precisam deixar sua casa, cidade e familiares, o que se torna um evento estressor, além de todos os outros fatores negativos relacionados ao adoecimento e tratamento (CAMPOS et al., 2007).

Por outro lado, a convivência com outras pessoas que se encontram em situações parecidas, minimiza o isolamento e a diferença sentidos, promovendo segurança e conforto. O ambiente domiciliar e acolhedor da casa de apoio pode auxiliar na recuperação das crianças, na promoção de bem-estar biopsicossocial e na adesão ao tratamento (REZENDE, 2011).

Além disso, aparece mais uma vez a importância da promoção do brincar, já que, segundo Mitre e Gomes (2004), o lúdico funciona como um catalisador na recuperação da capacidade de adaptação, a qual é fundamental nesse período de mudanças repentinas, entre as quais se encontra o distanciamento da família.

A figura 3 mostra a criança em tratamento oncológico de acordo com os domínios da Terapia Ocupacional (AOTA, 2008):

Figura 3 – A criança em tratamento oncológico

1.5 Avaliação do Faz de Conta Iniciado pela Criança (ChIPPA)

Ao se realizar uma avaliação do brincar, é possível conhecer as particularidades de cada criança, o que é essencial para estabelecer metas e objetivos terapêuticos, considerando-se o brincar como a primordial ocupação do ser humano para um desenvolvimento infantil adequado (CRUZ; PFEIFER, 2006; FERLAND, 2006). Pfeifer e Cruz (2008) realizaram uma pesquisa bibliográfica a respeito da avaliação do comportamento lúdico infantil na área da Terapia Ocupacional e localizaram seis instrumentos: o Histórico Lúdico, a Avaliação do Comportamento Lúdico, o Teste de Entretenimento, a Escala Lúdica Pré-escolar de Knox Revisada, a Avaliação Transdisciplinar Baseada no Brincar e a Avaliação do Faz de Conta Iniciado pela Criança (ChIPPA), sendo todos eles desenvolvidos em outros países (Estados Unidos, Canadá e Austrália).

O uso de instrumentos de avaliação oriundos de outros países necessita ser feito de forma cuidadosa, objetivando a pertinência e adequação desses instrumentos para a nova população a ser avaliada (BRANDÃO; MANCINI, 2007). Dos instrumentos citados por Pfeifer e Cruz (2008), a Avaliação do Comportamento Lúdico de Ferland (SANT'ANNA; BLACOVÍ-ASSIS; MAGALHÃES, 2008), a Escala Lúdica Pré-escolar de Knox Revisada (PACCIULIO; PFEIFER; SANTOS, 2010) e a Avaliação do Faz de Conta Iniciado pela Criança – ChIPPA (PFEIFER et al., 2011-a) passaram por um processo de tradução e adaptação transcultural para utilização no Brasil.

A Avaliação do Comportamento Lúdico (ACL) de Ferland descreve a característica qualitativa e individualizada de cinco dimensões do comportamento lúdico, as quais são interesse geral pelo ambiente humano e sensorial, interesse pelo brincar, capacidades lúdicas para o uso dos objetos e dos espaços, atitude lúdica e comunicação de suas necessidades e sentimentos (SANT'ANNA; BLACOVÍ-ASSIS; MAGALHÃES, 2008).

A Escala Lúdica Pré-escolar de Knox Revisada (ELPK-r) avalia as habilidades que as crianças possuem durante o brincar, considerando-se que é possível avaliar o desenvolvimento infantil por meio da observação do brincar (BUNDY, 2010). Esta escala possibilita uma descrição evolutiva das habilidades de desempenho envolvidas no brincar de crianças de 0 a 6 anos, as quais são distribuídas em nove faixas etárias (0 a 6 meses, 6 a 12 meses, 12 a 18 meses, 18 a 24 meses, 24 a 30 meses, 30 a 36 meses, 36 a 48 meses, 48 a 60 meses e 60 a 72 meses). Além disso, a ELPK-r divide-se em quatro dimensões: 1) domínio espacial (maneira pela qual as crianças aprendem a controlar o corpo e o espaço ao redor

delas); 2) domínio material (forma que as crianças aprendem a controlar os brinquedos e objetos); 3) simbolismo (maneira pela qual as crianças compreendem o mundo social) e 4) participação (quantidade e tipo de interação com as pessoas contidas no ambiente e o nível de independência e cooperação com os outros e a linguagem) (SPOSITO; PFEIFER; SANTOS, 2012). Foi feita a adaptação transcultural da ELPK-r para a população brasileira (denominando-se Escala Lúdica Pré-escolar de Knox Revisada Brasileira – ELPK-rb), demonstrando confiabilidade e repetibilidade desta versão (PACCIULIO; PFEIFER; SANTOS, 2010).

A Avaliação do Faz de Conta Iniciado pela Criança – ChIPPA (Child Initiate Pretend Play Assessment) é uma ferramenta útil no entendimento de como as crianças estão desenvolvendo suas habilidades em iniciar e organizar seu brincar, destinando-se a crianças de três a sete anos de idade, sendo que avalia a capacidade da criança iniciar e manter o faz de conta por um período de 30 minutos (crianças de 4 a 7 anos) e 18 minutos (crianças de 3 anos), tanto em relação ao brincar simbólico quanto ao brincar imaginativo-convencional (STAGNITTI, 2007).

O ChIPPA é uma avaliação padronizada e não direcionada, sendo estruturada para utilização em ambiente clínico (STAGNITTI, 2007), considerando o brincar como a ocupação primária da criança. Este instrumento fornece informações sobre a elaboração e complexidade do brincar da criança, mensura a habilidade de autoiniciar ideias durante o brincar e demonstra habilidades cognitivas, tais como a sequência de pensamento, o uso de símbolos abstratos durante o brincar (por exemplo, uma caixa de papelão é utilizada como um carro) e o estilo de brincar da criança (por exemplo, um brincar narrativo, ou um brincar matemático) (PFEIFER et al., 2011-a).

Este instrumento utiliza materiais padronizados para avaliar tanto o brincar simbólico, quanto o brincar imaginativo-convencional, permitindo que a criança seja espontânea. O brincar de faz de conta está ligado ao processo de alfabetização, sendo importante para o desenvolvimento cognitivo, da linguagem e sócio-emocional (SWINDELLS; STAGNITTI, 2006).

O ChIPPA avalia, de forma quantitativa, três atributos do faz de conta: porcentagem de ações elaboradas (PEPA), número de substituições do objeto (NOS) e número de ações imitadas (NIA) (STAGNITTI, 2007), os quais serão detalhados na metodologia da pesquisa.

As ações da criança são anotadas em uma folha de pontuação sempre que um determinado comportamento é apresentado. Há, ainda, uma folha de observações clínicas que fornece indicadores das habilidades típicas do brincar e déficits nas habilidades do brincar, devendo ser utilizada em conjunto com a folha de pontuação durante a avaliação da criança (UREN; STAGNITTI, 2009).

Com relação a alguns resultados obtidos com o ChIPPA em outros estudos, Stagnitti et al. (2000) verificaram que o ChIPPA detecta crianças com problemas pré-acadêmicos e Stagnitti e Jellie (2006) observaram que o ChIPPA identifica previamente problemas de linguagem.

O ChIPPA apresenta boa fidedignidade (STAGNITTI; UNSWORTH; RODGER, 2000; SWINDELLS; STAGNITTI, 2006) e validade (STAGNITTI et al., 2000; UREN; STAGNITTI, 2009). A versão do ChIPPA para o Brasil também demonstrou validade e fidedignidade, demonstrando que tal avaliação é potencialmente relevante e viável para as crianças brasileiras (PFEIFER et al., 2011-a).

Ao realizar uma extensa revisão de literatura sobre a produção de conhecimento com relação ao brincar de faz de conta em crianças pré-escolares no período de 2008 a 2013, utilizando-se as palavras chave *faz de conta*, *jogos e brinquedos*, *jogo simbólico*, *brinquedo terapêutico* e *pré-escolar* e seus equivalentes em inglês, espanhol e francês, foram localizados 8 estudos que utilizaram o ChIPPA, os quais analisaram o comportamento de crianças com lesão cerebral adquirida (FINK; STAGNITTI; GALVIN, 2012), paralisia cerebral (PFEIFER et al., 2011-b), autismo (STAGNITTI; O' CONNOR; SHEPPARD, 2012), crianças indígenas (DENDER; STAGNITTI, 2011) e crianças com desenvolvimento típico (O' CONNOR; STAGNITTI, 2011; PFEIFER et al., 2011-a; MCALONEY; STAGNITTI, 2009; UREN; STAGNITTI, 2009), as quais são descritas no quadro 1. Verifica-se que, até o momento, o ChIPPA não havia sido utilizado na área da Oncologia Pediátrica.

Quadro 1 – Resumo dos estudos que utilizaram o ChIPPA no período de 2008 a 2013

Referência	Assunto Principal	Principais Resultados
Fink, Stagnitti e Galvin (2012)	Descrição da autoiniciativa no faz de conta de três crianças de três a seis anos com lesão cerebral adquirida.	As crianças apresentaram habilidade limitada para se engajar no faz de conta durante todo o período da avaliação devido, provavelmente, a uma alteração cognitiva.
Stagnitti, O' Connor e Sheppard (2012)	Investigação da mudança na relação entre o brincar de faz de conta, a linguagem e as habilidades sociais de 19 crianças de cinco a oito anos (dez delas com diagnóstico de autismo) antes e após a participação em um programa de aprendizagem baseado no brincar.	Houve um aumento nas habilidades sociais e de linguagem das crianças ao longo de um período de seis meses, sendo o programa utilizado uma intervenção efetiva para crianças com distúrbios do desenvolvimento.
Dender e Stagnitti (2011)	Avaliação do faz de conta de 23 crianças indígenas australianas de quatro a seis anos com desenvolvimento típico	As crianças utilizaram os brinquedos típicos de sua região com mais frequência do que os materiais padronizados do ChIPPA. Este estudo relatou o primeiro passo para o desenvolvimento do ChIPPA – versão para indígenas.
O'Connor e Stagnitti (2011)	Investigação do brincar, comportamento, linguagem e habilidades sociais de 35 crianças de cinco a oito anos com desenvolvimento típico, sendo que 19 participaram de um programa de aprendizagem baseado no brincar (grupo de intervenção) e 16 realizaram atividades convencionais (grupo de comparação).	O grupo de intervenção apresentou diminuição nos déficits durante o brincar e se tornaram mais sociáveis com os seus pares. Os dois grupos melhoraram suas habilidades na linguagem.
Pfeifer et al. (2011-a)	Tradução e adaptação transcultural do ChIPPA para a população brasileira. Foram avaliadas 14 crianças com desenvolvimento típico.	A versão do ChIPPA para o Brasil também demonstrou validade e fidedignidade, demonstrando que tal avaliação é potencialmente relevante e viável para as crianças brasileiras
Pfeifer et al. (2011-b)	Avaliação da autoiniciativa no brincar de faz de conta de 20 crianças com Paralisia Cerebral (unilateral e bilateral)	Trinta e cinco por cento dos participantes apresentaram um padrão de brincar típico, com bons escores na elaboração das ações do brincar de faz de conta, no número de objetos substitutos utilizados durante a brincadeira e na habilidade de autoiniciar o brincar. O faz de conta foi diretamente influenciado pelo comprometimento motor da criança.
McAloney e Stagnitti (2009)	Investigação de como o desempenho de uma criança em uma avaliação do brincar relaciona-se com o brincar de pares. Participaram 53 crianças pré-escolares com desenvolvimento típico.	Os escores da criança no ChIPPA tem correlação com sua competência social.
Uren e Stagnitti (2009)	Investigação da relação entre faz de conta, competência social e envolvimento em atividades escolares de 41 crianças de 5 a 7 anos.	Os escores da criança no ChIPPA tem correlação com sua competência social.

2 JUSTIFICATIVA

O tratamento da criança com câncer é, na maioria dos casos, longo e doloroso e, de acordo com Speyer et al. (2009), o câncer ocasiona mudanças em seu estilo de vida devido ao tratamento e idas frequentes ao hospital. Muitas crianças relatam solidão e isolamento em decorrência da perda da infância normal (SPEYER et al., 2009). Todos esses fatores podem prejudicar o desenvolvimento global da criança com câncer.

Assim, é por meio do brincar e de práticas lúdicas que a criança adoecida pode adquirir novos conhecimentos a respeito das intervenções voltadas para sua recuperação, além de conseguir elaborar suas vivências prazerosas e difíceis. Por ser um comportamento complexo, é preciso compreender as particularidades do brincar para que ele possa ser abordado adequadamente (FERRARI; ALENCAR; VIANA, 2012).

Com relação à revisão de literatura sobre a produção de conhecimento quanto ao brincar de faz de conta no período de 2008 a 2013 já realizada no capítulo anterior, percebeu-se que grande parte dos estudos focalizou crianças com desenvolvimento típico (43%) e crianças com autismo (24%), havendo poucas pesquisas na área da Oncologia (3,5%) e em outras áreas (29,5%).

Os estudos encontrados na área da Oncologia Pediátrica abordou a importância do brinquedo terapêutico, o qual é uma técnica que utiliza o brinquedo junto a qualquer criança que viva experiências atípicas e ameaçadoras para sua faixa etária, avaliando suas necessidades e sentimentos (GREEN, 1974). No entanto, não foi encontrado nenhum estudo que avalie as habilidades de desenvolvimento da criança com câncer durante o brincar, existindo poucos instrumentos que realizam este tipo de avaliação.

Dessa maneira, sabendo-se que o comportamento lúdico faz parte do papel ocupacional da criança, torna-se fundamental sua valorização por parte dos profissionais da saúde, além da utilização de instrumentos específicos para sua mensuração (PFEIFER et al., 2011-a).

Sendo o faz de conta um elemento importante para a expressividade e desenvolvimento infantil, acredita-se que a utilização do ChIPPA poderá fornecer elementos primordiais para a compreensão do câncer infantil e de seus efeitos, auxiliando no cuidar da criança em suas múltiplas dimensões, o que justifica a realização do presente estudo.

3 OBJETIVO

O objetivo desta pesquisa foi analisar o brincar de faz de conta de crianças pré-escolares com câncer.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Tipo do estudo

Trata-se de um estudo descritivo exploratório da análise do brincar de faz de conta de crianças pré-escolares (4 a 7 anos) com câncer, através da aplicação do ChIPPA - Avaliação do Faz de conta Iniciado pela Criança (STAGNITTI, 2007) e com análise de dados quali-quantitativa.

As pesquisas exploratórias objetivam explicitar e proporcionar maior compreensão sobre o tema em estudo (GIL, 2008) para que o pesquisador possa formular problemas mais precisos ou criar hipóteses para pesquisas futuras (GIL, 1999). Já a pesquisa descritiva visa expor características de determinada população ou de determinado fenômeno (VERGARA, 2000). Desta forma, optou-se por esses dois tipos de estudo, pois se acreditou serem estes os mais adequados para a realização da pesquisa.

Optou-se pela análise quali-quantitativa, visto que se achou pertinente descrever a complexidade da temática estudada, compreendendo e classificando os processos dinâmicos vivenciados pelo grupo em questão (análise qualitativa) (DIEHL, 2004), além de realizar quantificações com o objetivo de garantir a precisão do estudo, diminuindo as possibilidades de distorções (DALFOVO; LANA; SILVEIRA, 2008).

4.2 Participantes do estudo

Participaram do universo da pesquisa todas as crianças de 4 a 7 anos que realizaram tratamento oncológico no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) no período de julho de 2012 a julho de 2013 (período estipulado para a realização da coleta de dados).

Todos os participantes da pesquisa estavam em idade pré-escolar, pois esta é a fase em que o faz de conta se encontra mais presente, e é a faixa etária proposta pelo ChIPPA. A seleção ocorreu seguindo os seguintes critérios:

4.2.1 Critérios de inclusão

Foram incluídas na pesquisa crianças:

- pré-escolares (4-7anos);
- com diagnóstico de câncer;
- internadas na Enfermaria de Onco-hematologia Pediátrica do HCFMRP-USP, ou atendidas no ambulatório de Oncologia Pediátrica (AOPE) do HCFMRP-USP, ou que estavam hospedadas no Grupo de Apoio à Criança com Câncer de Ribeirão Preto (GACC – Ribeirão Preto);

4.2.2 Critérios de exclusão

Foram excluídas da pesquisa crianças:

- com outras desordens concomitantes que prejudicassem a análise dos dados (doenças psiquiátricas anteriores ao câncer, comprometimento motor, sensorial e cognitivo severo e/ou outras), a partir de dados dos prontuários e/ou através de relatos da equipe de saúde.

Assim, das 38 crianças que estavam em tratamento neste período, a amostra foi composta por 20 crianças, sendo excluídas 18 crianças devido aos seguintes fatores: óbitos, crianças que completaram 8 anos antes de ser possível aplicar a avaliação, crianças que observaram a coleta dos dados de outra criança (na enfermaria) e crianças que não estavam nos locais da coleta dos dados nos períodos estipulados.

4.3 Locais da pesquisa

O estudo ocorreu na Enfermaria de Onco-Hematologia Pediátrica do HCFMRP-USP, no AOPE do HCFMRP-USP e no GACC - Ribeirão Preto com as crianças pré-escolares que estavam em tratamento ou seguimento pela Oncologia Pediátrica.

A referida enfermaria foi criada em 1978 e possui 10 leitos, sendo que são internados crianças e adolescentes de zero a 18 anos para diagnósticos, tratamentos ou devido às intercorrências que acometem sujeitos com câncer, os quais são acompanhados por uma equipe multidisciplinar (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, terapeuta ocupacional e estagiários de terapia ocupacional), a qual se reúne semanalmente para a discussão dos casos e para adequação das condutas terapêuticas (CARVALHO; PFEIFER, 2009).

A coleta de dados, neste local, ocorreu no próprio leito da criança (quando esta apresentou condição clínica instável) ou no chão (coberto por um lençol), no período da tarde de quaisquer dias (exceto sábados, domingos e feriados), visto que no período da manhã são realizados os atendimentos da equipe de saúde.

O AOPE funciona de segunda a sexta-feira, das 08h às 13h, atendendo crianças e adolescentes de 0 a 18 anos, procedentes de Ribeirão Preto e cidades do Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto (DRS XIII)⁴, assim como de outras cidades do interior de São Paulo e demais estados do Brasil. Esse ambulatório assiste crianças e adolescentes com câncer, com má formação vascular e com doenças hematológicas. Além disso, às sextas-feiras ocorre o ambulatório para crianças e adolescentes que foram curados do câncer. Em média, são atendidas 10 crianças e adolescentes com as patologias citadas por dia, contando com uma equipe formada por médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, psicólogo, nutricionista e assistente social.

Neste local, a coleta de dados aconteceu às segundas-feiras das 8h às 10h, já que, neste dia e horário, a equipe de saúde realizava reunião para discussão dos casos que seriam atendidos durante toda a semana e, portanto, as salas do ambulatório estavam desocupadas, sendo estes os locais onde as crianças foram avaliadas. As crianças foram avaliadas no chão ou sentadas em frente a uma mesa (a pedidos das próprias crianças).

O GACC – Ribeirão Preto é uma entidade filantrópica de natureza interinstitucional e multiprofissional que atua desde 1987 acolhendo e hospedando crianças e adolescentes com câncer ou com doenças hematológicas e seus familiares, provenientes de várias cidades do país. O GACC – Ribeirão Preto tem uma parceria com o Serviço de Oncologia Pediátrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP (GACC, 2012).

Neste local, as crianças participantes da pesquisa foram avaliadas na brinquedoteca, sentadas no chão, em quaisquer dias e horários (exceto sábados, domingos e feriados).

⁴ O DRS XIII é composto pelas cidades de Altinópolis, Barrinha, Batatais, Brodósqui, Cajuru, Cássia dos Coqueiros, Cravinhos, Dumont, Guariba, Guataparã, Jaboticabal, Jardinópolis, Luís Antônio, Monte Alto, Pitangueiras, Pontal, Pradópolis, Ribeirão Preto, Santa Cruz da Esperança, Santa Rosa de Viterbo, Santo Antônio da Alegria, São Simão, Serra Azul, Serrana e Sertãozinho.

4.4 Instrumento

Como já mencionado na introdução, o ChiPPA (Avaliação do Faz de conta Iniciado pela Criança) avalia o brincar simbólico e o brincar imaginativo convencional em uma mesma sessão, utilizando materiais padronizados (STAGNITTI, 2007), os quais integram o kit de avaliação.

Vale salientar que, antes do início da coleta dos dados, a pesquisadora passou por treinamento para utilização do protocolo de avaliação com a orientadora desta pesquisa, a qual realizou seu estágio de pós-doutoramento em 2010 junto à autora do ChIPPA, Dra. Karen Stagnitti e, portanto, apresenta bastante domínio na aplicação do mesmo.

A sessão que avalia o brincar imaginativo-convencional dura 15 minutos. Logo após esse período, ocorre a troca de brinquedos, sendo que esses primeiros materiais são substituídos por aqueles que avaliam o brincar não estruturado (com duração de 15 minutos), totalizando 30 minutos (PFEIFER et al., 2011-b). O tempo é marcado com um cronômetro. Cada criança é avaliada individualmente, sem a interferência de outras pessoas, por um período de 30 minutos (15 minutos para o brincar imaginativo-convencional e 15 para o brincar simbólico, sendo que, de acordo com Stagnitti (2007), cada período de 15 minutos é dividido em três segmentos de 5 minutos), como pode ser observado no quadro 2:

Quadro 2 - Aplicação do ChIPPA (STAGNITTI, 2007)

Sessão do ChIPPA Duração total = 30 minutos	Instruções
<u>Sessão do Brincar Imaginativo Convencional</u> Primeiro segmento de 5 minutos Segundo segmento de 5 minutos Terceiro segmento de 5 minutos	<p>Apresentam-se todos os brinquedos, exceto a boneca feminina que fica atrás do examinador. Nenhuma instrução é dada. Fala sugerida: “Aqui estão alguns brinquedos para brincar. Você pode fazer o que quiser com eles”.</p> <p>O examinador apresenta a boneca que estava atrás de suas costas e demonstra cinco ações, que são: fazer a boneca andar, acenar com a mão da boneca, a boneca dirige o caminhão, a boneca “acaricia” a vaca e a boneca fixa a roda ou cerca com a chave inglesa.</p> <p>O examinador para de demonstrar. Nenhuma instrução é dada. A criança pode ser estimulada a brincar com comentários como: “O que você pode fazer com esses brinquedos?” Quando o tempo acabar o examinador diz, “Hora de parar de brincar. Agora eu tenho outros brinquedos para você brincar. Vamos guardar esses para podermos brincar com os novos brinquedos?”.</p>
<u>Sessão do brincar Simbólico</u> Primeiro segmento de 5 minutos Segundo segmento de 5 minutos Terceiro segmento de 5 minutos	<p>Apresentam-se os objetos não estruturados, exceto uma boneca de pano que é colocada atrás do examinador. Nenhuma instrução é dada. Fala sugerida: “Estes brinquedos são realmente diferentes. Você pode fazer um monte de coisas com eles. Você pode brincar do que quiser com esses brinquedos.”</p> <p>O examinador pega a boneca de pano atrás de suas costas e demonstra cinco ações. Essas são: fazer a boneca andar, acenar “o braço da boneca”, dar à boneca de beber com cone ou uma lata, colocar a “boneca” na caixa pequena e dirigir como se fosse um carro e colocar a “boneca” na caixa grande e cobri-la com a toalha (como se fosse dormir).</p> <p>O examinador para de demonstrar. Nenhuma instrução é dada. A criança pode ser estimulada a brincar a partir de comentários como “Para quê você pode usar esses objetos?” Quando a sessão acabar o examinador diz: “Esse foi o tempo que tivemos para brincar. Hora de guardar os brinquedos”.</p>

As informações obtidas no quadro 2 demonstram que o ChIPPA é um instrumento sistematizado, já que, em 30 minutos, é possível obter informações valiosas.

É importante enfatizar que o pesquisador não direcionou o brincar da criança, já que o ChIPPA é um instrumento que avalia a iniciativa desta durante o brincar. Desta forma, de acordo com Stagnitti (2007), o examinador não indica para a criança como ou com o quê brincar, não dá ideias de como brincar e nem ressalta, durante a brincadeira, o que a criança está fazendo.

4.5 Materiais

Foram utilizados materiais padronizados, por meio de objetos estruturados (brincar imaginativo convencional) e não estruturados (brincar simbólico) que compõem o kit do instrumento – ChIPPA (STAGNITTI, 2007). Os materiais que compõem o kit do ChIPPA para avaliar o brincar imaginativo - convencional são: 1 caminhão, 1 trailer, 1 boneco masculino, 1 boneco feminino, 1 chave inglesa, 4 ovelhas, 2 cavalos, 3 vacas, 2 porcos, 3 cabras, 1 galo e 12 cercas, como pode ser observado na figura 4 e os materiais que compõem o kit do ChIPPA para avaliar o brincar simbólico (não estruturado) são: 1 caixa grande, 1 caixa pequena, 1 vara torneada, 1 vara plana, 3 pedregulhos, 1 lata, 1 cone, 1 pano de prato, 1 toalha de rosto e 2 bonecos de pano, como pode ser observado na figura 5:

Figura 4 - Materiais utilizados para avaliar o brincar imaginativo-convencional de crianças de 4 a 7 anos de idade

Figura 5 - Materiais utilizados para avaliar o brincar simbólico junto a crianças de 4 a 7 anos de idade

4.6 Procedimentos para coleta dos dados

Apesar de ser previsto que, para a aplicação do ChIPPA, a pesquisadora e a criança devem sentar no chão em frente a uma “cabana”, a qual é montada colocando duas cadeiras de adulto cobertas por um lençol (para simular uma ‘casa de brinquedo’), na presente pesquisa, em função das características clínicas de algumas crianças, do local em que se encontravam e de sua livre escolha, algumas avaliações ocorreram com as crianças sentadas em uma cadeira ou sentadas no leito da enfermaria e a pesquisadora em pé, não havendo nenhum prejuízo para a aplicação do instrumento.

A coleta dos dados foi feita de modo prazeroso, lúdico, de maneira que a criança não percebia que estava sendo avaliada. A pesquisadora, então, mostrou para a criança os materiais utilizados para avaliar o brincar imaginativo-convencional e a convidou para brincar. Após essa primeira etapa, a pesquisadora guardou os materiais dessa primeira sessão e, então, mostrou os materiais que avaliam o brincar não estruturado.

Essas sessões foram filmadas para facilitar a análise dos dados e fotografada em alguns momentos para ilustrar a avaliação realizada. A filmagem foi realizada através da utilização de um tripé, o qual foi posicionado em frente à criança, respeitando a distância de 2 metros para não impedir o deslocamento da criança quando necessário. Vale ressaltar que a pesquisadora realizou todas as etapas da pesquisa sozinha.

A mãe ou outro cuidador poderiam estar presentes durante a avaliação, entretanto, foi orientado para que não direcionassem o brincar da criança.

Ao serem realizadas pesquisas com crianças é importante que o avaliador se apresente com uma postura de aproximação, buscando transformar o momento de coleta em algo de fácil compreensão para a criança. Nesse sentido, Cameron (2005) afirma que é necessário que o pesquisador seja bem-organizado; utilize linguagem simples; prepare o local da coleta de dados; sente no mesmo nível da criança; estabeleça regras para ajudar a criança a compreender um pouco do que esperar daquela pesquisa; mostre para a criança que ela está trabalhando junto com o pesquisador; compartilhe com a criança o objetivo da pesquisa de forma simples; diferencie para a criança o que será ou não confidencial; encoraje a criança a falar livremente; mostre-se atento ao que a criança diz; tolere o silêncio da criança; utilize respostas reflexivas para mostrar empatia e compreensão e respeite as habilidades cognitivas, emocionais e sociais da criança.

A realização de pesquisas com crianças tem se mostrado um desafio, pois se acredita, erroneamente, que a criança não tem capacidade de falar sobre suas preferências, concepções e avaliações (CARVALHO et al., 2004). Dessa forma, torna-se fundamental envolver as crianças mais diretamente nas pesquisas, tirando-as do silêncio e da exclusão e eliminando-se a ideia de que elas são consideradas sujeitos passivos (ALDERSON, 2005).

Após o término da aplicação do ChIPPA, a pesquisadora realizou consulta aos prontuários como forma auxiliar de coleta de dados. As informações relevantes, tais como procedência, diagnóstico, tempo e etapa do tratamento (cuidado curativo, pré e pós transplante autólogo ou alogênico, manutenção e cuidado paliativo) foram anotadas em um formulário elaborado pela pesquisadora (Apêndice).

4.7 Procedimentos para análise dos dados

4.7.1 Avaliação dos atributos do brincar de faz de conta medidos pelo ChIPPA

Como já mencionado, três atributos do brincar de faz de conta são avaliados quantitativamente pelo ChIPPA: porcentagem de ações elaboradas (PEPA)⁵, número de substituições do objeto (NOS)⁵ e número de ações imitadas (NIA)⁵ (STAGNITTI, 2007). Esses atributos foram anotados em uma folha e, em outra folha, foram anotadas algumas observações clínicas (habilidades e déficits durante o brincar), sendo que, ao final destas, houve uma parte descritiva, utilizada para observações gerais (UREN; STAGNITTI, 2009).

O PEPA caracteriza-se pelas habilidades da criança elaborar, de forma lógica e sequencial, uma história ou tema durante o brincar. A pontuação do PEPA consiste no número de ações elaboradas do brincar multiplicado por 100 e dividido pelo número total de ações. O total de ações caracteriza-se por ações comportamentais em que a criança não está envolvida na brincadeira (B); ações funcionais em que a criança utiliza os materiais oferecidos de maneira funcional (f) e ações repetidas em que a criança repete, mais do que duas vezes, uma sequência funcional, comportamental ou elaborada (R). As ações elaboradas constituem uma ação funcional usada em uma sequência de ações ou uma referência a objetos ausentes ou atribuição de características (e) (STAGNITTI, 2007).

O NOS compreende o número de vezes que a criança utilizou um objeto em substituição a outro objeto. Fornece uma indicação do quanto a criança é flexível ao uso de objetos como símbolos ou mesmo na habilidade de solucionar problemas utilizando objetos (STAGNITTI, 2007).

O NIA indica o número de vezes que a criança imitou o examinador enquanto este demonstrava as ações modelo. Uma pontuação alta no NIA pode ser um indicativo de atraso no desenvolvimento e/ou inabilidade para auto-iniciar brincadeiras (ter ideias próprias no brincar) (STAGNITTI, 2007).

O PEPA, NOS e NIA são calculados para a sessão simbólica, sessão imaginativa-convencional e somatória das duas sessões anteriores (pontuação combinada). De acordo com Stagnitti (2007), o valor bruto é comparado a uma pontuação padrão, a qual é específica para cada faixa etária.

⁵ PEPA, NOS e NIA são siglas em inglês para *Percentage of elaborate play actions*, *Number of object Substitutions* e *Number of imitates actions*, respectivamente. Apesar da tradução destes termos em português, suas siglas serão mantidas em inglês.

No anexo 1 estão a avaliação da sessão do brincar imaginativo-convencional e sessão do brincar simbólico e no anexo 2 está a folha de pontuação.

Os escores apresentados por cada criança referente ao PEPA, NOS e NIA (Brincar imaginativo-convencional, brincar simbólico e combinado – somatória das duas sessões avaliadas) foram comparados com o escore normativo do ChIPPA, buscando identificar se a criança apresenta um brincar de faz de conta *acima do esperado para a faixa etária, dentro dos limites de normalidade, atraso para a idade* ou *atraso significativo para a idade*.

Buscando-se analisar a fidedignidade dos dados coletados, 30% das filmagens foram assistidas por duas examinadoras (sendo uma delas a própria autora desta pesquisa – avaliador 1 e a outra a orientadora do projeto - avaliador 2), em dois momentos distintos, as quais pontuaram cada uma das medidas (PEPA convencional, PEPA simbólico e PEPA combinado/NOS convencional, NOS simbólico, NOS combinado/ NIA convencional, NIA simbólico, NIA combinado) referente ao brincar de faz de conta segundo os critérios propostos no ChIPPA, possibilitando, assim, a análise interexaminadores. Para realizar a análise intraexaminadores, 100% das filmagens foram assistidas duas vezes pelo avaliador 1, sendo que respeitou-se um intervalo de 2 meses entre a primeira e a segunda vez em que as imagens foram analisadas para evitar influência da memória do avaliador na re-avaliação. Estas avaliações tiveram como objetivo comprovar a fidedignidade dos dados coletados, assim, para cada uma das medidas (PEPA convencional, PEPA simbólico e PEPA combinado/NOS convencional, NOS simbólico, NOS combinado/ NIA convencional, NIA simbólico, NIA combinado). Para comparação dos valores obtidos nas duas avaliações foi calculado o coeficiente de correlação de Spearman e anotada o respectivo valor de p no teste de significância (SIEGEL; CASTELLAN, 2006).

4.7.2 Folha de observações clínicas e observações gerais

As observações clínicas estão relacionadas à duração do brincar, temas da brincadeira, imitações, ações repetitivas e/ou comportamentais, uso de boneca como participante ativa, iniciar ideias antes de demonstrações, questionamento da criança sobre o que fazer no brincar, narrativa, história depois da montagem de um cenário, referências a objetos ausentes e atribuição de características aos objetos, requerimento de materiais de outra sessão e falar durante a brincadeira. As observações gerais obtidas ao final da avaliação das observações

clínicas são: postura da criança no brincar, temas do brincar, organização da criança no brincar e outros comentários (STAGNITTI, 2007). A folha de observações clínicas e as observações gerais estão no anexo 3.

As observações clínicas foram analisadas de forma descritiva, visto que se trata de um check list através das respostas *sim* e *não*, ou seja, se a criança apresentou ou não determinado comportamento. As observações gerais (exceto o item *outros comentários*) também foram analisadas de forma descritiva, sendo que seus itens (postura, temas e organização das crianças no seu brincar) foram preenchidos através do relato da observação da pesquisadora durante a avaliação. No item *postura da criança no brincar*, foram observadas as possíveis movimentações da criança durante a coleta dos dados. No item *temas do brincar da criança*, foram descritas as temáticas que as crianças trouxeram durante o brincar imaginativo-convencional e simbólico. Por fim, no item *organização da criança no brincar*, foi observado se a criança foi mal organizada no brincar (se precisou de modelo para organizar ações no brincar) ou não.

No item *outros comentários*, a pesquisadora transcreveu as falas das crianças obtidas durante a filmagem da coleta dos dados, sendo realizada a análise de conteúdo do tipo temática (BRAUN; CLARKE, 2006). Segundo os mesmos autores, a análise temática é um método de identificação, análise e relato de padrões (temas) a partir dos dados coletados.

Para a presente pesquisa, foi utilizada a análise temática do tipo indutiva, seguindo-se os preceitos de Braun e Clarke (2006). Na análise indutiva, os conceitos, significados e categorias são provenientes dos dados coletados (POLIT; BECK, 2004), construindo a partir deles as categorias e, então, a teoria. O objetivo da análise indutiva é construir um entendimento dos fenômenos investigados (MORAES, 1999).

A análise temática seguiu 6 passos:

Passo 1: Familiarização com os dados

Nesta etapa, houve a transcrição das falas das crianças, leitura e releitura dos dados obtidos. A escrita foi mantida fielmente à fala do participante com o objetivo de não haver alteração de significado. As informações colocadas entre colchetes [...] são observações pertinentes, contextualizações e expressões não verbais das crianças e os parênteses contendo reticências (...) mostraram recortes dentro da mesma fala.

Passo 2: Construção de códigos iniciais

Nesta fase foi feita a identificação e criação de códigos para as unidades contidas nos dados coletados, sem o auxílio de softwares.

Passo 3: Pesquisa por temas

Foram feitos agrupamentos dos códigos em temas mais gerais.

Passo 4: Revisão dos temas encontrados

Foi feita uma checagem dos temas encontrados, realizando-se reformulações quando necessário.

Passo 5: Definição e nomeação dos temas

Nesta etapa os temas foram definidos claramente, sendo criados títulos para cada um deles. De acordo com as instruções de Braun e Clarke (2006), os títulos precisam ser concisos e dar ao leitor a noção do tema abordado.

Passo 6: Elaboração do relatório final

Os extratos dos dados que originaram os temas foram relacionados com a literatura, com o objetivo de responder à questão da pesquisa, acrescentando trechos das falas das crianças para ilustrar, havendo, portanto, a produção de um relatório.

4.8 Aspectos Éticos

Foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 4), o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP (anexo 5) do HCFMRP-USP sob o processo HCRP 12052/2011, contendo uma autorização para filmar e fotografar a coleta dos dados, sendo devidamente assinado pelos responsáveis pelas crianças do estudo.

Além da autorização dos responsáveis pelas crianças, os objetivos do estudo também foram explicados para as crianças participantes, de acordo com o nível de compreensão de cada uma. Havendo o assentimento verbal do participante do estudo e a autorização dos responsáveis, a pesquisadora, então, realizou a coleta dos dados. Vale ressaltar que se optou apenas pelo assentimento verbal da criança, visto que, tratando-se de crianças pré-escolares, estas nem sempre sabiam ler ou escrever o seu nome.

A importância do assentimento para a criança está reportada na literatura. É ainda comum os adultos acreditarem que o consentimento dos pais é suficiente e que as crianças não necessitam ou não conseguem demonstrar seu próprio consentimento ou recusa a participar de pesquisas. No entanto, sabe-se que o respeito por seu consentimento informado e voluntário auxilia na proteção das crianças de estudos invasivos, exploradores ou abusivos (ALDERSON, 2005).

As informações adquiridas durante a análise dos dados foram mantidas sob caráter confidencial, sendo que a identidade das crianças participantes foi preservada. Foram utilizadas letras e números para a apresentação dos participantes (letra C, de criança; número representando a ordem em que a coleta dos dados foi realizada; M ou F, representando os sexos masculino ou feminino; e número representando a idade da criança). Desta forma, C1F4 foi a primeira criança a participar da pesquisa, a qual é do sexo feminino e possui 4 anos, assim por diante.

5 RESULTADOS – APLICAÇÃO DO ChIPPA

O ChIPPA possibilita analisar a qualidade da habilidade da criança em auto iniciar o brincar de faz de conta, tanto na sessão do brincar imaginativo convencional, quanto na sessão do brincar simbólico. Durante este processo é possível pontuar a porcentagem de ações elaboradas do brincar (PEPA), o número de objetos substitutos utilizados (NOS) e o número de ações imitadas (NIA) e, além disso, é possível registrar as observações clínicas (o tempo utilizado no brincar, o envolvimento com o avaliador, se a criança apresenta iniciativa própria nas ideias do brincar, se o brincar apresenta um encadeamento lógico, se há presença de substituição de objetos, etc.) e as observações gerais (postura da criança, os temas da brincadeira e a organização da criança no brincar) da criança.

Os resultados serão apresentados inicialmente quanto ao desempenho geral de cada criança, em seguida, de forma mais geral será apresentado o desempenho lúdico das crianças durante a aplicação do ChIPPA, depois as observações clínicas durante a aplicação do ChIPPA e, finalmente, as observações gerais durante a aplicação do ChIPPA.

5.1 Descrição do desempenho geral de cada participante do estudo

Os participantes estão descritos a seguir, juntamente com as informações mais relevantes obtidas na Folha de Observações Clínicas e Observações Gerais de cada criança para facilitar a interpretação dos dados:

C1F4

C1F4 (figura 6) é procedente de Ribeirão Preto (São Paulo), possui o diagnóstico de disgerminoma, realiza tratamento há 3 anos e 1 mês e se encontra na fase de cuidado paliativo. A coleta dos dados foi realizada na enfermaria.

A criança não concluiu todo o tempo de avaliação, tanto no brincar imaginativo-convencional quanto no brincar simbólico, parando de brincar 2 minutos mais cedo no brincar imaginativo-convencional e 5 minutos mais cedo no brincar simbólico.

O tema da brincadeira apresentou-se imaturo para a etapa de desenvolvimento da criança, visto que a criança apenas segurava e soltava os materiais, não realizando nenhuma ação mais complexa. Além disso, não mostrou evidência de utilização de temas e nem de narrativa nas duas sessões. Apresentou brincar em pequenos flashes na sessão simbólica, ou seja, não obteve mais do que uma sequência de 4 ações elaboradas.

Não se comunicou verbalmente e nem se envolveu emocionalmente com a pesquisadora, não interagindo e apresentando dificuldade de manter contato visual com esta. Permaneceu sentada no leito durante toda a coleta de dados e não se envolveu na brincadeira das duas sessões, mostrando-se mal organizada e desatenta. Seu estilo do brincar caracterizou-se por déficit no brincar simbólico.

Figura 6 - Participante C1F4

C2M7

C2M7 (figura 7) é procedente de Ribeirão Preto (São Paulo), possui o diagnóstico de neuroblastoma, realiza tratamento há 1 ano e 6 meses e se encontra na fase de cuidado curativo. A coleta dos dados foi realizada na enfermaria.

A criança utilizou todo o tempo da avaliação nas duas sessões. Além disso, utilizou temas de brincadeiras adequados para sua faixa etária, trazendo os temas de colocar os animais no caminhão e dirigir (na sessão imaginativo-convencional) e os temas de terror e fantasmas (na sessão simbólica); desenvolveu uma história depois da criação de um cenário e apresentou uma narrativa nas duas sessões.

Envolveu-se emocionalmente com a pesquisadora, interagindo e conversando ao longo da brincadeira (pedindo outros brinquedos além do kit, por exemplo), iniciou ideias do faz de conta antes das ações serem demonstradas pela pesquisadora, não fez referência a objetos ausentes e nem às características dos personagens e trouxe brinquedos da sessão imaginativo-convencional para a sessão simbólica (todos os materiais da sessão imaginativo-convencional).

Permaneceu sentada no leito durante toda a coleta de dados, pois estava hospitalizada (restrita ao leito), apresentando-se bem organizada durante o seu brincar. Seu estilo do brincar caracterizou-se por brincadeira baseada em narrativa.

Figura 7 - Participante C2M7

C3M4

C3M4 (figura 8) é procedente de Ribeirão Preto (São Paulo), possui o diagnóstico de leucemia, realiza tratamento há 5 meses e se encontra na fase de cuidado curativo. A coleta dos dados foi realizada no ambulatório.

A criança não concluiu o tempo de avaliação das duas sessões, finalizando a sessão imaginativo-convencional 5 minutos antes e a sessão simbólica 2 minutos antes. Utilizou temas de brincadeiras adequados para sua faixa etária (fazenda, na sessão imaginativo-convencional e comidinha e tocar instrumentos musicais, na sessão simbólica); desenvolveu uma história depois da criação de um cenário e apresentou uma narrativa nas duas sessões.

Envolveu-se emocionalmente com a pesquisadora, interagindo e conversando ao longo da brincadeira (falou sobre o câncer, por exemplo), iniciou ideias do faz de conta antes das ações serem demonstradas, fez referência a objetos ausentes e não trouxe brinquedos de outra sessão.

No início da avaliação, preferiu ficar em cima da maca do ambulatório, porém, depois de um tempo, movimentou-se o tempo todo (descendo da maca), demonstrando-se desatento em alguns momentos. Nos momentos de concentração, apresentou-se bem organizada durante o brincar. Não apresentou nenhum estilo evidente do brincar.

Figura 8 - Participante C3M4

C4F6

C4F6 (figura 9) é procedente de Tambaú (São Paulo), possui o diagnóstico de astrocitoma pilocítico, realiza tratamento há 1 ano e 6 meses e se encontra na fase de cuidado curativo. A coleta dos dados foi realizada no ambulatório.

A criança não concluiu o tempo de avaliação das duas sessões, finalizando a sessão imaginativo-convencional 4 minutos mais cedo e a sessão simbólica 11 minutos mais cedo. O tema da brincadeira apresentou-se imaturo para a etapa de desenvolvimento da criança, pois esta apenas colocou os animais em pé na sessão imaginativo-convencional e não sabia o que fazer na sessão simbólica, manipulando os materiais de maneira precária. Não desenvolveu uma história depois da criação de um cenário, não apresentando narrativa nas duas sessões e a narrativa de seu brincar foi em pequenos flashes na sessão simbólica (não apresentou mais do que 4 ações elaboradas seguidas).

Envolveu-se emocionalmente com a pesquisadora, conversando, sorrindo, perguntando o que fazer e relatando fatos de seu cotidiano. Além disso, iniciou ideias do faz de conta antes das ações serem demonstradas, porém, na maioria do tempo, perguntava o que fazer; não utilizou uma boneca como uma participante ativa da brincadeira, não fez referência a objetos ausentes e nem às características dos personagens; não trouxe brinquedos de outra sessão.

Iniciou a sessão sentada no chão, mas levantou-se em alguns momentos, fazendo parte da brincadeira. Apresentou-se mal organizada em seu brincar, sendo pouco criativa e insegura. Seu estilo do brincar caracterizou-se pelo déficit no brincar simbólico.

Figura 9 - Participante C4F6

C5M6

C5M6 (figura 10) é procedente de Sertãozinho (São Paulo), possui o diagnóstico de astrocitoma pilocítico, realiza tratamento há 11 meses e se encontra na fase de cuidado curativo. A coleta dos dados foi realizada no ambulatório.

A criança concluiu o tempo de avaliação das duas sessões. Além disso, apresentou temas de brincadeiras adequados para sua faixa etária, brincando de fazenda (na sessão imaginativo-convencional) e de roubo, mágica e experimentos de equilíbrio (na sessão simbólica); desenvolveu uma história antes da criação de um cenário e apresentou narrativa nas duas sessões.

Envolveu-se emocionalmente com a pesquisadora, interagindo e falando sobre seu cotidiano (principalmente sobre a morte do padrinho). Além disso, iniciou ideias do faz de conta antes das ações serem demonstradas, não trouxe brinquedos de outra sessão e não fez referência a objetos ausentes e nem às características dos personagens.

A criança iniciou a coleta dos dados sentada no chão, porém agachou-se em alguns momentos, fazendo parte da brincadeira e mostrando-se bem organizada no seu brincar. Seu estilo do brincar caracterizou-se pela brincadeira baseada em narrativa.

Figura 10 - Participante C5M6

C6M7

C6M7 (figura 11) é procedente de Guatapar (São Paulo), possui o diagnóstico de neuroblastoma, realiza tratamento há 1 ano e 5 meses e se encontra na fase de pré-transplante autólogo. A coleta dos dados foi realizada no ambulatório.

A criança utilizou todo o tempo da avaliação apenas na sessão imaginativo-convencional, finalizando a brincadeira 7 minutos mais cedo na sessão simbólica. Utilizou temas de brincadeiras adequados para sua faixa etária, brincando de fazenda (na sessão imaginativo-convencional) e de tiro ao alvo e comidinha (na sessão simbólica); desenvolveu uma história antes da criação de um cenário e apresentou narrativa nas duas sessões.

Envolveu-se emocionalmente com a pesquisadora, interagindo, conversando (falou sobre atividades de lazer que costuma realizar quando não está no hospital, por exemplo) e sorrindo. Além disso, iniciou ideias do faz de conta antes das ações serem demonstradas, não trouxe brinquedos de outra sessão e não fez referência a objetos ausentes e nem às características dos personagens.

A criança permaneceu sentada na cadeira durante toda a avaliação, mostrando-se pouco organizada na sessão simbólica. C6 não estava motivada com a brincadeira, perguntando, com frequência, quanto tempo faltava para a coleta de dados acabar. Seu estilo do brincar caracterizou-se pelo déficit no brincar simbólico.

Figura 11 - Participante C6M7

C7F4

C7F4 (figura 12) é procedente de Pontal (São Paulo), possui o diagnóstico de leucemia, realiza tratamento há 6 meses e se encontra na fase de cuidado curativo. A coleta dos dados foi realizada no ambulatório.

A criança finalizou a sessão imaginativo-convencional no tempo estipulado, no entanto, terminou a sessão simbólica 2 minutos antes. Além disso, utilizou temas de brincadeiras adequados para o seu desenvolvimento, brincando de fazenda (na sessão imaginativo-convencional) e de experimentos de equilíbrio (na sessão simbólica); desenvolveu uma história antes da criação de um cenário e apresentou narrativa nas duas sessões.

Envolveu-se emocionalmente com a pesquisadora, interagindo e conversando, iniciou ideias do faz de conta antes das ações serem demonstradas, não trouxe brinquedos de outra sessão e não fez referência a objetos ausentes e nem às características dos personagens.

A criança permaneceu sentada na cadeira durante toda a avaliação, mostrando-se bem organizada durante a brincadeira. Seu estilo do brincar caracterizou-se por brincadeira físico-experimental.

Figura 12 - Participante C7F4

C8F4

C8F4 (figura 13) é procedente de Brodowski (São Paulo), possui o diagnóstico de leucemia, realiza tratamento há 8 meses e se encontra na fase de cuidado curativo. A coleta dos dados foi realizada no ambulatório.

A criança não concluiu o tempo de avaliação das duas sessões, finalizando a sessão imaginativo-convencional 2 minutos mais cedo e a sessão simbólica 7 minutos mais cedo. Utilizou temas de brincadeiras adequados para o seu desenvolvimento, brincando de fazenda (na sessão imaginativo-convencional) e de pintar e colocar o boneco para dormir (na sessão simbólica); desenvolveu uma história após a criação de um cenário e apresentou narrativa nas duas sessões.

Envolveu-se emocionalmente com a pesquisadora, interagindo e conversando sobre o que estava fazendo durante a brincadeira, iniciou ideias do faz de conta antes das ações serem demonstradas, não trouxe brinquedos de outra sessão, fez referência a objetos ausentes, mas não fez referência às características dos personagens.

Além disso, a criança iniciou a coleta de dados sentada na cadeira, mas se levantou em alguns momentos para aumentar o espaço da brincadeira. Mesmo assim, apresentou-se mal organizada durante a brincadeira e pouca criatividade, sendo que o estilo do seu brincar caracterizou-se pelo déficit no brincar simbólico.

Figura 13 - Participante C8F4

C9M4

C9M4 (figura 14) é procedente de Sertãozinho (São Paulo), possui o diagnóstico de linfoma, realiza tratamento há 1 mês e se encontra na fase de cuidado curativo. A coleta dos dados foi realizada na enfermaria.

A criança não concluiu o tempo de avaliação das duas sessões, finalizando a sessão imaginativo-convencional 3 minutos mais cedo e a sessão simbólica 8 minutos mais cedo. Utilizou temas de brincadeiras adequados para o seu desenvolvimento, brincando de consertar carro e colocar animais no carro, na sessão imaginativo-convencional, e não apresentando nenhum tema evidente na sessão simbólica; desenvolveu uma história antes da criação de um cenário, apresentou narrativa apenas na sessão imaginativo-convencional e sua narrativa do brincar simbólico foi em pequenos flashes (não houve mais do que uma sequência de 4 ações elaboradas).

Envolveu-se emocionalmente com a pesquisadora, interagindo, conversando e sorrindo, iniciou ideias do faz de conta antes das ações serem demonstradas, não trouxe brinquedos de outra sessão, fez referência a objetos ausentes e às características dos personagens (sono).

Permaneceu sentada no leito durante toda a coleta de dados, pois estava hospitalizada (restrita ao leito) e com acesso venoso no braço esquerdo. A criança iria receber alta no dia da avaliação e, portanto, estava ansiosa, recebendo um telefonema durante a coleta dos dados. Mostrou-se pouco organizada durante a brincadeira, sendo que o estilo do seu brincar caracterizou-se pelo déficit no brincar simbólico.

Figura 14 - Participante C9M4

C10F6

C10F6 (figura 15) é procedente de Serrana (São Paulo), possui o diagnóstico de tumor de Askin, realiza tratamento há 1 ano e 5 meses e se encontra na fase de cuidado curativo. A coleta dos dados foi realizada no ambulatório.

A criança não concluiu o tempo de avaliação da sessão imaginativo-convencional, finalizando-a 2 minutos mais cedo. Porém, avançou no tempo da brincadeira da sessão simbólica. Utilizou temas de brincadeiras adequados para o seu desenvolvimento, brincando de fazenda (na sessão imaginativo-convencional) e de experimentos de equilíbrio (na sessão simbólica); desenvolveu uma história antes da criação de um cenário e apresentou narrativa nas duas sessões.

Envolveu emocionalmente com a pesquisadora, interagindo, conversando e sorrindo, iniciou ideias do faz de conta antes das ações serem demonstradas, trouxe brinquedos não estruturados para a sessão imaginativo-convencional (caixa do cronômetro), não fez referência a objetos ausentes e nem às características dos personagens.

Iniciou a coleta de dados sentada no chão, entretanto movimentou-se ao longo da sessão, fazendo parte da brincadeira. Mostrou-se bem organizada durante a brincadeira, sendo que o estilo do seu brincar caracterizou-se pelo perfil físico-experimental.

Figura 15 - Participante C10F6

C11M7

C11M7 (figura 16) é procedente de Babaçulândia (Tocantins), possui o diagnóstico de leucemia, realiza tratamento há 1 mês e se encontra na fase de cuidado curativo. A coleta dos dados foi realizada na enfermaria.

A criança não concluiu o tempo de avaliação da sessão simbólica, finalizando-a 10 minutos mais cedo. Utilizou temas de brincadeiras adequados para o seu desenvolvimento, na sessão imaginativo-convencional, brincando de fazenda, entretanto não apresentou tema evidente na sessão simbólica; desenvolveu uma história antes da criação de um cenário e apresentou narrativa na sessão imaginativo-convencional, sendo que sua narrativa no brincar simbólico foi em pequenos flashes (não houve mais do que uma sequência de 4 ações elaboradas).

Não se envolveu emocionalmente com a pesquisadora, não interagiu e nem manteve contato visual com esta, apresentando-se séria e olhando apenas para os materiais da avaliação, sem se comunicar verbalmente. Além disso, não utilizou uma boneca como participante ativa da brincadeira e não fez referência a objetos ausentes e nem às características dos personagens.

Permaneceu sentada no leito durante toda a coleta de dados, pois estava hospitalizada (restrita ao leito). Mostrou-se bem organizada durante a brincadeira da sessão imaginativo-convencional, porém não se envolveu no brincar simbólico, apresentando estilo de brincadeira caracterizado pelo déficit no brincar simbólico.

Figura 16 - Participante C11M7

C12M5

C12M5 (figura 17) é procedente de São Domingos do Araguaia (Pará), possui diagnóstico de linfoma, realiza tratamento há 2 meses e se encontra na fase de cuidado curativo. A coleta dos dados foi realizada na casa de apoio.

A criança não concluiu o tempo de avaliação das duas sessões, finalizando a sessão imaginativo-convencional 6 minutos mais cedo e a sessão simbólica 5 minutos mais cedo. Utilizou temas de brincadeiras inadequados para sua faixa etária, brincando de organizar os animais (na sessão imaginativo-convencional) e não apresentando nenhum tema evidente na sessão simbólica; não desenvolveu uma história antes da criação de um cenário, não apresentou narrativa na sessão simbólica e sua narrativa do brincar foi em pequenos flashes (não houve mais do que uma sequência de 4 ações elaboradas).

Não se envolveu emocionalmente com a pesquisadora, interagindo pouco e quase não mantendo contato visual, comunicando-se por gestos e palavras precárias, demonstrando atraso na linguagem. Além disso, trouxe brinquedos da sessão imaginativo-convencional para a sessão simbólica (caminhão, trailer, cercas e boneco), não fez referência a objetos ausentes e nem às características dos personagens.

A criança permaneceu sentada no chão durante toda a coleta de dados, pois estava com a perna engessada, com tosse e coriza. Mostrou-se pouco organizada durante a brincadeira, principalmente na sessão simbólica, sendo que o estilo do seu brincar caracterizou-se pelo déficit no brincar simbólico.

Figura 17 - Participante C12M5

C13M6

C13M6 (figura 18) é procedente de Uberaba (Minas Gerais), possui diagnóstico de leucemia, realiza tratamento há 2 anos e 9 meses e se encontra na fase de pré-transplante alogênico. A coleta dos dados foi realizada no ambulatório.

A criança concluiu o tempo de avaliação das duas sessões. Utilizou temas de brincadeiras adequados para o seu desenvolvimento, brincando de consertar carro (na sessão imaginativo-convencional) e de magia e experimentos de equilíbrio (na sessão simbólica); desenvolveu uma história antes da criação de um cenário e apresentou narrativa nas duas sessões.

Envolveu-se emocionalmente com a pesquisadora, interagindo e conversando (falou espontaneamente sobre seus sentimentos a respeito da morte do tio e sobre a realização de transplante de medula óssea, por exemplo); iniciou ideias do faz de conta antes das ações serem demonstradas, entretanto trouxe brinquedos da sessão imaginativo-convencional para a sessão simbólica (caminhão, trailer e 2 bonecos), não fez referência a objetos ausentes e nem às características dos personagens.

A criança permaneceu sentada no chão, realizando pequenos deslocamentos rastejando, os quais faziam parte da brincadeira. Mostrou-se bem organizada durante a brincadeira, sendo que o estilo do seu brincar caracterizou-se pelo perfil físico-experimental.

Figura 18 - Participante C13M6

C14M5

C14M5 (figura 19) é procedente de Ribeirão Preto (São Paulo), possui diagnóstico de leucemia, realiza tratamento há 2 anos e 1 mês e se encontra na fase de manutenção. A coleta dos dados foi realizada na casa de apoio.

A criança não concluiu o tempo de avaliação da sessão simbólica, finalizando-a 1 minuto mais cedo. No entanto, avançou no tempo da brincadeira da sessão imaginativo-convencional. Utilizou temas de brincadeiras adequados para o seu desenvolvimento, brincando de fazenda e consertar cercas (na sessão imaginativo-convencional) e de magia e instrumentos musicais (na sessão simbólica); desenvolveu uma história antes da criação de um cenário e apresentou narrativa nas duas sessões.

Envolveu-se emocionalmente com a pesquisadora, interagindo e conversando; iniciou ideias do faz de conta antes das ações serem demonstradas, não trouxe brinquedos de outra sessão, fez referência a objetos ausentes e às características dos personagens (faminto).

Permaneceu sentada no chão, realizando pequenos deslocamentos rastejando, fazendo parte da brincadeira. Além disso, mostrou-se bem organizada durante a brincadeira, sendo que o estilo do seu brincar caracterizou-se pelo perfil físico-experimental.

Figura 19 - Participante C14M5

C15M4

C15M4 (figura 20) é procedente do estado do Paraná (não foi possível verificar a cidade), possui diagnóstico de rabdomiossarcoma, realiza tratamento há 1 mês e se encontra na fase de cuidado curativo. A coleta dos dados foi realizada na enfermaria.

A criança não concluiu o tempo de avaliação da sessão simbólica, finalizando-a 8 minutos mais cedo. Todavia, avançou no tempo da brincadeira da sessão imaginativo-convencional. Utilizou temas de brincadeiras adequados para o seu desenvolvimento na sessão imaginativo-convencional, brincando de fazenda; mas não apresentou tema evidente na sessão simbólica; desenvolveu uma história antes da criação de um cenário e apresentou narrativa apenas na sessão imaginativo-convencional.

Envolveu-se emocionalmente com a pesquisadora, interagindo e conversando bastante (pedia para a pesquisadora brincar junto com ele, por exemplo); iniciou ideias do faz de conta antes das ações serem demonstradas, não trouxe brinquedos de outra sessão, fez referência a objetos ausentes, mas não fez referência às características dos personagens.

A criança permaneceu sentada no chão durante toda a coleta de dados (apesar de hospitalizada, não estava restrita ao leito) e estava com a mão direita imobilizada para acesso venoso. Além disso, mostrou-se pouco organizada durante a brincadeira, sendo que o estilo do seu brincar caracterizou-se pelo déficit no brincar simbólico.

Figura 20 - Participante C15M4

C16M6

C16M6 (figura 21) é procedente de Guariba (São Paulo), possui diagnóstico de leucemia, realiza tratamento há 1 ano e 3 meses e se encontra na fase de cuidado curativo. A coleta dos dados foi realizada na enfermaria.

A criança não concluiu o tempo de avaliação da sessão simbólica, finalizando-a 2 minutos mais cedo. Utilizou temas de brincadeiras adequados para o seu desenvolvimento, brincando de fazenda (na sessão imaginativo-convencional) e de mágica (na sessão simbólica); desenvolveu uma história antes da criação de um cenário e apresentou narrativa nas duas sessões.

Envolveu-se emocionalmente com a pesquisadora, interagindo, conversando e sorrindo; iniciou ideias do faz de conta antes das ações serem demonstradas, não trouxe brinquedos de outra sessão, não fez referência a objetos ausentes e nem às características dos personagens.

A criança permaneceu sentada no leito durante toda a coleta de dados, pois estava hospitalizada (restrita ao leito). Além disso, mostrou-se bem organizada durante a brincadeira, não apresentando nenhum estilo evidente do seu brincar.

Figura 21 - Participante C16M6

C17M4

C17M4 (figura 22) é procedente de São Sebastião do Paraíso (Minas Gerais), possui diagnóstico de leucemia, realiza tratamento há 1 ano e 10 meses e se encontra na fase de pré-transplante alogênico. A coleta dos dados foi realizada no ambulatório.

A criança não concluiu o tempo de avaliação das duas sessões, finalizando a sessão imaginativo-convencional 5 minutos mais cedo e a sessão simbólica 9 minutos mais cedo. Utilizou temas de brincadeiras adequados para o seu desenvolvimento, brincando de fazenda (na sessão imaginativo-convencional) e de tocar instrumentos musicais (na sessão simbólica); desenvolveu uma história antes da criação de um cenário e apresentou narrativa nas duas sessões.

Envolveu-se emocionalmente com a pesquisadora, interagindo, conversando e sorrindo; iniciou ideias do faz de conta antes das ações serem demonstradas, não trouxe brinquedos de outra sessão, não fez referência a objetos ausentes e nem às características dos personagens.

A criança iniciou a coleta de dados sentada no chão, mas levantou-se em alguns momentos, deixando de lado a brincadeira. Além disso, mostrou-se pouco organizada durante a brincadeira da sessão simbólica, apresentando déficit no brincar simbólico.

Figura 22 - Participante C17M4

C18F4

C18F4 (figura 23) é procedente de Serra Azul (São Paulo), possui diagnóstico de ependimoma, realiza tratamento há 1 ano e se encontra na fase de cuidado curativo. A coleta dos dados foi realizada no ambulatório.

A criança não concluiu o tempo de avaliação da sessão simbólica, finalizando-a 2 minutos mais cedo. Utilizou temas de brincadeiras adequados para o seu desenvolvimento, brincando de colocar animais no caminhão e dirigir (na sessão imaginativo-convencional) e de casinha (na sessão simbólica); desenvolveu uma história antes da criação de um cenário e apresentou narrativa nas duas sessões.

Envolveu emocionalmente com a pesquisadora, interagindo, sorrindo e conversando (falou sobre seu cotidiano, por exemplo); iniciou ideias do faz de conta antes das ações serem demonstradas, não trouxe brinquedos de outra sessão, não fez referência a objetos ausentes, mas fez referência às características dos personagens (pesado).

Permaneceu sentada no chão durante toda a coleta de dados. Mostrou-se bem organizada durante a brincadeira, sendo que não apresentou nenhum estilo evidente no seu brincar.

Figura 23 - Participante C18F4

C19M6

C19M6 (figura 24) é procedente de Serrana (São Paulo), possui diagnóstico de linfoma, realiza tratamento há 5 meses e se encontra na fase de cuidado curativo. A coleta dos dados foi realizada no ambulatório.

A criança não concluiu o tempo de avaliação da sessão imaginativo-convencional, finalizando-a 8 minutos mais cedo. Entretanto, utilizou temas de brincadeiras adequados para o seu desenvolvimento, brincando de fazenda (na sessão imaginativo-convencional) e de mágica (na sessão simbólica); desenvolveu uma história antes da criação de um cenário e apresentou narrativa nas duas sessões.

Envolveu emocionalmente com a pesquisadora, interagindo, sorrindo e conversando (falou sobre a saudade dos amigos e da escola, por exemplo); iniciou ideias do faz de conta antes das ações serem demonstradas, trouxe brinquedos da sessão imaginativo-convencional para a sessão simbólica (chave inglesa e caminhão), não fez referência a objetos ausentes e nem às características dos personagens.

A criança iniciou a coleta de dados sentada no chão, mas levantou-se em alguns momentos, fazendo parte da brincadeira. Além disso, mostrou-se bem organizada durante a avaliação, sendo que seu estilo do brincar caracterizou-se pela brincadeira físico-experimental.

Figura 24 - Participante C19M6

C20M4

C20M4 (figura 25) é procedente de Ribeirão Preto (São Paulo), possui diagnóstico de meduloblastoma, realiza tratamento há 8 meses e se encontra na fase de pré-transplante autólogo. A coleta dos dados foi realizada no ambulatório.

A criança não concluiu o tempo de avaliação das duas sessões, finalizando a sessão imaginativo-convencional 4 minutos mais cedo e a sessão simbólica 1 minuto mais cedo (saiu da sala). Utilizou temas de brincadeiras adequados para o seu desenvolvimento, brincando de fazenda (na sessão imaginativo-convencional) e de magia (na sessão simbólica); desenvolveu uma história antes da criação de um cenário e apresentou narrativa nas duas sessões.

Envolveu emocionalmente com a pesquisadora, interagindo e conversando (estava preocupado em levar alguns brinquedos para casa no início das duas sessões e ficou pedindo insistentemente); iniciou ideias do faz de conta antes das ações serem demonstradas, não trouxe brinquedos de outra sessão, não fez referência a objetos ausentes e nem às características dos personagens (pesado).

Iniciou a coleta de dados sentada no chão, mas levantou-se em alguns momentos, deixando de lado a brincadeira. Mesmo assim, mostrou-se bem organizada, não apresentando nenhum estilo evidente do brincar.

Figura 25 - Participante C20M4

5.2 O desempenho lúdico das crianças durante a aplicação do ChIPPA

A análise intraexaminador do ChIPPA apresentou alta confiabilidade referente às ações elaboradas do brincar (PEPA) e do número substituições de objetos (NOS), tanto na sessão do brincar imaginativo-convencional, quanto no brincar simbólico, como pode ser observado na tabela 1 a seguir:

Tabela 1 - Análise da confiabilidade intraexaminador

	ICC	Intervalo de confiança
PEPA - Imaginativo-Convencional	0.95750	0.83662 - 1.07839
PEPA – Simbólico	0.99156	0.97395 - 1.00916
NOS – Imaginativo-Convencional	0.96443	0.90009 - 1.02877
NOS – Simbólico	0.95882	0.90386 - 1.01379

Os valores relacionados ao número de ações imitadas (NIA) foram, em sua maioria, iguais a zero e, portanto, não foi possível calcular o índice de concordância. Entretanto, em 95% das avaliações e reavaliações, os valores relacionados ao NIA foram semelhantes, demonstrando alta confiabilidade. Esses dados indicam que as crianças apresentaram iniciativa no brincar e não copiaram o examinador (ou avaliador). Tal fato já era esperado, visto que as crianças do estudo não apresentaram déficit cognitivo.

Quanto à confiabilidade entre os avaliadores (interexaminadores), foi realizada a análise em 30% da amostra (escolhida aleatoriamente) e, por se tratar de uma amostra pequena, não foi possível realizar a análise de correlação intraclasse. Diante disto, os escores do avaliador 1 e do avaliador 2 foram classificados dentro do escore padrão correspondente à faixa etária de cada criança, em cada item avaliado no ChIPPA, possibilitando identificar se a criança encontra-se acima do esperado para a idade, dentro dos limites de normalidade, com atraso para a idade ou com atraso significativo para a idade.

A partir desta classificação, compararam-se os resultados dos avaliadores e foi possível verificar que 87,5% das avaliações foram semelhantes, conforme pode ser visualizado no quadro 3 a seguir:

Quadro 3 – Resultado da avaliação interexaminadores

Criança	Atributos do brincar	Avaliador 1	Avaliador 2
C8F4	PEPA convencional	dentro dos limites da normalidade	<i>acima do esperado para a faixa etária*</i>
	PEPA simbólico	acima do esperado para a faixa etária	acima do esperado para a faixa etária
	NOS convencional	dentro dos limites da normalidade	dentro dos limites da normalidade
	NOS simbólico	dentro dos limites da normalidade	dentro dos limites da normalidade
C9M4	PEPA convencional	dentro dos limites da normalidade	dentro dos limites da normalidade
	PEPA simbólico	dentro dos limites da normalidade	dentro dos limites da normalidade
	NOS convencional	grande criatividade	grande criatividade
	NOS simbólico	dentro dos limites da normalidade	dentro dos limites da normalidade
C11M7	PEPA convencional	acima do esperado para a faixa etária	acima do esperado para a faixa etária
	PEPA simbólico	dentro dos limites da normalidade	dentro dos limites da normalidade
	NOS convencional	dentro dos limites da normalidade	dentro dos limites da normalidade
	NOS simbólico	atraso para a idade	atraso para a idade
C12M5	PEPA convencional	acima do esperado para a faixa etária	acima do esperado para a faixa etária
	PEPA simbólico	dentro dos limites da normalidade	dentro dos limites da normalidade
	NOS convencional	dentro dos limites da normalidade	<i>grande criatividade*</i>
	NOS simbólico	atraso para a idade	atraso para a idade
C14M5	PEPA convencional	acima do esperado para a faixa etária	acima do esperado para a faixa etária
	PEPA simbólico	acima do esperado para a faixa etária	acima do esperado para a faixa etária
	NOS convencional	dentro dos limites da normalidade	dentro dos limites da normalidade
	NOS simbólico	dentro dos limites da normalidade	dentro dos limites da normalidade
C15M4	PEPA convencional	acima do esperado para a faixa etária	acima do esperado para a faixa etária
	PEPA simbólico	dentro dos limites da normalidade	<i>acima do esperado para a faixa etária*</i>
	NOS convencional	dentro dos limites da normalidade	dentro dos limites da normalidade
	NOS simbólico	atraso para a idade	atraso para a idade

Quanto ao desempenho do brincar de faz de conta das crianças avaliadas classificadas como dentro do esperado para a faixa etária em que se encontram foi possível verificar que, com relação ao PEPA, uma (5%) criança apresentou atraso significativo para a idade e 8 (40%) apresentaram resultado acima do esperado para a faixa etária na sessão imaginativo-convencional; duas (10%) demonstraram atraso para a idade e 9 (45%) apresentaram resultado acima do esperado para a faixa etária na sessão simbólica. Quanto ao NOS, nenhuma criança demonstrou atraso para a idade e 5 (25%) apresentaram resultado acima do esperado para a faixa etária na sessão imaginativo-convencional, enquanto que 6 (30%) apresentaram atraso para a idade na sessão simbólica. Os dados revelam que a maioria (60%) das crianças apresentou resultado das pontuações PEPA e NOS dentro dos limites da normalidade ou acima do esperado para a faixa etária. No que diz respeito à pontuação NIA, todas as crianças apresentaram resultado dentro do esperado para a faixa etária. Maior detalhamento é verificado no quadro 4 a seguir:

Quadro 4 – Resultado das pontuações PEPA e NOS

Criança	PEPA convencional	PEPA simbólico	NOS convencional	NOS simbólico
C1F4	atraso significativo para a idade	atraso para a idade	dentro dos limites da normalidade	atraso para a idade
C2M7	acima do esperado para a faixa etária	dentro dos limites da normalidade	grande criatividade	dentro dos limites da normalidade
C3M4	acima do esperado para a faixa etária	acima do esperado para a faixa etária	grande criatividade	dentro dos limites da normalidade
C4F6	dentro dos limites da normalidade	atraso para a idade	dentro dos limites da normalidade	atraso para a idade
C5M6	acima do esperado para a faixa etária	dentro dos limites da normalidade	dentro dos limites da normalidade	dentro dos limites da normalidade
C6M7	dentro dos limites da normalidade	dentro dos limites da normalidade	grande criatividade	dentro dos limites da normalidade
C7F4	acima do esperado para a faixa etária	acima do esperado para a faixa etária	dentro dos limites da normalidade	dentro dos limites da normalidade
C8F4	dentro dos limites da normalidade	acima do esperado para a faixa etária	dentro dos limites da normalidade	dentro dos limites da normalidade
C9M4	dentro dos limites da normalidade	dentro dos limites da normalidade	grande criatividade	dentro dos limites da normalidade
C10F6	dentro dos limites da normalidade	acima do esperado para a faixa etária	dentro dos limites da normalidade	dentro dos limites da normalidade
C11M7	acima do esperado para a faixa etária	dentro dos limites da normalidade	dentro dos limites da normalidade	atraso para a idade
C12M5	acima do esperado para a faixa etária	dentro dos limites da normalidade	dentro dos limites da normalidade	atraso para a idade
C13M6	dentro dos limites da normalidade	acima do esperado para a faixa etária	dentro dos limites da normalidade	dentro dos limites da normalidade
C14M5	acima do esperado para a faixa etária	acima do esperado para a faixa etária	dentro dos limites da normalidade	dentro dos limites da normalidade
C15M4	acima do esperado para a faixa etária	dentro dos limites da normalidade	dentro dos limites da normalidade	atraso para a idade
C16M6	dentro dos limites da normalidade	dentro dos limites da normalidade	dentro dos limites da normalidade	atraso para a idade
C17M4	dentro dos limites da normalidade	acima do esperado para a faixa etária	dentro dos limites da normalidade	dentro dos limites da normalidade
C18F4	dentro dos limites da normalidade	acima do esperado para a faixa etária	dentro dos limites da normalidade	dentro dos limites da normalidade
C19M6	dentro dos limites da normalidade	dentro dos limites da normalidade	dentro dos limites da normalidade	atraso para a idade
C20M4	acima do esperado para a faixa etária	dentro dos limites da normalidade	dentro dos limites da normalidade	atraso para a idade

5.3 Folha de Observações Clínicas do ChIPPA

A aplicação do ChIPPA em crianças entre 4 a 7 anos de idade tem duração de 30 minutos, sendo 15 minutos para a sessão do brincar imaginativo-convencional e 15 minutos para o brincar simbólico. Cada sessão é dividida em três tempos de 5 minutos nos quais os cinco minutos iniciais as crianças são convidadas a brincar, nos cinco minutos intermediários o avaliador demonstra ações do brincar e nos cinco minutos finais a criança brinca livremente (STAGNITTI, 2007).

As observações clínicas envolvem: tempo em que a criança termina cada segmento do brincar, utilização de temas imaturos para o desenvolvimento da criança, a evidência de utilização de temas nas sessões imaginativo-convencional e simbólica, envolvimento emocional da criança com o avaliador, imitação de ações demonstradas pelo avaliador, avanço no tempo da brincadeira, se a criança inicia ideias do faz de conta antes do segmento em que as ações são demonstradas, questionamentos sobre o que fazer várias vezes, desenvolvimento de uma história depois da criação de um cenário, realização de narrativa nas sessões imaginativo-convencional e simbólica, se a narrativa do brincar é em pequenos flashes (ou seja, nunca há mais do que uma sequência de 4 ações elaboradas), se a criança recita uma parte de história e/ou desenho infantil, utilização de uma boneca como uma participante ativa da brincadeira, evidência de referência a objetos abstratos e às características dos personagens, se a criança traz brinquedos da outra sessão e se a criança fala sobre a brincadeira ao longo da sessão do brincar (STAGNITTI, 2007).

Com relação ao tempo utilizado para a brincadeira, percebeu-se que 11 crianças (55%) terminaram a brincadeira com menos de 26 minutos, ou seja, mais do que 4 minutos antes do que o período previsto de 30 minutos e apenas 3 crianças (15%) avançaram no tempo da brincadeira. Referente à sessão imaginativo-convencional, todas as crianças finalizaram o primeiro segmento de cinco minutos da sessão, sendo que 10 (50%) das crianças finalizaram esta sessão. Quanto à sessão simbólica, apenas 5 (25%) crianças terminaram esta sessão completamente, e duas (10%) crianças não conseguiram completar os 5 primeiros minutos desta sessão.

No que diz respeito aos temas utilizados durante a brincadeira, 15 crianças (75%) mostraram evidência de utilização de temas nas duas sessões e apenas 3 crianças (15%) utilizaram temas imaturos para o seu desenvolvimento.

Dezessete crianças (85%) se envolveram emocionalmente com a pesquisadora, interagindo, sorrindo, conversando sobre aspectos de seu cotidiano, sobre a brincadeira em si

e expressando sentimentos; todas as crianças iniciaram ideias do faz de conta antes do segmento em que as ações são demonstradas, sendo que apenas uma criança (5%) perguntou o que fazer várias vezes, demonstrando insegurança; nenhuma criança copiou ações demonstradas pela avaliadora; e 18 (90%) utilizaram uma boneca como uma participante ativa da brincadeira.

Já com relação às características referentes às histórias e narrativas desenvolvidas, 16 crianças (80%) desenvolveram uma história depois da criação de um cenário; 13 crianças (65%) apresentaram uma narrativa nas sessões imaginativo-convencional e simbólica; a narrativa do brincar na sessão simbólica de 5 crianças foi em pequenos flashes (ou seja, não houve mais do que uma sequência de 4 ações elaboradas); e nenhuma criança recitou uma parte de história e/ou desenho infantil, evidenciando criatividade.

No que diz respeito à evidência de referência a objetos ausentes e às características dos personagens, 5 crianças (25%) fizeram referência a objetos ausentes e 4 crianças (20%) às características dos personagens.

Quanto ao ato de trazer brinquedos de outra sessão, apenas uma criança (5%) trouxe brinquedos não estruturados para a sessão imaginativo-convencional, enquanto que 4 (20%) trouxeram brinquedos da sessão imaginativo-convencional para a sessão simbólica.

Dezessete crianças (85%) falaram sobre a brincadeira ao longo da sessão do brincar. Das 3 (15%) crianças que não falaram, duas (10%) não demonstraram comprometimento e envolvimento com a sessão simbólica e uma (5%) não se envolveu na brincadeira nas duas sessões.

Quanto ao estilo do brincar, 8 crianças (40%) apresentaram o perfil do brincar típico, sendo que duas (10%) apresentaram brincadeira baseada em narrativa e 5 (25%) crianças brincadeira físico-experimental; quatro crianças (20%) não apresentaram nenhum estilo evidente durante o brincar; e 9 (45%) apresentaram déficit nas habilidades do brincar, sendo que todas elas apresentaram déficit no brincar simbólico, como pode ser visualizado no quadro 5 a seguir:

Quadro 5 – Estilo do brincar das crianças do estudo

Perfil do brincar	Estilo do brincar	Participante
Típico	Brincadeira baseada em narrativa	C2M7
		C5M6
	Brincadeira físico-experimental	C7F4
		C10F6
		C13M6
		C14M5
		C19M6
Sem evidência	Nenhum estilo evidente	C3M4
		C18F4
		C20M4
		C16M6
Déficit	Déficit no brincar simbólico	C1F4
		C4F6
		C6M7
		C8F4
		C9M4
		C11M7
		C12M5
		C15M4
		C17M4

5.4 Observações Gerais durante a aplicação do ChIPPA

Com relação à postura das crianças durante a coleta dos dados, 10 (50%) não se deslocaram, permanecendo sentadas o tempo todo, das quais 4 estavam restritas ao leito (C1F4, C2M7, C9M4 e C11M7) e uma estava com a perna engessada (C12M5), com tosse e com coriza; sete (35%) realizaram pequenos deslocamentos, porém fazendo parte da brincadeira (C4F6, C5M6, C8F4, C10F6, C13M6, C14M5 e C19M6); e 3 crianças (15%) movimentaram-se, saindo do contexto da brincadeira em alguns momentos (C3M4, C17M4 e C20M4).

Quanto aos temas do brincar, apenas uma criança (C1F4) não trouxe nenhum tema evidente nas duas sessões e outras cinco (C4F6, C9M4, C11M7, C12M5 e C15M4) não

trouxeram nenhum tema evidente apenas na sessão simbólica. Os temas mais evidentes foram o da fazenda, na sessão imaginativo-convencional, e mágica e experimentos de equilíbrio, na sessão simbólica.

Quanto à organização das crianças durante o brincar, 12 (60%) mostraram-se bem organizadas, não necessitando de modelos para organizar ações no brincar (porém uma delas não se envolveu na sessão simbólica); três mostraram-se mal organizadas (C1F4, C4F6 e C8F4), não sabendo o que fazer na maioria do tempo; e 5 (C6M7, C9M4, C12M5, C15M4 e C17M4) apresentaram-se pouco organizadas, principalmente na sessão simbólica.

6 DISCUSSÃO – APLICAÇÃO DO ChIPPA

O presente estudo seguiu todo rigor metodológico, o que pode ser demonstrado pela análise intraexaminadores, a qual apresentou alta confiabilidade ($ICC > 0.95$) (FLEISS, 1981).

Os resultados apontaram que, no geral, as crianças do estudo apresentaram habilidades dentro dos limites da normalidade, através de ações e preferências lúdicas compatíveis com sua faixa etária. De acordo com Falbo et al (2012), para que haja um desenvolvimento infantil adequado, é necessária a compreensão acerca dos fatores aos quais a criança está exposta, tais como o meio em que vive, doenças, hospitalizações, indo além de questões biológicas e proporcionando um cuidado integral e humanizado que leva em consideração os contextos social, cultural e familiar infantis. Desta forma, a utilização de recursos lúdicos é fundamental para a estimulação do desenvolvimento da criança em seus diversos contextos de vida. Paula e Foltran (2007) afirmam que o brincar promove a saúde física, emocional e intelectual da criança, proporcionando situações de socialização e desenvolvendo habilidades tais como atenção, concentração, afetividade, equilíbrio, entre outras.

Os dados apresentados evidenciaram que, apesar do câncer, as crianças demonstraram interesse pelo brincar, possuindo iniciativas lúdicas, desenvolvendo temas adequados para sua fase de desenvolvimento e interagindo satisfatoriamente com a pesquisadora.

Porém, do ponto de vista simbólico, os dados obtidos demonstraram que algumas crianças possuem dificuldade de abstração pelo fato de não terem completado a sessão simbólica, não terem apresentado nenhum tema evidente na sessão simbólica, terem trazido brinquedos da sessão imaginativo-convencional para a sessão simbólica, assim como, terem apresentado poucas ações elaboradas de brincar e poucos objetos substitutos, em relação ao esperado para a idade cronológica da criança.

Stagnitti e Unsworth (2000), baseando-se no modelo elaborado pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), afirmam que o desenvolvimento das habilidades de desempenho (prático-motoras, percepto-sensoriais, cognitivas, de regulação emocional e sociais e de comunicação) são fundamentais para o faz de conta. No caso das crianças do estudo, o prejuízo em alguma dessas habilidades citadas pode ter ocasionado o seu déficit simbólico. A possível falta de estimulação em casa ou no hospital pode gerar a dificuldade de abstração da criança, o que faz com que esta adquira algum déficit no desenvolvimento neuropsicomotor e interaja cada vez menos com as pessoas

ao seu redor. Dessa forma, a presença da mãe é fundamental durante o adoecimento da criança (RIBEIRO; ANGELO, 2005), estimulando-a e auxiliando-a no enfrentamento da situação. Com relação a alterações na regulação emocional das crianças, Lima (2010) afirma que a impulsividade, atos violentos e somatizações também podem levar a dificuldades na simbolização.

O faz de conta é caracterizado por uma ação lúdica em que a criança atua na esfera do imaginário, não se limitando e nem correspondendo à realidade concreta e fazendo parte do desenvolvimento cognitivo infantil (ALVES; DIAS; SOBRAL, 2007). Nesse sentido, Munhóz e Ortiz (2006) afirmam que o prolongado e complexo tratamento do câncer infantil, juntamente com a impossibilidade da manutenção da assiduidade na escola, podem fazer com que a criança deixe de utilizar algumas capacidades cognitivas para a resolução de problemas, levando a distúrbios. Desta forma, nota-se a importância da realização de programas de reinserção escolar para crianças com câncer (SILVA, 2006).

Ainda com relação às possíveis razões para o déficit no brincar simbólico da criança, McAloney e Stagnitti (2009) afirmam que a competência social da criança (por exemplo, a interação com os pares durante o brincar) pode interferir no faz de conta da criança através de uma relação diretamente proporcional. Assim, o fato de as crianças estarem afastadas da escola pode influenciar negativamente no desenvolvimento de habilidades do simbolismo.

Além disso, outra possibilidade para a dificuldade na brincadeira simbólica de algumas crianças da pesquisa seria o excesso do uso da televisão e de jogos eletrônicos, os quais são atividades mais estruturadas e que não estimulam a imaginação. Os adultos passam, na maioria das vezes, boa parte do dia fora de casa, no trabalho e ocupados com outras tarefas, o que faz com que a criança fique em casa no período em que não está na escola (GOMES; MORAES; MOTTA, 2011), dificultando sua socialização e facilitando sua alienação. Assim, a criança pode utilizar-se de atividades mais estruturadas e mais familiares a ela, deixando de lado as brincadeiras que possibilitam a abstração.

Em pesquisa com o objetivo de investigar o brincar, o comportamento, a linguagem e as habilidades sociais de crianças de 5 a 8 anos participantes de um programa de intervenção no brincar na escola (6 meses) em comparação com crianças que participaram apenas de atividades escolares tradicionais, percebeu-se que as crianças do programa apresentaram menor déficit simbólico e maior facilidade de socialização com pares, além de melhorarem suas habilidades gerais na linguagem (O'CONNOR; STAGNITTI, 2011).

Apesar da presente pesquisa ter como objetivo avaliar as habilidades das crianças com câncer durante o brincar de faz de conta, percebe-se o quanto que as intervenções baseadas no brincar podem ser um grande recurso para estimular o brincar simbólico da criança.

Mesmo com mais dificuldades nas questões do brincar simbólico, a maioria das crianças conseguiu se envolver emocionalmente com a pesquisadora, notando-se, portanto, a necessidade de vinculação para enfrentar o adoecimento e suas consequências. Isso quer dizer que, de algum modo, essas crianças têm necessidade de se vincular a alguém e de expressar seus sentimentos.

O vínculo na área da saúde é considerado uma prática humanizadora, já que envolve o olhar holístico, o acolhimento e a comunicação (REIS et al., 2013). O vínculo é considerado um fator de proteção ao desenvolvimento infantil (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2005), podendo assumir diferentes intensidades e orientando estruturas de conduta e personalidade (ALMEIDA, 2011). No caso desta pesquisa, o brincar foi o elo entre a pesquisadora e a criança, contribuindo para a formação do vínculo, o qual é essencial para a recuperação infantil (MELO; VALLE, 2010).

Além disso, percebeu-se que muitas crianças foram criativas (desenvolvendo ideias próprias), comprometidas e envolvidas com o brincar (fato de falarem sobre a brincadeira ao longo do brincar e de realizarem poucas movimentações, sempre fazendo parte da brincadeira); trouxeram temas evidentes de brincadeiras nas duas sessões (fazenda, consertar cercas e caminhão, colocar animais no caminhão e dirigir, terror, tocar instrumentos musicais, experimentos de equilíbrio, casinha, mágica, roubo, tiro ao alvo, colocar boneco para dormir e pintar); apresentaram uma narrativa nas duas sessões com sequências de ações elaboradas interligadas, fazendo uma história; e foram no geral bem organizadas, não precisando de modelos para realizar suas ações.

A criatividade é caracterizada pelo resultado da interação entre elementos cognitivos, características da personalidade, variáveis ambientais e aspectos inconscientes (WECHSLER, 2008). É por meio da criatividade que a criança desenvolve um potencial gerador e transformador (VENDRAMINI-ZANELLA; LIBERALI, 2011), possibilitando que esta enfrente riscos e desafios vivenciados no cotidiano de forma inventiva (OLIVEIRA; NAKANO, 2011), encontrando novas soluções para os seus conflitos (VENDRAMINI-ZANELLA; LIBERALI, 2011).

Além da criatividade, do comprometimento e do envolvimento com o brincar, os temas trazidos durante a brincadeira também caracterizaram o comportamento e a maneira

pela qual a criança lida com a situação vivenciada. As crianças do estudo trouxeram temas domésticos e familiares a elas, sendo que algumas conseguiram se expressar acerca do adoecimento. Segundo Vygotsky (1991), os objetos físicos e o estado psicológico da criança são fundamentais para a escolha do conteúdo e da maneira como as brincadeiras são organizadas.

Por fim, a apresentação de uma narrativa durante o brincar demonstra que, para o desenvolvimento desta habilidade, é necessário que a criança organize o pensamento e crie ideias (STAGNITTI; UNSWORTH, 2000). Isso quer dizer que, quanto mais complexo é o brincar da criança, mais longas são suas narrações (STAGNITTI, 2007). É importante enfatizar que a narrativa por meio do brincar não ocorre apenas através da linguagem, mas também pela comunicação não verbal (GOULART; SPERB, 2003), fato ocorrido com algumas crianças deste estudo.

7 RESULTADO E DISCUSSÃO DO PROCESSO DO BRINCAR DE FAZ DE CONTA DAS CRIANÇAS

Para facilitar a compreensão dos dados obtidos, apenas o processo do brincar de faz de conta das crianças do estudo será apresentado e discutido em um único tópico, por se tratar de uma análise qualitativa.

Durante a aplicação do ChiPPA em cada criança, verificou-se que as mesmas traziam discursos interessantes durante o brincar e, portanto, decidiu-se analisar os vídeos buscando retirar os conteúdos associados ao câncer, que fossem significativos ao processo que a criança estava passando.

Vale enfatizar que, em alguns momentos, a pesquisadora realizou alguns questionamentos acerca da rotina da criança no hospital, da escola, dos procedimentos terapêuticos que realiza, entre outros, sempre quando esta ficava em silêncio por muito tempo, ou quando se distraía da brincadeira.

Os vídeos foram assistidos e as falas das crianças, durante o processo do brincar de faz de conta, foram transcritas na íntegra. Em seguida, as transcrições foram lidas exaustivamente para que pudesse ser realizada a interpretação dos dados através da análise temática do tipo indutiva (BRAUN; CLARKE, 2006), sendo evidenciadas as seguintes categorias e subcategorias (entre parênteses) de análise: *a criança vivenciando o câncer* (“o adoecimento” e “o tratamento”), *expressando sentimentos e comportamentos* (“morte” e “conteúdos violentos e/ou agressivos”) e *o mundo saudável vivenciado pela criança com câncer* (“a escola”, “a família/o ambiente familiar” e “o brincar/atividades lúdicas/distração/lazer”).

7.1 A criança vivenciando o câncer

Quanto à subcategoria “o adoecimento”, percebeu-se que apenas uma criança falou espontaneamente de sua patologia, como descrito a seguir:

Durante a avaliação, a criança (C3M4) estava brincando de tomar suco, utilizando o cone como se fosse um copo quando sua máscara de proteção caiu. A pesquisadora auxiliou-a a recolocar a máscara e, em seguida, a criança falou sobre seu adoecimento:

C3M4: *Sabe quantos anos que eu tinha quando eu peguei essa doença?*
[com semblante reflexivo]

Pesquisadora: *Quantos?*

C3M4: *3.*

Pesquisadora: *Qual é o nome dessa doença?*

C3M4: *Leucemia.*

Percebe-se aqui que a criança não possui um conhecimento exato sobre a doença, pois afirmou que “pegou” a leucemia, como se tal doença fosse contagiosa. Cicogna (2009) afirma que o conhecimento da doença pode auxiliar na aceitação do tratamento e das intervenções propostas, levando a um maior preparo e envolvimento da criança com câncer, além de trazer maior ajustamento psicossocial (LEMOS; LIMA; MELLO, 2004). Esta informação incorreta pode gerar um isolamento da criança.

Já no que diz respeito à subcategoria “o tratamento”, notou-se que duas crianças falaram sobre a futura realização de um transplante:

Enquanto brincava, C13M6 foi questionada sobre o fato de não ir à escola:

C13M6: *Vou fazer transplante.*

Pesquisadora: *Como é o transplante, você sabe?*

C13M6: *[fez sinal negativo com a cabeça].*

Pesquisadora: *Como você acha que vai ser?*

C13M6: *Eu não sei.*

C20M4 trouxe a temática do transplante instigada pela pesquisadora, a qual leu no prontuário que a criança iria realizar esse procedimento.

Pesquisadora: *E hoje você vai fazer o quê mesmo?*

C20M4: *Transplante que nós vai internar.*

Pesquisadora: *O que é o transplante, você sabe?*

C20M4: *Não.*

O tratamento do câncer é caracterizado pela tentativa de eliminar o sofrimento proveniente da doença, embora muitas vezes repercuta de maneira negativa, devido às reações

adversas que comprometem a qualidade de vida da criança (SOUZA et al., 2012). Para que o tratamento do câncer tenha sucesso percebe-se que o conhecimento da criança sobre sua situação é um aspecto fundamental, tornando-a mais segura e colaborativa durante o processo do cuidar (WALDOW, 2007). No entanto, nem todas as crianças têm esse conhecimento. Tal fato pode ser comprovado nas falas anteriores, evidenciando-se que, mesmo sabendo o nome do tratamento ao qual seriam submetidas, as duas crianças citadas verbalizaram não saber do que se tratava quando questionadas pela pesquisadora durante a brincadeira.

A criança adoecida possui dificuldade na compreensão do que está acontecendo com ela, tanto em relação à patologia quanto no que diz respeito aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos pelos quais precisa se submeter (RIBEIRO; SABATÉS; RIBEIRO, 2001).

Assim como o transplante, a quimioterapia e seus efeitos colaterais também foram citados pelas crianças durante o brincar:

Uma enfermeira entrou na sala e a criança (C17M4) se distraiu da brincadeira, conversando com a pesquisadora sobre um dia que foi realizar exame de sangue no hospital e esse estava alterado. Logo após, C17M4 foi questionada se iria realizar quimioterapia naquele dia. Após a pergunta, a criança falou espontaneamente sobre os efeitos colaterais da quimioterapia.

C17M4: *Um dia não deu certo quando eu colhi sangue, sabe?*

Pesquisadora: *Não deu certo naquele dia? E o que você vai fazer hoje?*

C17M4: *Hoje vou fazer quimio [quimioterapia]. Você sabe que passa muito mal?*

Pesquisadora: *E como você fica?*

C17M4: *Com o estômago muito ruim.*

Pesquisadora: *E o que mais que você sente?*

C17M4: *Não sei. [Pausa]. Eu vomito muito.*

C19M6 estava conversando sobre sua rotina no hospital enquanto brincava de tentar tirar a roda do caminhão com a chave inglesa, dizendo:

C19M6: *E eu vou ter que falar com o doutor.*

Pesquisadora: *Falar o quê?*

C19M6: *Se hoje vai ter quimio [quimioterapia] ou não.*

Pesquisadora: *Você queria fazer quimio [quimioterapia] hoje?*

C19M6: Não.

Pesquisadora: *Você passa mal com o remédio?*

C19M6: *[Fez sinal positivo com a cabeça, enquanto tentava tirar a roda do caminhão com a chave inglesa].*

Segundo Gomes (2011), muitos efeitos colaterais da quimioterapia são considerados desagradáveis, podendo interferir no cotidiano da criança e afetando sua qualidade de vida. Tais efeitos podem causar alterações fisiológicas, afetivas e emocionais (COSTA; LIMA, 2002). Mesmo sendo agressiva e trazendo sofrimento para a criança com câncer, a quimioterapia é considerada uma forma de tratamento que traz esperança de cura devido a sua terapêutica de resultados positivos (CICOGNA, 2009).

Outro aspecto observado durante as falas das crianças foi sobre os contextos em que o tratamento ocorre (enfermaria, ambulatório e casa de apoio), juntamente com a vivência em cada um deles:

C5M6 estava brincando de colocar os animais dentro do caminhão dirigido pelo veterinário (boneco) quando colocou a boneca deitada no caminhão, dizendo:

C5M6: *Aí ele [boneco] foi buscar a menininha [boneca]. Aí ele [boneco] pegou. Aí ela foi deitar [no caminhão], porque o veterinário [boneco] machucou ela.*

Pesquisadora: *É?*

C5M6: *Aí ele [boneco] pegou a menininha [boneca] e pôs aqui [chão]. Aí a vaca pegou ela [boneca] e pôs em cima [fazendo o movimento de montar a boneca na vaca. Aí sabe o que a vaca fez?*

Pesquisadora: *O que?*

C5M6: *Levou pro hospital [referindo-se à boneca]. Aí os médicos achou ela [boneca].*

Pesquisadora: *O que ela [boneca] tinha?*

C5M6: *Ela [boneca] tinha um infarto.*

C13M6 estava conversando sobre a realização do seu transplante de medula óssea quando questionado do fato de não estar frequentando a escola, dizendo:

C13M6: *Quando eu for para o GATMO [Grupo de Apoio ao Transplantado de Medula Óssea] eu já vou ter 7 anos.*

Em outro momento, C13M6 conversava sobre o período em que realizaria o transplante:

C13M6: *Vou internar no final de janeiro.*

C17M4 conversava sobre sua rotina naquele dia e não estava envolvida na brincadeira nesse momento.

Pesquisadora: *Geralmente como você faz? Você chega e faz o exame né?*

C17M4: *Isso. Aí depois eu vou pra Central de Químio [Central de Quimioterapia], aí depois eu vou embora. Entendeu?*

Pesquisadora: *Entendi.*

C19M6 estava brincando de fazer mágica, fingindo que havia feito as pedras desaparecerem, colocando-as dentro do cone.

Pesquisadora: *Quem que te ensinou mágica?*

C19M6: *O moço lá da casa de apoio [Grupo de Apoio à Criança com Câncer]. Ele tava fazendo mágica pra todos [referindo-se à festa de lançamento da Campanha do Mc Dia Feliz].*

As falas demonstraram que os contextos onde o tratamento ocorre fazem parte do cotidiano das crianças, as quais vão se adaptando à nova situação e se apropriando destes espaços, juntamente com seus familiares. Nascimento e colaboradores (2005) afirmam que, neste processo de adaptação, os familiares da criança adoecida tentam lidar com os efeitos do tratamento, mantendo a integridade da família, o bem-estar emocional da criança e estabelecendo suporte social. Nesse sentido, percebe-se que a rede e o apoio social contribuem para o enfrentamento das adversidades surgidas, favorecendo a adaptação da família e da criança e auxiliando na manutenção do equilíbrio familiar (NÓBREGA et al., 2010-b).

Por fim, notou-se que os procedimentos médicos e de enfermagem foram citados com naturalidade, demonstrando fazer parte da rotina de tratamento das crianças e sendo foco de sofrimento para algumas delas:

C3M4: *O que isso [referindo-se à vara plana] pode ser?*

Pesquisadora: *O que isso [vara plana] pode ser?*

C3M4: *Eu acho que isso [vara plana] pode ser o meu apoio de mão [colocando a mão sobre a vara plana e simulando um procedimento de enfermagem].*

A criança C15M4 estava colocando alguns materiais dentro da lata com a mão esquerda quando disse que não poderia utilizar a mão direita, pois esta se encontrava com acesso venoso e protegida com esparadrapo. Nesse momento, a pesquisadora perguntou sobre o acesso venoso:

Pesquisadora: *Quando você pegou a veia dessa mãozinha?*

C15M4: *Foi agulha.*

Pesquisadora: *Agulha? Mas você lembra quando foi?*

C15M4: *[Silêncio].*

Pesquisadora: *Doeu muito?*

C15M4: *Doeu muito.*

Pesquisadora: *Você deixou a enfermeira picar você?*

C15M4: *Não [e continuou brincando].*

Em outro momento, C15M4 estava brincando quando ouviu o barulho emitido pela bomba de infusão do quarto ao lado. Nesse momento, parou de brincar e ficou em silêncio para comentar sobre o barulho.

Pesquisadora: *O que foi?*

C15M4: *Tututu [Referindo-se à bomba de infusão].*

Pesquisadora: *Ah, o barulho. É o aparelho da enfermeira. Apitou o seu alguma vez?*

C15M4: *Já.*

Pesquisadora: *(...) quando terminou o remédio?*

C15M4: *É. Aí ela [enfermeira] vem colocar outro remédio.*

Pesquisadora: *Eu achei que você não ia vir hoje, eu não vi seu nome. Você tava agendado?*

C19M6: *Tava [fazendo sinal positivo com a cabeça].*

Pesquisadora: *Você tava aqui esses dias no hospital?*

C19M6: *Todo dia.*

Pesquisadora: *E o que você faz que você não gosta?*

C19M6: *Da furada [referindo-se à injeção, levantando-se e pedindo para finalizar a sessão imaginativo-convencional].*

A criança com câncer passa a vivenciar procedimentos terapêuticos em seu cotidiano e fala sobre isto com naturalidade, assimilando nomes técnicos, medicações e procedimentos (CICOGNA, 2009).

O tratamento do câncer infantil é complexo e necessita da realização de procedimentos dolorosos, invasivos e causadores de sofrimento para o seu sucesso (COSTA; LIMA, 2002). Assim, alguns procedimentos causam medo nas crianças (Souza et al., 2012), sendo que as agulhas são as que mais assustam (CICOGNA; NASCIMENTO; LIMA, 2010).

Somado a esse fato, percebe-se que a equipe de saúde, em muitos momentos, está mais preocupada com a parte técnica do cuidado, afetando a abordagem integral e a percepção do estado emocional da criança (GOMES; CAETANO; JORGE, 2010). Nesse sentido, destaca-se a importância de explicar às crianças os procedimentos antes de sua realização com o objetivo de aliviar sua ansiedade e estimular sua colaboração através do diálogo, diminuindo o medo (PONTES; KURASHIMA, 2009).

7.2 Expressando sentimentos e comportamentos

Quanto à subcategoria “morte”, percebeu-se que, ao longo da brincadeira de faz de conta, algumas crianças expressaram seus sentimentos acerca da morte, trazendo essa temática de forma indireta, através da morte de alguns elementos presentes no kit de avaliação do ChIPPA:

Durante a brincadeira, C2M7 colocou o boneco em cima do trilho de trem que montou com as cercas e fez um movimento de atropelá-lo com o caminhão, dizendo:

C2M7: *A menininha vai dirigir, aí um vai morrer*

Pesquisadora: *Quem vai morrer?*

C2M7: *[Apontou para o boneco] e deu risada.*

Pesquisadora: *Por que ele vai morrer?*

C2M7: *[Silêncio].*

Enquanto brincava de dirigir, C9M4 fez um movimento de atropelar a vaca com o caminhão, dizendo:

C9M4: *Ih, morreu.*

Pesquisadora: *Quem morreu?*

C9M4: *A vaquinha.*

C15M4 estava brincando de colocar os animais no caminhão para levá-los até a fazenda, quando a pesquisadora demonstrou a ação de colocar a boneca no caminhão e dirigir. Nesse momento, a criança retirou a boneca do caminhão, dizendo que levaria os porcos e que a boneca havia se jogado e morrido.

C15M4: *Ela [boneca] caiu e morreu.*

Pesquisadora: *Morreu? E agora?*

C15M4: *Cadê meu tio? [mudando de assunto]*

A morte encontra-se presente na vida do homem em todas as idades, sendo uma temática que causa sofrimento devido ao medo do desconhecido. Os aspectos relacionados à morte e ao morrer são objeto de reflexões e ações, sofrendo influência de fatores subjetivos, dentre outros (KOVÁCS, 2003-a).

Além disso, a morte foi citada por duas crianças como um evento reversível, sendo considerada algo temporário:

C14M5 estava dirigindo o caminhão e o trailer com os dois bonecos em cima, imaginando que era um trem, o qual capotou e explodiu.

Pesquisadora: *E eles [bonecos] se machucaram?*

C14M5: *Não, mas a carreta [trailer] sim, morreu. Mas agora ela [carreta] tá viva.*

Durante a sessão do brincar simbólico, C5M6 estava criando uma história de um ladrão que entrou em uma casa para assaltar e fez misturas de líquidos para os moradores (bonecos de pano) beberem com o objetivo de matá-los.

C5M6: *Eles [bonecos de pano] morreram. Aí o ladrão veio, pegou isso [lata] e misturou com isso [cone]. Ele [ladrão] queria que eles [bonecos de pano] morressem, mas eles [bonecos de pano] acordavam.*

Pesquisadora: *E aí?*

C5M6: *A mãe [boneco de pano] também bebeu o remédio. Ela bebeu, aí ela desmaiou.*

Pesquisadora: *E aí?*

C5M6: *Aí ele [boneco de pano] tomou um remédio horrível. Aí o remédio tinha gosto de madeira.*

Através das falas anteriores, nota-se que a compreensão de alguns conceitos relacionados à morte é fundamental. Existem 3 conceitos que caracterizam o conceito de morte: irreversibilidade (impossibilidade de retornar ao estado anterior, ou seja, a morte do corpo), não funcionalidade (todas as funções vitais cessam com a morte) e universalidade (a morte é inevitável, tudo o que é vivo morre) (TORRES, 2002).

Percebeu-se que algumas crianças do estudo compreenderam a morte como um evento reversível, associado a um estado de sono. Segundo Vendruscolo (2005), a reversibilidade da morte faz parte do desenvolvimento da criança, porém, precisa ser trabalhada adequadamente para evitar distúrbios emocionais. A mesma autora afirma que muitas pessoas acreditam que as crianças não estão preparadas do ponto de vista emocional para lidar com a morte, o que facilita atitudes incorretas, tais como evitar a temática, tentar diminuir o sofrimento do adulto para poupar a criança, inventar eufemismos e criar ilusões que as confundem ainda mais. Para Torres (2002), as crianças notam os fatos ocultos e os expressam por meio de desenhos, jogos e histórias, como observado nas falas das crianças do presente estudo. Por isso, percebe-se a importância de se abordar a temática da morte desde a infância (Kovács, 2003-b), sendo que a utilização de recursos lúdicos pode auxiliar a criança a se expressar acerca deste assunto.

Portanto, o brincar é muito importante para a criança doente, pois facilita a expressão de sentimentos, medos e dúvidas (Leite; Shimo, 2007; Sposito et al., 2013) acerca da morte, proporcionando o alívio da ansiedade e auxiliando na mudança de comportamentos negativos (LEITE; SHIMO, 2007).

Outro fato observado foi que o faz de conta permitiu que algumas crianças trouxessem experiências reais de morte na família, através de lembranças de fatos ocorridos com estas:

C5M6 falou espontaneamente sobre a morte do padrinho, a qual ocorreu no rancho da família. Esta temática foi trazida pela criança assim que esta viu os materiais da sessão imaginativo-convencional, enquanto brincava de fazenda.

C5M6: *O meu padrinho morreu lá no rancho, mas lá no rancho não tinha cavalo [criança citou o padrinho enquanto agrupava os animais ao redor da cerca, dizendo que sua família possuía um rancho].*

Pesquisadora: *Seu padrinho morreu no rancho? Faz tempo?*

C5M6: *Faz.*

Pesquisadora: *E você chorou bastante?*

C5M6: *Ah, eu não chorei tanto não, só uma vez, porque homem não chora muito.*

Pesquisadora: *Mas você ficou triste?*

C5M6: *Fiquei, mas agora eu não tô mais triste não.*

C13M6 trouxe o tema da morte do tio, o qual caiu em um rio, fazendo uma ponte com a vara plana, jogando o boneco na caixa e dizendo que havia caído no rio, porém distraiu-se da brincadeira para conversar sobre esse assunto, dizendo:

C13M6: *Caiu [boneco] dentro da água. [Silêncio]. Sabia que o meu tio, né, ele caiu dentro de uma cachoeira, aí ele foi e morreu [enquanto brincava, pegou a caixa, fez uma ponte com a vara plana, colocou o boneco em cima da ponte e derrubou-o].*

Pesquisadora: *Seu tio? E faz tempo?*

C13M6: *Dia 31/12/2012.*

Pesquisadora: *Faz pouco tempo então.*

C13M6: *Ele foi lá tirar foto e escorregou.*

Pesquisadora: E você gostava do seu tio?

C13M6: [Fez sinal positivo com a cabeça]. Ele dava um monte de presente.

Pesquisadora: E você está sentindo falta dele?

C13M6: [Silêncio e continuou brincando].

Enquanto brincava, C13M6 colocou os bonecos de pano dentro da caixa e os cobriu com um pano, dizendo que este era a tampa de um caixão funeral (provavelmente a criança presenciou este fato com a morte do tio).

C13M6: Vamos pro enterro.

Pesquisadora: Pro enterro?

C13M6: É.

Pesquisadora: Mas os dois [bonecos de pano] morreram do quê?

C13M6: Só Deus sabe.

A criança está em contato com a morte constantemente, através da perda de uma pessoa próxima, da morte de um animal de estimação, das imagens contidas na televisão e por meio dos jogos (VENDRUSCOLO, 2005). Ao longo do desenvolvimento da criança, esta vivencia mortes reais que a cerca e passa a querer entender o que ocorre consigo mesma (SALVAGNI et al., 2013).

Quanto à subcategoria “conteúdos violentos e/ou agressivos”, notou-se que algumas crianças utilizaram-se desse tipo de temática durante o faz de conta (espancamento, apedrejamento, capotamento e afogamento):

C2M7 estava contando a história de um fantasma que assustava as pessoas. A criança pegou a cabra e fez o movimento de bater no boneco de pano, colocando-o dentro da lata. A criança, então, tirou o boneco de pano da lata e jogou pedras nele.

C2M7: Até que um dia esse bicho aqui [cabra] foi lá e espancou ele [boneco de pano] com tudo. Aí ele [boneco de pano] levantou, aí todos eles [animais] começou a jogar pedra nele [boneco de pano] e ele [boneco de pano] não sentia nada.

C14M5 estava dirigindo o caminhão e o trailer, imaginando que era um trem, o qual capotou e explodiu.

C14M5: *E aí eles [caminhão e trailer com 2 bonecos em cima] caíram [fazendo o movimento de capotar o trailer].*

Pesquisadora: *E aí caiu tudo. E depois, o que aconteceu?*

C14M5: *Explodiu a carreta [trailer].*

Pesquisadora: *As duas?*

C14M5: *Não, só essa daqui [apontando para o trailer].*

C20M4 colocou os dois bonecos de pano dentro da lata, dizendo:

C20M4: *Vou afogar.*

Além disso, o sangue foi citado por duas crianças:

C2M7 estava dando sequência a sua história, contando que os animais haviam sido presos, colocando-os dentro da lata, a qual ficou com sua abertura para baixo. Em seguida, a criança retira os animais da lata, jogando-os na cama, pega a vaca e coloca em cima do caminhão de barriga para cima, dizendo:

C2M7: *(...) porque ela [vaca] tava sem sangue, porque o carrapato chupou todo o sangue dela.*

C5M6 estava contando uma história de um ladrão que entrou em uma casa e tentou matar os moradores. Nesse momento, pegou a pedra, colocou na boca do boneco de pano e jogou-o no chão, dizendo:

C5M6: *Ficou [boneco de pano] (...) cheio de sangue.*

Por fim, a temática do atropelamento foi trazida por duas crianças:

Enquanto brincava de dirigir, **C9M4** fez um movimento de atropelar a vaca com o caminhão e sorriu.

C9M4: *Vai atropelar, vai atropelar.*

C13M6 dirigia o caminhão, indo em direção à boneca, a qual se encontrava em pé no chão, dizendo:

C13M6: *Vou atropelar ela [boneca].*

A existência de impulsos agressivos faz parte da constituição do sujeito (WINNICOTT, 1987). A agressividade ocorre na tentativa de auxiliar algumas crianças a lidar com a tensão, angústia, culpa e medo decorrentes de fatos traumáticos (KLEIN, 1970), como o câncer, por exemplo.

Além disso, a conduta agressiva e/ou violenta entre as crianças é influenciada por aspectos individuais (temperamento, sexo, condição biológica e cognitiva), familiares (tipo de vínculo, contexto interacional e modelo educacional doméstico) e ambientais (televisão, videogames, escola e condição socioeconômica). Com relação aos aspectos ambientais, Batista, Fukahori e Haydu (2004) afirmam que existe uma influência dos filmes com cenas de violência sobre o comportamento agressivo das crianças.

Embora influentes, tais fatores não atingem as pessoas igualmente e não submetem todos ao mesmo risco (SOARES, 2012). É por esse motivo que é fundamental realizar uma avaliação detalhada da criança com câncer, no sentido de conhecer os reais motivos do comportamento agressivo e violento para uma abordagem adequada.

7.3 O mundo saudável vivenciado pela criança com câncer

O comportamento das crianças durante o faz de conta demonstrou que seu mundo saudável e sua vitalidade foram explorados. Antes de serem crianças com câncer, elas são crianças que brincam, que vão para a escola e que interagem com outras pessoas.

No que diz respeito à subcategoria “a escola”, percebe-se que o câncer infantil, na maioria dos casos, leva a criança a se afastar da escola, levando ao isolamento social.

Enquanto brincavam, algumas crianças ficaram em silêncio e, então, a pesquisadora fez algumas perguntas pertinentes ao caso de cada uma, com relação à escola:

Pesquisadora: *E a escolinha?*

C13M6: *Não vou voltar pra ela [criança estava se preparando para a realização de transplante de medula óssea].*

Pesquisadora: *E a escola? Você tá indo pra escola?*

C19M6: *Não. Minha mãe não deixa. Amanhã ela vai deixar.*

Pesquisadora: E eles [colegas de escola] vão te visitar na sua casa?

C19M6: Não. O J [colega de escola] antes ele vinha, mas agora não vem mais.

Pesquisadora: E você sente falta deles?

C19M6: Aham [fazendo sinal positivo com a cabeça].

O isolamento da criança é ampliado em certos momentos, já que, além da restrição de visitas devido a sua condição clínica em decorrência do tratamento, há o afastamento de locais em que a criança estava acostumada a frequentar, como a escola, por exemplo (CICOGNA; NASCIMENTO; LIMA, 2010).

A escola exerce um papel muito importante na formação da criança (MOREIRA, 2001). Quando afastada da escola, a interação social da criança com câncer fica comprometida, por isso é fundamental que a criança adoecida, impossibilitada de ir à escola, tenha a oportunidade de manter contato com os seus amigos da escola (CHALLINOR, 2007).

Quando possível e permitido pela equipe de saúde, é primordial que haja a reinserção escolar da criança com câncer. Anders (2004) afirma que existirão obstáculos, tais como curiosidades e zombarias das outras crianças. Desta forma, o retorno escolar precisa ser realizado de maneira ponderada, estimulando a compreensão e a aceitação por parte da comunidade escolar (PATERLINI; BOEMER, 2008).

Mesmo com a impossibilidade de algumas crianças frequentarem a escola, notou-se que alguns fatos que ocorreram nesse ambiente foram lembrados, demonstrando sua importância na vida da criança:

A criança C19M6 estava falando sobre seus amigos de sala de aula, citando 3 crianças que estudavam com ela em sua sala antiga e afirmando que mudou de sala. Nesse momento, C19M6 estava tentando tentar tirar a roda do caminhão com a chave inglesa e distraiu-se para falar de sua escola:

C19M6: Da sala 10, mas eu mudei para a sala 11

Pesquisadora: E porque você mudou?

C19M6: A professora lá é chata.

Pesquisadora: Ela é chata?

C19M6: É, ela briga com os outros.

Pesquisadora: Ela briga? Xiii!!!

C19M6: Só quando faz arte [bagunça].

Pesquisadora: E você faz arte [bagunça]?

C19M6: Não.

A escola é um ótimo meio para as crianças desenvolverem habilidades cognitivas e sociais primordiais para a formação de um senso de independência, competência e ética, além da obtenção de conhecimentos acadêmicos, políticos e sociais (MOREIRA, 2001).

No caso da criança com doença crônica, é imprescindível a manutenção das atividades escolares, as quais resgatam sua rotina de vida antes do adoecimento, possibilitando o desenvolvimento da esperança (HOLANDA; COLLET, 2012). Dessa forma, é primordial que haja o vínculo entre a escola e o hospital, com o objetivo de promover a continuidade do processo de escolarização desta, respeitando-a em seus direitos e garantindo o exercício de sua cidadania (NÓBREGA et al., 2010-a).

Com relação à subcategoria “a família/o ambiente familiar”, algumas crianças relataram fatos reais saudáveis de suas vidas cotidianas:

Durante a demonstração da ação de fixar a roda do caminhão utilizando a chave inglesa C4F6 falou:

C4F6: Se meu pai ver isso aqui [referindo-se à chave inglesa], nossa ele fica louquinho.

Pesquisadora: Por quê?

C4F6: Se ele ver isso daqui [pegando a chave inglesa] ele vai querer trabalhar [risadas].

Pesquisadora: Ele gosta disso aí [chave inglesa]?

C4F6: Ele tem um igualzinho [risadas].

Enquanto brincava de tentar tirar a roda do caminhão com a chave inglesa, C9M4 falou espontaneamente:

C9M4: Eu vou pra casa hoje.

A criança C18F4 estava brincando de tentar tirar a roda do caminhão com a chave inglesa quando disse:

C18F4: Você tem um igual ao do meu pai [referindo-se à chave inglesa].

Pesquisadora: O seu pai tem uma caixinha de ferramenta?

C18F4: Tem caixinha de ferramenta, pra colocar parafuso.

C19M6 estava manipulando a chave inglesa, distraído-se da brincadeira, quando disse:

C19M6: Meu tio tem um desse [referindo-se à chave inglesa]. Mas não é de mentirinha, é de verdade.

Enquanto tentava tirar a roda do caminhão com a chave inglesa C19M6 disse:

C19M6: Sabe que dia tá chegando?

Pesquisadora: Qual?

C19M6: O Dia dos Pais [falando com empolgação].

Percebeu-se o quanto a chave inglesa (material que compõe o kit do ChIPPA) foi um material que auxiliou no desenvolvimento do faz de conta, visto que algumas crianças, ao entrarem em contato com ele, automaticamente lembraram momentos em família, tornando a brincadeira simbólica mais rica.

Algumas crianças se envolveram no contexto da brincadeira e construíram narrativas próprias do brincar de faz de conta, trazendo contextos de seu cotidiano, falando sobre a família ou sobre o ambiente familiar de forma indireta, através das representações dos animais do ChIPPA:

Após a pesquisadora ter demonstrado a ação de colocar o boneco de pano na caixa e cobri-lo como se fosse dormir, C8F4 colocou o outro boneco de pano na caixa também dizendo:

C8F4: É a mãe dele [referindo-se ao boneco de pano].

Pesquisadora: E eles tão fazendo o que?

C8F4: Dormindo.

C9M4 estava iniciando a brincadeira e agrupava as cercas quando perguntou pela vaca:

C9M4: *Cadê a vaca?*

Pesquisadora: *A vaca?*

C9M4: *A vaca dando leite pro filhote.*

Pesquisadora: *A vaca dando leite pro filhote?*

C9M4: *É. Esse daqui é o pai? [apontando para uma das vacas]*

Pesquisadora: *Esse? [apontando para uma das vacas]. O que você acha?*

C9M4: *É esse [apontando para a outra vaca].*

Pesquisadora: *Esse é o papai?*

C9M4: *O papai nem dá leite.*

Enquanto agrupava os animais por tipo dentro do espaço feito com cercas C13M6 falou:

C13M6: *Os cavalos são namorados, não têm filhos. (...) e a vaca mais o boi é casado porque tem um filho.*

Após pesquisadora demonstrar a ação de colocar o boneco no caminhão e dirigir, C16M6 pegou a outra boneca e colocou ao lado do boneco:

C16M6: *Os amiguinhos. Ó, mãe e pai [apontando para os bonecos].*

Pesquisadora: *Isso!*

C16M6: *Mas tá faltando uma coisa.*

Pesquisadora: *O que?*

C16M6: *Filhinho.*

Pesquisadora: *Cadê o filhinho?*

C16M6: *Não sei.*

C20M4 pegou os dois cavalos e segurou-os, olhando atentamente para eles:

C20M4: *Um é o filho e o outro é a mãe [referindo-se aos cavalos].*

A família é responsável por fornecer cuidados e estímulos essenciais ao crescimento e desenvolvimento da criança. Para que haja qualidade no cuidado com relação a características

físicas, afetivas e sociais, são necessárias condições estáveis de vida do ponto de vista socioeconômico e psicossocial (ZAMBERLAN; BIASOLI-ALVES, 2008). Além disso, a família desempenha o papel de mediadora entre a criança e a sociedade, estimulando a interação social (Andrade et al., 2005), o que é fundamental para a criança com câncer, a qual, na maioria das vezes, tem sua socialização comprometida em virtude da rotina do tratamento.

Mombelli e colaboradores (2011) afirmam que problemas ligados à estrutura, ao funcionamento e ao suporte familiar relacionam-se a sintomas estressantes na criança, levando a mudanças no estado emocional desta. Nesse sentido, nota-se a importância da adequada estrutura e apoio familiar durante o processo de adoecimento da criança com o objetivo de minimizar seus efeitos (PARCIANELLO; FELIN, 2008).

Além da importância da escola e da família, a temática da subcategoria “o brincar/atividades lúdicas/distração/lazer” foi notada entre as crianças de forma direta e indireta, mostrando ser fundamental para o seu desenvolvimento saudável:

C2M7 não estava mais querendo brincar com os materiais da sessão simbólica, distraíndo-se da brincadeira e perguntando:

C2M7: *Você tem joguinho de notebook?*

Pesquisadora: *A tia não tem joguinho. Que joguinho você tem?*

C2M7: *Nenhum, só tenho da Internet mesmo.*

Pesquisadora: *Você sabe mexer na Internet?*

C2M7: *[fez sinal positivo com a cabeça].*

Pesquisadora: *Você fica o tempo todo na Internet?*

C2M7: *De vez em quando [balançando a cabeça].*

C6M7 estava colocando os animais dentro do espaço feito com cercas quando se lembrou de filmes com animais que já tinha assistido no cinema, distraíndo-se da brincadeira e dizendo:

C6M7: *Sabe o leão marinho [referindo-se ao filme Madagascar]?*

Pesquisadora: *Aham*

C6M7: *Ele [leão marinho] ficava atirando e parecia que ia bater em nós [filme 3D].*

C6M7 estava colocando os animais no caminhão quando se referiu a uma visita que fez ao zoológico, distraído-se da brincadeira e dizendo:

C6M7: Eu queria ver o leão, mas não tinha lá.

Pesquisadora: Não tinha leão na sua cidade?

C6M7: Não, em São Paulo.

Pesquisadora: Você foi no zoológico de São Paulo? E não tinha leão?

C6M7: [Fez sinal negativo com a cabeça].

Pesquisadora: Será?

C6M7: Tava montando a jaula.

Pesquisadora: Ah tá.

C7F4 parou a brincadeira da sessão simbólica, mostrando-se pouco envolvida quando a pesquisadora fez perguntas relativas ao seu brincar:

Pesquisadora: Que brinquedos você tem?

C7F4: Eu tenho uma Barbie.

Pesquisadora: Uma Barbie? Ah, que bonitinho. Você gosta de brincar?

C7F4: Gosto.

Pesquisadora: Que legal!

Quando pegou a chave inglesa, C13M6 fez a ação de tentar tirar a roda do caminhão, falando:

C13M6: Eu tinha uma ferramenta de brincar de mentira.

Pesquisadora: E o que tinha no seu kit? Tinha isso aí que você tá usando? [chave inglesa]

C13M6: Tinha. Tinha estilete.

Pesquisadora: Estilete? Mas não machucava não?

C13M6: Era estilete de brincar.

Pesquisadora: Ah tá.

C18F4 estava brincando de comidinha quando a pesquisadora perguntou:

Pesquisadora: Do que você brinca em casa?

C18F4: Brinco de brinquedo e de outra coisa.

Pesquisadora: É? Você brinca de bastante coisa?

C18F4: Eu tenho dois brinquedos de panela.

Pesquisadora: Você tem? E você faz comida?

C18F4: Faço.

O brincar é uma maneira de favorecer a relação da criança com o mundo ao seu redor, já que é através dele que ela desenvolve a relação com o outro e comunica emoções, sentimentos, medos e dúvidas (HIGA; COSTA, 2012).

O câncer infantil e seu tratamento levam a reduções funcionais que podem impedir o desenvolvimento de brincadeiras mais ativas. Dessa forma, devem ser buscadas maneiras para estimular as potencialidades da criança, objetivando que esta continue brincando (de forma adaptada às limitações de cada uma) e interagindo com as pessoas (SILVA, 2012). Além disso, o brincar é uma excelente estratégia para o desenvolvimento da humanização da assistência prestada à criança com câncer, em busca da integralidade do cuidado (HIGA; COSTA, 2012). Desta forma, é fundamental que haja um espaço no hospital que possibilite a realização de atividades lúdicas nas diversas circunstâncias em que a criança adoecida se encontra (HIGA; COSTA, 2012), contribuindo para seu desenvolvimento integral, mesmo com o adoecimento (MELO; VALLE, 2010) e facilitando sua permanência no hospital (PACCIULIO, 2012).

O brincar é utilizado por parte da equipe de saúde como forma de trabalhar conteúdos terapêuticos junto às crianças adoecidas. É importante, também, que a criança se distraia e que utilize atividades lúdicas e de lazer sem objetivo terapêutico para estimular momentos saudáveis e prazerosos e tal fato pôde ser constatado por meio das falas, evidenciando que as crianças, mesmo com uma doença debilitante como o câncer, também têm vitalidade. Segundo Rocha e Souza (2012), as atividades lúdicas e de lazer promovem bem-estar, desenvolvimento saudável e a aprendizagem das crianças.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo se propôs a analisar o faz de conta de crianças pré-escolares com câncer através da utilização da Avaliação do Faz de Conta Iniciado pela Criança (ChIPPA), a qual analisa a capacidade das crianças em iniciar e organizar seu brincar, fornece informações sobre a elaboração e complexidade do brincar da criança e demonstra habilidades cognitivas, tais como a sequência de pensamento, o uso de símbolos abstratos durante o brincar e o estilo de brincar da criança.

Além do conhecimento das características da criança com relação ao seu faz de conta (estilo do brincar, temas de preferência, organização, tempo utilizado para a brincadeira, histórias e narrativas desenvolvidas, entre outras), a presente pesquisa proporcionou um mergulho no universo da criança com câncer, através da observação de seu brincar e de expressões verbais e não verbais que apareceram durante esse processo.

A presente pesquisa demonstrou que, no geral, as crianças do estudo apresentaram iniciativa durante o brincar, realizando ideias do faz de conta antes de algumas ações serem demonstradas; trouxeram temas de brincadeiras adequados para sua faixa etária; envolveram-se emocionalmente com a pesquisadora (vinculação); apresentaram criatividade; demonstraram comprometimento e envolvimento com a brincadeira; e mostraram-se bem organizadas, não necessitando de modelos para organizar ações no brincar.

O déficit no brincar simbólico foi notado na avaliação de algumas crianças, porém, não foi possível identificar seu verdadeiro motivo e se existe alguma relação com o câncer, o qual poderia gerar atraso no desenvolvimento neuropsicomotor da criança, já que este não foi o objetivo desta pesquisa. Algumas hipóteses foram levantadas na discussão desse estudo, tais como o afastamento da escola, a falta de estimulação em casa, a condição clínica ocasionada pelo câncer, a diminuição da interação social, a alienação de algumas crianças pela tv e por jogos eletrônicos, com o objetivo de nortear pesquisas futuras.

Com relação aos dados qualitativos, percebeu-se que o faz de conta permitiu que as crianças se expressassem a respeito do câncer e seu tratamento (transplante, quimioterapia e seus efeitos colaterais, contextos em que o tratamento ocorre, procedimentos médicos e de enfermagem), de sentimentos e comportamentos provenientes ou não do adoecimento (morte e conteúdos violentos e/ou agressivos) e de vivências saudáveis (escola, família/ambiente familiar e brincar/atividades lúdicas/distração/lazer). Tal fato ressalta que as crianças não

trouxeram apenas aspectos relacionados ao adoecimento, mas também momentos saudáveis e prazerosos, o que é uma atitude positiva que pode auxiliar no enfrentamento da doença.

Nesse sentido, o instrumento utilizado forneceu indicadores valiosos para a análise do brincar de faz de conta das crianças com câncer do estudo, visto que não só auxiliou na compreensão de características referentes à habilidade e à pontuação dessas crianças em alguns quesitos, como também proporcionou o conhecimento de dados mais qualitativos referentes ao cotidiano delas e ao impacto do câncer em suas vidas.

O ChIPPA demonstrou ser um instrumento completo, o qual pode ser utilizado junto a crianças com condições crônicas severas, como o câncer. No entanto, este estudo apresentou algumas limitações, as quais devem ser levadas em consideração para a realização de futuras pesquisas. Alguns dos locais onde a coleta de dados foi feita mostraram-se restritos (ambulatório e enfermaria). No ambulatório, havia apenas uma sala reservada para a coleta de dados, a qual podia ser utilizada somente nas segundas-feiras de manhã, o que reduziu o número da amostra. Na enfermaria, os profissionais de saúde precisavam entrar no quarto para a realização de alguns procedimentos, o que diminuiu a concentração da criança durante a brincadeira. Além disso, os quartos da enfermaria possuíam 2 leitos, o que inviabilizou a participação de uma das crianças para não haver influência em suas ações. Em um contexto geral, a enfermaria possuía muitos estímulos que atrapalharam a avaliação de algumas crianças (choro de crianças do leito ao lado, conversas de adultos, entrada e saída de profissionais, telefonemas no meio da avaliação, possibilidade de alta (causando euforia), entre outros). É importante ressaltar que o ChIPPA não exige que o espaço seja amplo e nem mesmo que a aplicação seja realizada em local reservado, pois parte do pressuposto de que a criança, quando envolvida em uma atividade lúdica, sente-se imersa neste universo e não se distrai com estímulos externos. Entretanto, em se tratando de crianças com câncer e sendo a primeira vez em que se utiliza esta avaliação junto a essa população, um controle adequado dos elementos causadores de distração poderia oferecer um envolvimento maior das mesmas durante o brincar.

A condição clínica das crianças também foi considerada uma limitação, pois algumas delas apresentaram-se imobilizadas com acesso venoso, com a perna engessada e com tosse, o que diminuiu a possibilidade de análise das reais habilidades da criança.

Acredita-se que futuras pesquisas que avaliem o brincar de faz de conta de crianças com câncer podem ser realizadas, utilizando-se, por exemplo, momentos determinados do

tratamento, tais como início do diagnóstico, término do tratamento, recidivas, pós-transplante ou cuidados paliativos para verificar se há mudanças nas habilidades e demandas da criança. Além disso, podem ser feitos estudos que avaliem o comportamento da mesma criança em diferentes contextos (ambulatório, enfermaria, casa de apoio, domicílio) com o objetivo de investigar se há a influência do contexto sobre o comportamento lúdico infantil.

Por fim, o déficit no brincar simbólico notado nessa pesquisa levou à reflexão sobre a importância de não só avaliar, mas também de se utilizar o faz de conta como um recurso terapêutico a ser estimulado pela equipe de saúde, com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência em Oncologia Pediátrica.

REFERÊNCIAS

- ALDERSON, P. As crianças como pesquisadoras: os efeitos dos direitos de participação sobre a metodologia de pesquisa. **Educação & Sociedade**, Campinas, v.26, n.91, p. 419-442, 2005.
- ALMEIDA, A.P.D. Quando o vínculo é doença: a influência da dinâmica familiar na modalidade de aprendizagem do sujeito. **Revista Psicopedagogia**, São Paulo, v.28, n.86, p.201-213, 2011.
- ALTSHULER, J.A.; RUBLE, D. N. Developmental changes in children's awareness of strategies for coping with uncontrollable stress. **Child Development**, v.60, n.6 p.1337-1349, 1989.
- ALVES, A.C.S.; DIAS, M.G.B.B.; SOBRAL, A.B.C. A relação entre a brincadeira de faz de conta e o desenvolvimento de habilidades na aquisição de uma teoria da mente. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.12, n.2, p.325-334, 2007.
- AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION (AOTA). Occupational Therapy Practice. Framework: Domain & Process. 2. ed. **American Journal Occupational Therapy**, v.63, n.6, p.625-683, 2008.
- ANDERS, J.C. **O transplante de medula óssea e suas repercussões na qualidade de vida de crianças e adolescentes que o vivenciaram**. 2004. 203f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.
- ANDRADE, S.A. et al. Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.4, p.606-611, 2005.
- ANGELI, A.A.C.; 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 e educação**, Botucatu, v.16, n.40, p.261-271, 2012.
- AZEVEDO, A.V.S. O brincar da criança com câncer no hospital: análise da produção científica. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.28, n.4, p.565-572, 2011.
- BEE, H. **A criança em desenvolvimento**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. 612 p.

BENTO, L.R. **Desenvolvimento de sistema de informações para registro hospitalar de câncer**. 2007. 144 f. Dissertação (mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

BETTELHEIM, B. **A psicanálise dos contos de fada**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980. 437p.

BORGES, A.D.V.S. et al. Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.11, n.2, p.361-369, 2006.

BORGES, E.P.; NASCIMENTO, M.D.S.B.; SILVA, S.M.M. Benefícios das atividades lúdicas na recuperação de crianças com câncer. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, São Paulo, v.18, n.2, p.211-221, 2008.

BRANDÃO, M. B.; MANCINI, M. C. Avaliação Funcional de Crianças com Disfunções Neuromotoras: O Uso de instrumentos standardizados na clínica da Terapia Ocupacional. **Anais do X Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional**, Goiânia, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília, DF, 1990.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using Thematic Analysis in Psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v.3, p.77-101, 2006.

BUNDY, A. Evidence to Practice Commentary: Beware the Traps of Play Assessment. **Physical & Occupational Therapy in Pediatrics**, New York, v. 30, n. 2, p. 98-100, 2010.

CAMARGO, B.; KURASHIMA, A.Y. Considerações em Oncologia Pediátrica. In: CAMARGO, B.; KURASHIMA, A.Y. (Orgs.) **Cuidados Paliativos em Oncologia Pediátrica**. São Paulo: Lemar, 2007. p.25-37.

CAMARGO, B. et al. O Tratamento Multidisciplinar das Neoplasias na Infância. In: CAMARGO, B; LOPES, L.F. (Orgs.) **Pediatria Oncológica: Noções Fundamentais para o Pediatra**. São Paulo: Lemar, 2000, p. 215 – 229.

CAMERON, H. Asking the tough questions: a guide to ethical practices in interviewing young children. **Early Child Development and Care**, v.175, n. 6, p.597-610, 2005.

CAMPOS, E.M.P. et al. Intervenção em grupo: experiência com mães de crianças com câncer. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n.3, 2007.

CAPONERO, R.; LAGE, L.M. Quimioterapia. In: CARVALHO, V.A. et al. (Orgs.) **Temas em Psico-Oncologia**. São Paulo: Summus, 2008. p. 155-167.

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

CARVALHO, A.M.A. et al. O uso de entrevistas em estudos com crianças. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 2, p. 291-300, 2004.

CARVALHO, T.S.E; PFEIFER, L.I. Enfermaria de Pediatria: Unidade Campus. In: UCHÔA-FIGUEIREDO, L.R; NEGRINI, S.F.B.M (Orgs.) **Terapia Ocupacional: Diferentes Práticas em Hospital Geral**. Ribeirão Preto: Legis Summa, 2009. p.63-72.

CASTRO, D.P. et al. Brincar como instrumento terapêutico. **Pediatria**, São Paulo, v.32, n.4, p. 246-254, 2010.

CHALLINOR, J. Aspectos Educacionais. In: CAMARGO, B.; KURASHIMA, A.Y. (Orgs.) **Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: o cuidar além do curar**. São Paulo: Lemar, 2007. p.122–134.

CICOGNA, E.C. **Crianças e adolescentes com câncer: experiências com a quimioterapia**. 2009. 143 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

CICOGNA, E.C.; NASCIMENTO, L.C.; LIMA, R.A.G. Crianças e adolescentes com câncer: experiências com a quimioterapia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.18, n.5, p. 869-872, 2010.

COHEN, R.H.P.; FARIA, M.F.; MAGNAN, V.C. Projeto Brincante: o brincar no ambiente hospitalar. In: MATTOS, C.A. & HEINSIUS, A.M. (Orgs.) **Psicomotricidade na saúde**. Rio de Janeiro: Walk Editora, 2010.

COSTA, C.M.L.; CAMARGO, B. Tumores Abdominais. In: CAMARGO, B; LOPES, L.F. (Orgs.) **Pediatria Oncológica: Noções Fundamentais para o Pediatra**. São Paulo: Lemar, 2000. p. 119 – 134.

COSTA, J.C.; LIMA, R.A.G. Crianças/adolescentes em quimioterapia ambulatorial: implicações para a enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.3, p. 321-333, 2002.

COUTO, L.L.; OLIVEIRA, I.C.S. (Con)vivência Familiar do Escolar em Controle da Doença Oncológica: Perspectivas para a Enfermagem Pediátrica. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 58, n.1, p.57-66, 2012.

CRUZ, D.M.C.; PFEIFER, L. I. Revisão de literatura sobre o brincar de crianças com paralisia cerebral nas três últimas décadas. **Arquivos Brasileiros de Paralisia Cerebral**, v.2, n.5, p.4-13, 2006.

DANG-TAN, T.; FRANCO, E.L. Diagnosis delays in childhood cancer: a review. **Cancer**, Philadelphia, v.110, n.4, p.703-13, 2007.

DALFOVO, M.S.; LANA, R.A.; SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v.2, n.4, p.1-13, 2008.

DENDER, A.; STAGNITTI, K. Development of the Indigenous Child-Initiated Pretend Play Assessment: Selection of play materials and administration. **Australian Occupational Therapy Journal**, Melbourne, v.58, n.1, p.34-42, 2011.

DIEFENBACH, G.D.F. **Dor em oncologia: percepção da família da criança hospitalizada**. 2011. 130 f. Dissertação (mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

DIEFENBACH, G.D.F.; MOTTA, M.G.C. O cuidar em enfermagem: família e criança com dor oncológica. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.17, n.3, p.458-463, 2012.

DIEHL, A.A. **Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas**. São Paulo: Prentice Hall, 2004. 200p.

FALBO, B.C.P. et al. Estímulo ao desenvolvimento infantil: produção do conhecimento em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.65, n.1, p.148-154, 2012.

FERLAND, F. **O Modelo Lúdico: o brincar, a criança com deficiência física e a terapia ocupacional**. 3.ed. São Paulo: Roca, 2006. 171p.

FERRARI, R.; ALENCAR, G.B.; VIANA, D.V. Análise das produções literárias sobre o uso do brinquedo terapêutico nos procedimentos clínicos infantis. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v.3, n.2, p. 660-673, 2012.

FERREIRA, A.S.S. et al. Disgerminoma cerebral. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 35, n. 3, p. 241-245, 2009.

FINK, N.; STAGNITTI, K.; GALVIN, J. Pretend play of children with acquired brain injury: an exploratory study. **Developmental Neurorehabilitation**, London, v.15, n.5, p.336-342, 2012.

FLEISS, J.L. **Statistical methods for rates and proportions**. New York: John Wiley & Sons, 1981. 800p.

FREIRE, M.C.B.; PETRILI, A.S.; SONSOGNO, M.C. Humanização em Oncologia Pediátrica: novas perspectivas na assistência ao tratamento do câncer infantil. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v.43, n.5, p.225-36, 2007.

FROTA, M.A. et al. Reflexão sobre políticas públicas e estratégias na saúde integral da criança. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v.1, n.3, p.129-132, 2010.

FURRER, A.A.; OSÓRIO, C.A.M.; JÚNIOR, P.S. Tumores de Sistema Nervoso Central na Infância. In: CAMARGO, B; LOPES, L.F. (Orgs.) **Pediatria Oncológica: Noções Fundamentais para o Pediatra**. São Paulo: Lemar, 2000. p. 175 – 188.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 9.ed. São Paulo: Atlas, 2008. 200p.

_____. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999. 216p.

GOMES, I.L.V.; CAETANO, R.; JORGE, M.S.B. Conhecimento dos profissionais de saúde sobre os direitos da criança hospitalizada: um estudo exploratório. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 463-470, 2010.

GOMES, I.P. **Influência do ambiente na percepção das crianças em quimioterapia ambulatorial**. 2011. 160 f. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011.

GOMES, J.F.; MORAES, D.E.B.; MOTTA, I.F. O brincar em crianças obesas: um estudo de crianças em tratamento ambulatorial. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, São Bernardo do Campo, v.19, n.1-2, p.51-59, 2011.

GOULART, C.M.T.; SPERB, T.M. Histórias de criança: as narrativas de crianças asmáticas no brincar. **Psicologia Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v.16, n.2, p.355-365, 2003.

GRABOIS, M.F.; OLIVEIRA, E.X.G.; CARVALHO, M.S. Childhood cancer and pediatric oncologic care in Brazil: access and equity. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.9, p.1711-1720, 2011.

GREEN, C.S. et al. Entendendo as necessidades das crianças através do brinquedo terapêutico. **Nursing**, São Paulo, v.4, n.10, p.31-32, 1974.

GRUPO DE APOIO À CRIANÇA COM CÂNCER DE RIBEIRÃO PRETO. Disponível em: <<http://www.gaccrbeiraopreto.com.br/index.php>>. Acesso em: 11 dez. 2012.

HAIMI, M.; PERETZ-NAHUM, M.; BEM-ARUSH, M.W. Delay in diagnosis of children with cancer: a retrospective study of 315 children. **Pediatric Hematology and Oncology**, London, v.21, p.37-48, 2004.

HENDERSHOT, E. Solid tumor. In: TOMLINSON, D.; KLINE, N.E. (Orgs.) **Pediatric oncology nursing: advanced clinical handbook**. Heidelberg: Springer, 2010. p. 59-140.

HIGA, E.F.R.; COSTA, T.F. A importância da brinquedoteca na humanização da assistência oncológica infantil. In: CHACON, M.; MARIN, M.J.S. (Orgs.) **Educação e Saúde de Grupos Especiais**. Marília: Cultura Acadêmica Editora, 2012. p.101-112.

HOSPITAL A.C.CAMARGO-a. **Rabdomiossarcoma**. Disponível em: <http://www.accamargo.org.br/tudo-sobre-o-cancer/rabdomiossarcoma/35/>. Acesso em: 08 nov. 2013.

HOSPITAL A.C.CAMARGO-b. **Sarcoma de Ewing**. Disponível em: <http://www.accamargo.org.br/tudo-sobre-o-cancer/sarcoma-de-ewing/36/>. Acesso em: 11 nov. 2013.

HOSPITAL A.C.CAMARGO-c. **Tumor de Wilms**. Disponível em: <http://www.accamargo.org.br/tudo-sobre-o-cancer/tumor-de-wilms/39/>. Acesso em: 08 nov. 2013.

HOLANDA, E.R.; COLLET, N. Escolarização da criança hospitalizada sob a ótica da família. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.21, n.1, p.34-42, 2012.

HOWARD, S.C. Childhood Cancer Epidemiology in Low-Income Countries. **Cancer**, Philadelphia, v.112, n.3, 2008.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2012**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Tipos de câncer**. 2007. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/infantil>>. Acesso em: 11 dez. 2012.

KELLIE, S.J.; HOWARD, S.C. Global child health priorities: what role for paediatric oncologists? **European Journal of Cancer**, Oxford, v.44, p.2388-96, 2008.

KICHE, M.T.; ALMEIDA, F.A. Brinquedo terapêutico: estratégia de alívio da dor e tensão durante o curativo cirúrgico em crianças. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.22, n.2, p.125-30, 2009.

KIELHOFNER, G. et al. Self-reports: Eliciting client's perspectives. In: KIELHOFNER, G. (Org.) **Model of Human Occupation**: Theory and Application. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2008. p. 237-261.

KLEIN, M. **Contribuições à Psicanálise**. São Paulo: Mestre Jou, 1970. 539p.

KOVÁCS, M.J. Bioética nas questões da vida e da morte. **Psicologia USP**, São Paulo, v.14, p.115-167, 2003-a.

_____. **Educação para a morte**: desafio na formação de profissionais de saúde e educação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003-b. 178p.

_____. Educadores e a morte. **Psicologia Escolar e Educacional**, Maringá, v.16, n.1, p. 71-81, 2012.

KRULL, K.R. et al. Reliability and Validity of the Childhood Cancer Survivor Study Neurocognitive Questionnaire. **Cancer**, Philadelphia, v.113, n. 8, 2008.

KUDO, A.M. et al. Construção do instrumento de avaliação de terapia ocupacional em contexto hospitalar pediátrico: sistematizando informações. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v.20, n.2, p.173-181, 2012.

LAGES, M.G.G. et al. Estratégias de Enfrentamento de Enfermeiros frente ao Paciente Oncológico Pediátrico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 57, n.4, p. 503-10, 2011.

LATORRE, M.R.D.O. Epidemiologia dos tumores na infância. In: CAMARGO, B; LOPES, L.F. (Orgs.) **Pediatria Oncológica: Noções Fundamentais para o Pediatra**. São Paulo: Lemar, 2000. p. 7 – 26.

LEITE, T.M.C.; SHIMO, A.K.K. O brinquedo no hospital: uma análise da produção acadêmica dos enfermeiros brasileiros. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.11, n.2, p.343–350, 2007.

LEMO, F.A.; LIMA, R.A.G.; MELLO, D.F. Assistência à criança e ao adolescente com câncer: a fase da quimioterapia intratecal. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n.3, p.485-493, 2004.

LIMA, L.L. et al. Rbdomiossarcoma alveolar cutâneo primário em paciente pediátrico. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v.86, n.2, p.363-365, 2011.

LIMA, M.S.; ALMOHALHA, L. Desvelando o papel do terapeuta ocupacional na oncologia pediátrica em contextos hospitalares. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v.22, n.2, p.172-181, 2011.

LIMA, R.B. **O dispositivo conto de fadas na clínica com crianças que apresentam déficit de simbolização**. 2010. 117f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2010.

LOPES, L.F.; BIANCHI, A.B. Os efeitos tardios do tratamento do câncer infantil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.46, n.3, p. 277-284, 2000.

LOPES, L.F.; CAMARGO, B. Tumores Ovarianos e Testiculares. In: CAMARGO, B; LOPES, L.F. (Orgs.) **Pediatria Oncológica: Noções Fundamentais para o Pediatra**. São Paulo: Lemar, 2000. p. 135-147.

LOPES, L.F; MENDES, W.L. Leucemias na Infância. In: CAMARGO, B; LOPES, L.F. (Orgs.) **Pediatria Oncológica: Noções Fundamentais para o Pediatra**. São Paulo: Lemar, 2000. p. 109 – 118.

MACHADO, M.F.A.S. et al. Integralidade, formação em saúde, educação em saúde e as propostas do SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.335-342, 2007.

MATASAR, J.M.; ZELENETZ, A.D. Overview of lymphoma Diagnosis and Management. **Radiologic Clinics of North America**, Philadelphia, v, 46, n.2, p.175–198, 2008.

McALONEY, K; STAGNITTI, K. Pretend play and social play: The concurrent validity of the Child-Initiated Pretend Play Assessment. **International Journal of Play Therapy**, Clovis, v.18, n.2, p.99-113, 2009.

MELNYK, B. M. Intervention studies involving parents of hospitalized young children: An analysis of the past and future recommendations. **Journal of Pediatric Nursing**, Philadelphia, v.15, p. 4-13, 2000.

MELO, L.L. **Do vivendo para brincar ao brincando para viver: o desvelar da criança com câncer em tratamento ambulatorial na brinquedoteca**. 2003. 168 f. Tese (Doutorado) - Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 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**, São Paulo, v.44, n.2, p.517-525, 2010.

MENEZES, C.N.B. et al. Câncer infantil: organização familiar e doença. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, Fortaleza, v.VII, n.1, p.191-210, 2007.

MENOSSE, M.J.; LIMA, R.A.G.; CORRÊA, A.K. A dor e o desafio da interdisciplinaridade no cuidado à criança. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 3, p. 489-494, 2008.

MITRE, R.M.A.; GOMES, R. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p.147-54, 2004

MOMBELLI, M.A. et al. Estrutura e suporte familiar como fatores de risco de stress infantil. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.28, n.3, p.327-335, 2011.

MORAES, R. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

MOREIRA, G.M.S. **A criança com câncer vivenciando a reinserção escolar**: estratégia de atuação de um psicólogo. 2001. 137f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

MOULES, N.J. et al. Grandparents' Experiences of Childhood Cancer, Part 1 : Doubled and Silenced. **Journal of Pediatric Oncology Nursing**, Philadelphia, v. 29, n.3, p.119-132, 2012.

MUNHÓZ, M.A.; ORTIZ, L.C.M. Um estudo da aprendizagem e desenvolvimento de crianças em situação de internação hospitalar. **Educação**, Santa Maria, v.XXIX, n.58, p.65-83, 2006.

MUTTI, C.F.; PAULA, C.C.; SOUTO, M.D. Assistência à saúde da criança com câncer na produção científica brasileira. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 56, n.1, p.71-83, 2010.

NASCIMENTO, L.C. et al. Crianças com câncer e suas famílias. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 469-474, 2005.

NAVES, J.F. **Valiação de qualidade de vida e bem-estar subjetivo em oncologia: um estudo com sobreviventes de câncer ósseo**. 2013. 148f. Dissertação (mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

NÓBREGA, R.D. et al. Criança em idade escolar hospitalizada: significado da condição crônica. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.19, n.3, p.425-433, 2010-a.

NÓBREGA, V.M. et al. Rede e apoio social das famílias de crianças em condição crônica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v.12, n.3, p.431-440, 2010-b.

O'CONNOR, C.; STAGNITTI, K. Play, behaviour, language and social skills: the comparison of a play and a non-play intervention within a specialist school setting. **Research in Developmental Disabilities**, Elmsford, v.32, n.3, p.1205-1211, 2011.

OEFFINGER, K.C.; NATHAN, P.C.; KREMER, L.C. Challenges after curative treatment for childhood cancer and long-term follow up of survivors. **Hematology/Oncology Clinics of North America**, Philadelphia, v. 24, n.1, p.129-149, 2010.

OLIVEIRA, M.A.; NAKANO, T.C. Revisão de pesquisas sobre criatividade e resiliência. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v.19, n.2, p. 467-479, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **CIF** – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Organização Mundial da Saúde, 2003. 217 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **CIF-CJ** – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: versão para Crianças e Jovens. Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a família de Classificações Internacionais em Português, 2011. 312 p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Manual do Desenvolvimento Infantil no Contexto do AIDPI. Washington: OPAS; 2005.

ORIÁ, M.O.B.; MORAES, L.M.P.; VICTOR, J.F. A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 6, p. 292-97, 2004.

OTHERO, M.B. Terapia ocupacional em oncologia. In: CARVALHO, V.A. et al. (Orgs.). **Temas em psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008. p. 456-464.

PACCIULIO, A. M. **Estratégias de enfrentamento do tratamento quimioterápico na perspectiva de crianças com câncer hospitalizadas**. 2012. 120f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

PACCIULIO, A. M.; PFEIFER, L. I.; SANTOS, J. L. F. Preliminary reliability and repeatability of the Brazilian version of the Revised Knox Preschool Play Scale. **Occupational Therapy International**, London, v.17, n.2, p. 74-80. 2010.

PACHECO, R.C.S.; TOSTA, K.C.B.T.; FREIRE, P.S. Interdisciplinaridade vista como um processo complexo de construção do conhecimento: uma análise do Programa de Pós-Graduação EGC/UFSC. **RBPG**, Brasília, v.7, n.12, p.136-159, 2010.

PAN, R. et al. Caracterização das internações hospitalares de crianças e adolescentes com neoplasias. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19, n.6, 8 telas, 2011.

PARCIANELLO, A.T; FELIN, R.B. E agora doutor, onde vou brincar? Considerações sobre a hospitalização infantil. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n.28, p. 147-166, 2008.

PATERLINI, A.C.C.R.; BOEMER, M.R. A reinserção escolar na área de oncologia infantil - avanços & perspectivas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.10, n.4, p.1152-1158, 2008.

PAULA, E.M.A.T.; FOLTRAN, E.P. Brinquedoteca hospitalar: direito das crianças e adolescentes hospitalizados. **Revista Conexão UEPG**, Ponta Grossa, v.3, n.1, 2007.

PERINA, E.; MASTELLARO, M.J.; NUCCI, N.A.G. Efeitos tardios do tratamento do câncer na infância e adolescência. In: CARVALHO, V.A. et al. (Orgs.). **Temas em Psico-Oncologia**. São Paulo: Summus, 2008. p. 496-504.

PFEIFER, L.P.; CRUZ, D.M.C. Avaliações do brincar e suas evidências para a prática do terapeuta ocupacional no campo da educação especial. In: ALMEIDA, M.A.; MENDES, E.G.; HAYASHI, M.C.P.I. (Orgs.). **Temas em educação especial: múltiplos olhares**. Araraquara: Junqueira & Marin, 2008. p. 403– 412.

PFEIFER, L.I.; MARTINS, Y.D.; SANTOS, J.L.F. A influência socioeconômica e de gênero no lazer de adolescentes. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, v. 26, p. 427-32, 2010.

PFEIFER, L. I.; MITRE, R. M. A. Terapia Ocupacional, dor e cuidados paliativos na atenção à infância. In: DE CARLO, M. M. R. P.; QUEIROZ, M. E. G. (Orgs.) **Dor e cuidados paliativos: Terapia Ocupacional e interdisciplinaridade**. São Paulo: Roca, 2008. p.258 - 287.

PFEIFER, L.I. et al. Cross-cultural adaptation and reliability of Child-Initiated Pretend Play Assessment (ChIPPA). **Canadian Journal of Occupational Therapy**, Toronto, v. 78, p. 187-195, 2011-a.

PFEIFER, L.I. et al. Pretend play of children with cerebral palsy. **Physical and Occupational Therapy in Pediatrics**, New York, v.31, n.4, p.1-13, 2011-b.

PIAGET, J; INHELDER, B. **A psicologia da criança**. São Paulo: DIFEL, 1982. 144p.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Nursing research: Principles and methods**. 7.ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2004. 816p.

PONTES, C.M.; KURASHIMA, A.Y. Criança com câncer: revisão de literatura sobre sinais e sintomas presentes na fase de cuidados paliativos. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**, São Paulo, v.9, n.1, p.27-31, 2009.

RANGEL, R.F. et al. Concepções de docentes de enfermagem sobre integralidade. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 13, n.3, p.514-521, 2012.

REIS, L.S. et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre humanização em unidade de tratamento intensivo neonatal e pediátrica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.34, n.2, p.118-124, 2013.

REIS, N.M.M.; REZENDE, M.B. Adaptações para o brincar. In: CAVALCANTI, A e GALVÃO, C. (Orgs.) **Terapia Ocupacional: Fundamentação e Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p.338-344.

REZENDE, A.M. **Compreendendo o adolescente com câncer: vivências da doença**. 2011. 78 f. Dissertação (mestrado) - Programa de Pós - Graduação em Ciências da Saúde, Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, 2011.

RIBEIRO, C.; ANGELO, M. O significado da hospitalização para a criança pré-escolar: um modelo teórico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.39, n.4, p.391-400, 2005.

RIBEIRO, P.J.; SABATÉS, A.L.; RIBEIRO, C.A. Utilização do brinquedo terapêutico como um instrumento de intervenção de enfermagem no preparo de crianças submetidas à coleta de sangue. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 35, n.4, p.420-428, 2001.

ROCHA, E.F.; MELLO, M.A.F. O sentido do corpo e da intervenção hospitalar. In: DE CARLO, M.M.R.P.; LUZO, M.C.M. (Orgs.) **Terapia Ocupacional: Reabilitação Física e Contextos Hospitalares**. São Paulo: Roca, 2004. p. 29 – 46.

ROCHA, M.A.; SOUZA, L.K. A visão das crianças sobre o lazer. **Licere**, Belo Horizonte, v.15, n.4, 2012.

ROZA, E.S. **Quando brincar é dizer**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. 151p.

SALVAGNI, A. et al. Reflexões acerca da abordagem da morte com crianças. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, São Bernardo do Campo, v.21, n.2, p.48-55, 2013.

SANT’ANNA, M. M. M.; BLACOVÍ-ASSIS, S. M.; MAGALHÃES, L. C. Adaptação transcultural dos protocolos de avaliação do Modelo Lúdico. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v.19, n.1, p. 34-47, 2008.

SIEGEL, S.; CASTELLAN, N. J. **Estatística não paramétrica para as ciências do comportamento**. Porto Alegre: Artmed, 2006. 448 p.

SILVA, A. M.; GALLEGÓ, E.T.; TEIXEIRA, M.C.T.V. Habilidades intelectuais de crianças com câncer e crianças não portadoras da doença. **Avaliação Psicológica**, Itatiba, v. 5, n. 1, p. 33-41, 2006.

SILVA, G. M. **Compreendendo a escolaridade de crianças com câncer: visão de mães, professores e colegas assistidos por um programa de reinserção escolar**. 2006. Tese (doutorado) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

SILVA, L.F. **Significado do brincar para a família de crianças em tratamento oncológico: implicações para o cuidado de enfermagem**. 2012. 144f. Tese (doutorado) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

SILVA, L.F.; CABRAL, I.E.; CHRISTOFFEL, M.M. O Brincar na Vida do Escolar com Câncer em Tratamento Ambulatorial: Possibilidades para o Desenvolvimento. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v.18, n.3, p.275-287, 2008.

SILVA, L.S.P. Brincadeira de faz de conta: caminho para conhecer o mundo. **Temas sobre desenvolvimento**, São Paulo, v.11, n. 64, p.42-47, 2002.

SILVA, T.B.S.S. Intervenção Precoce: **Análise Qualitativa de Perfis de Funcionalidade: um contributo da CIF CJ**. 2011. 77f. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto, 2011.

SOARES, M.V.B.; FORSTER, A.C.; SANTOS, M.A. Caracterização das Casas de Apoio a portadores de HIV/Aids em Ribeirão Preto (São Paulo, Brasil) e suas práticas de administração. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 12, n. 24, p. 169-180, 2008.

SOARES, S.A. **Um estudo sobre a agressividade na escola atual: casos de bullying**. 2012. 35f. Monografia (Conclusão de Curso) – Universidade Estadual da Paraíba, Guarabira, 2012.

SOUZA, L.P.S. et al. Câncer infantil: sentimentos manifestados por crianças em quimioterapia durante sessões de brinquedo terapêutico. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 13, n.3, p.686-692, 2012.

SPEYER, E. et al. Agreement between children with cancer and their parents in reporting the child's health-related quality of life during a stay at the hospital and at home. **Child: Care, Health and Development**, Oxford, v.35, n.4, p.489-495, 2009.

SPOSITO, A.M.P.; PFEIFER, LI.; SANTOS, J.L.F. Adaptação Transcultural da Escala Lúdica Pré-Escolar de Knox Revisada para Uso Junto à População Brasileira. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 16, n.2, p. 149-160, 2012.

STAGNITTI, K. **Child-Initiated Pretend Play Assessment**. Co-ordinates Therapy Publications: Melbourne Australia, 2007.

STAGNITTI, K.; JELLIE, L. **Play to Learn. Building literacy skills**. Curriculum Corporation: Melbourne Australia, 2006.

STAGNITTI, K; O'CONNOR, C.; SHEPPARD, L. Impact of the Learn to Play program on play, social competence and language for children aged 5-8 years who attend a specialist school. **Australian Occupational Therapy Journal**, Melbourne, v.59, n.4, p.302-311, 2012.

STAGNITTI, K., UNSWORTH, C. The Importance of Pretend Play in Child Development: An Occupational Therapy Perspective. **British Journal of Occupational Therapy**, London, v.63, n.3, p. 121-127, 2000.

STAGNITTI, K., UNSWORTH, C.; RODGER, S. Development of an assessment to identify play behaviours that discriminate between the play of typical preschoolers and preschoolers with pre-academic problems. **Canadian Journal of Occupational Therapy**, Toronto, v. 67, p. 291-303, 2000.

SWINDELLS, D.; STAGNITTI, K. Pretend play and parents' view of social competence: the construct validity of the Child-Initiated Pretend Play Assessment. **Australian Occupational Therapy Journal**, Melbourne, v. 53, p. 314-324, 2006.

TAKATA, N. Play as a prescription. In: REILLY, M. (Org.). **Play as exploratory learning**. Beverly Hills: Sage Publications, 1974. p. 209-246.

TORRES, W.C. **A criança diante da morte: desafios**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. 184 p.

UREN, N.; STAGNITTI, K. Pretend play, social competence and involvement in children aged 5-7 years: the concurrent validity of the Child-Initiated Pretend Play Assessment. **Australian Occupational Therapy Journal**, Melbourne, v.56, n.1, p. 33-40, 2009.

VASCONCELOS, R.F.; ALBUQUERQUE, V.B.; COSTA, M.L.G. Reflexões da Clínica Terapêutica Ocupacional junto à Criança com Câncer na Vigência da Quimioterapia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.52, n.2, p. 129-137, 2006.

VENDRAMINI-ZANELLA, D.A.; LIBERALI, F.C. Brincar no hospital: uma produção criativa na formação de alunos-educadores. **Linguagem & Ensino**, Pelotas, v.14, n.1, p.93-113, 2011.

VENDRUSCOLO, J. Visão da criança sobre a morte. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.38, n.1, p.26-33, 2005.

VERGARA, S.C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2000. 104 p.

VYGOTSKY, L. S. **A formação social da mente**. São Paulo: Cortez, 1991. 224 p.

WALDOW, V.R. **Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem**. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 2007. 192 p.

WECHSLER, S.M. **Criatividade**: descobrindo e encorajando. Campinas: IDB, 2008. 447p.

WILSON, M.E. et al. The voices of children: stories about hospitalization. **Journal of Pediatric Health Care**, St Louis, v. 24, n.2, p.95-102, 2010.

WINNICOTT, D.W. **Privação e Delinquência**. São Paulo: Martins Fontes, 1987. 344p.

WU, P.K. et al. Primary osteogenic sarcoma with pulmonary metastasis: clinical results and prognostic factors in 91 patients. **Japanese Journal of Clinical Oncology**, Tokyo, v.39, n.8, p.514-522, 2009.

YOSHIDA, F.M. **O professor de alunos com leucemia**. 2006. 48f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Centro de Pós-Graduação Lato Sensu, Faculdades Integradas Campos Salles, São Paulo, 2006.

ZAMBERLAN, M.A.T.; BIASOLI-ALVES, Z.M.M. **Interações familiares**: teoria, pesquisa e subsídios à intervenção. Londrina: Editora da Universidade Estadual de Londrina, 2008. 234p.

APÊNDICES**APÊNDICE A – Informações relevantes dos prontuários**

- Nome da criança: _____

- Idade (data de nascimento): _____

- Procedência: _____

() Ribeirão Preto () cidades da DRS XIII () outras cidades do estado de São Paulo ()
outros estados do Brasil

- Diagnóstico: _____

- Tempo de tratamento: _____

- Etapa do tratamento: () cuidado curativo
 () pré-transplante autólogo
 () pós-transplante autólogo
 () pré-transplante alogênico
 () pós-transplante alogênico
 () manutenção
 () cuidado paliativo

Data da coleta de dados: ____/____/____

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação em pesquisa científica

Nome do responsável pela criança: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

Eu, Nathália Rodrigues Garcia Schinzari, estou convidando seu filho a participar da pesquisa intitulada “**Análise do brincar de faz de conta de crianças pré-escolares com câncer em diferentes contextos**”, a qual tem por objetivo analisar o faz de conta de crianças pré-escolares (4 a 7 anos) com câncer, acreditando-se ser importante para auxiliá-las a lidar com seu adoecimento de forma mais adequada possível. Caso você aceite participar, seu filho será convidado a brincar, haverá alguns brinquedos e ele poderá brincar como quiser, não implicando em nenhum prejuízo e nem afetando sua rotina hospitalar. Será observado como o seu filho brinca, quais brinquedos ele utiliza, que temas ele utiliza durante a brincadeira e como é seu comportamento durante o brincar. A avaliação durará 30 minutos, será filmada e serão tiradas algumas fotos e, portanto, peço sua autorização para eu realizar as filmagens e fotografias durante a avaliação do brincar do seu filho para que estas sejam utilizadas para fins científicos e para que outros pesquisadores a assistam.

1. **DESCONFORTOS OU RISCOS ESPERADOS:** o seu filho não será submetido a risco durante a coleta dos dados, pois se trata apenas da utilização de um instrumento de avaliação (Avaliação do Faz de conta Iniciado pela Criança – ChIPPA).
2. **INFORMAÇÕES:** o (a) senhor(a) tem a garantia de que receberá a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida quanto aos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados à pesquisa. Estas informações serão submetidas por mim a qualquer momento que for solicitado.
3. **RETIRADA DO CONSENTIMENTO:** o(a) senhor(a) tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e fazer com que seu filho deixe de participar deste estudo, não havendo nenhum prejuízo ao atendimento dele no Hospital das Clínicas.
4. **ASPECTO LEGAL:** Este projeto foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto e qualquer dúvida que o(a) senhor(a) tenha poderá entrar em contato pelo telefone (16) 3602-2228.
5. **GARANTIA DO SIGILO:** as informações obtidas nesta pesquisa não serão de maneira alguma divulgadas com a identidade de seu filho. Estas informações poderão ser utilizadas para fins estatísticos ou científicos, desde que fiquem resguardadas a privacidade e anonimato de seu filho.
6. **LOCAL DA PESQUISA:** a pesquisa será desenvolvida na Enfermaria de Onco-Hematologia Pediátrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da

Universidade de São Paulo (HCFMRP – USP), no ambulatório de Oncologia Pediátrica do HCFMRP-USP (localizados à Av. dos Bandeirantes, 3.900, campus da USP) e no Grupo de Apoio à Criança com Câncer de Ribeirão Preto (localizado à rua Professor Pedreira de Freitas, 06, campus da USP).

7. BENEFÍCIOS: ao participar desta pesquisa o seu filho não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes a respeito da análise do faz de conta de crianças pré-escolares (4 a 7 anos) com câncer hospitalizadas.
8. PAGAMENTO: o seu filho não terá nenhum tipo de despesa por participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.
9. CONTATO DOS PESQUISADORES: Prof. Dra. Luzia Iara Pfeifer; Endereço: Av. dos Bandeirantes, 3.900; Telefone: (16) 3602-4414 e Nathália Rodrigues Garcia; Endereço: Av. dos Bandeirantes, 3.900; (16) 3442-2492.
10. CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO:

Eu, _____, após a leitura e compreensão deste termo de informação e consentimento, entendo que a participação de meu/minha filho (a) é voluntária e que este (a) pode sair a qualquer momento do estudo, sem prejuízo algum. Confirmo que recebi uma cópia desse termo de consentimento e autorizo: a execução do trabalho de pesquisa; a filmagem e fotografias do processo de avaliação do brincar e que estas sejam vistas por outros pesquisadores; e a divulgação dos dados obtidos neste estudo no meio científico.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 201__.

Assinatura do responsável pelo participante

Assinatura do pesquisador responsável

ANEXO B – Folha de Pontuação – ChIPPA

Sessão do brincar imaginativo-convencional Cálculo da Pontuação PEPA

Cálculo da Pontuação da Porcentagem de Ações Elaboradas no Faz de conta:

Total de Ações =

Ações elaboradas =

Porcentagem = $\frac{\text{ações elaboradas}}{\text{total de ações}} \times 100 =$

Porcentagem de Ações Elaboradas no Faz de conta (PEPA):

Número de Substituições do Objeto (NOS):

Número de Ações Imitadas (NIA):

Sessão do brincar simbólico Cálculo da Pontuação PEPA

Cálculo da Pontuação da Porcentagem de Ações Elaboradas no Faz de conta:

Total de Ações =

Ações elaboradas =

Porcentagem = $\frac{\text{ações elaboradas}}{\text{total de ações}} \times 100 =$

Porcentagem de Ações Elaboradas no Faz de conta (PEPA):

Número de Substituições do Objeto (NOS):

Número de Ações Imitadas (NIA):

RESUMO DA PONTUAÇÃO DA AVALIAÇÃO ChIPPA

Nome da Criança: _____

	Pontuação Bruta	Pontuação Padrão	
PEPA Convencional (brincar imaginativo-convencional)			
PEPA simbólico			
PEPA combinado (PEPA convencional + PEPA simbólico)			
NOS (brincar imaginativo-convencional)		*	
NOS simbólico			
NOS combinado (NOS convencional + NOS simbólico)			
NIA (brincar imaginativo-convencional)		*	
NIA simbólico		*	
NIA combinado (NIA convencional + NIA simbólico)		*	

Recomendações

ANEXO C – Folha de Observações Clínicas e Observações Gerais

Observações Clínicas Avaliação do Faz de conta Iniciado pela Criança Crianças de 4 - 7a11m

Nome da criança: _____

Anotação:

CI = sessão do brincar imaginativo-convencional

S = sessão do brincar simbólico

Onde esses símbolos aparecerem, por favor circule as sessões relevantes.

Circule a observação relevante na coluna indicada.

Observação	Indicadores do brincar típico	Indicadores do brincar deficitário	Comentários
Tempo			
A criança termina cada segmento do brincar (ou seja, cada segmento de 5 minutos).	Sim	Não	
Se NÃO na afirmação acima, responda as seguintes:			
A criança termina mais do que 4 minutos mais cedo.	Não	Sim	
A criança completa a sessão imaginativo-convencional.	Sim	Não	
A criança completa a sessão simbólica.	Sim	Não	
A criança completa o primeiro segmento de 15 minutos	Sim	Não IC S	
A criança completa o último segmento de 15 minutos.	Sim	Não IC S	
A criança utiliza consistentemente temas de brincadeiras imaturos para o desenvolvimento. Por exemplo, a criança apenas utiliza temas domésticos simples de uma maneira repetitiva.	Não	Sim	
A criança mostra evidência de utilização de temas no brincar na: Sessão imaginativo-convencional Sessão simbólica	Sim Sim	Não Não	
A criança se envolve emocionalmente com o examinador durante as sessões do brincar.	Sim	Não	
A criança copia ações demonstradas ao invés de utilizar suas próprias ideias. (Anotação: a pontuação da folha deve ter várias setas e/ou ações imitativas).	Não	Sim	

A criança avança no tempo da brincadeira.	Sim	Não	
A criança inicia idéias do faz de conta antes do segmento em que as ações são demonstradas.	Sim	Não IC S	
A criança pergunta o que fazer várias vezes.	Não	Sim	
A criança desenvolve uma história depois da criação de um cenário (por exemplo, criação de uma cena na fazenda).	Sim	Não	
A criança tem uma narrativa na sessão imaginativo-convencional.	Sim	Não	
A criança tem uma narrativa na sessão simbólica	Sim	Não	
A narrativa do brincar é em pequenos flashes (ou seja, nunca há mais do que uma sequência de 4 'e's).	Não	Sim IC S	
A criança recita uma parte de história e/ou desenho infantil (utiliza modelos para suas estórias durante o brincar)	Não	Sim IC S	
A criança utiliza uma boneca como uma participante ativa da brincadeira.	Sim	Não	
Há evidência de referência a objetos abstratos.	Sim	Não	
Há evidência de referência de atributos aos personagens (ex: bravo, cansado, surpreso, etc.)	Sim	Não	
A criança traz brinquedos da outra sessão.	Não, de modo algum Sim, objetos não estruturados levam ao IC.	Sim. O conjunto de brinquedos é trazido com objetos de S.	
A criança fala sobre a brincadeira ao longo da sessão do brincar.	Sim Não		
<p>ESTILO DO BRINCAR</p> <p>Nem todas as crianças irão mostrar um estilo de brincar no ChIPPA.</p> <p>Se a criança apresentar um estilo, indique qual o estilo de brincar. Isso pode ajudar no planejamento da intervenção.</p> <p>Qual perfil melhor descreveria o brincar da criança (por favor, circule)</p> <p>Perfis típicos do brincar</p> <p>Perfil da brincadeira baseada em narrativa</p> <p>Perfil de engenheiro na brincadeira</p> <p>Perfil de brincadeira físico-experimental</p>	COMENTÁRIOS		

Perfil de brincadeira da Síndrome de Barbie	
---	--

Observações Gerais

Postura da criança no brincar

(Ex: a criança caiu ao sentar-se no chão. Deitou-se no chão de vez em quando.)

Temas do brincar da criança

(Ex: Os temas no brincar imaginativo convencional limitam-se a colocar animais no caminhão e dirigir. Nenhum tema evidente no brincar simbólico.)

Organização da criança no brincar

(Ex: Criança mal organizada no brincar. Precisou de modelo para organizar ações no brincar.)

Outros comentários

(Ex: Criança com atraso na linguagem – recomenda-se avaliação de fonoaudiólogo.)

ANEXO D – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Ribeirão Preto, 04 janeiro de 2012

Ofício nº 42/2012
CEP/MGV

Prezadas Senhoras,

O trabalho intitulado “**ANÁLISE DO BRINCAR DE FAZ-DE-CONTA DE CRIANÇAS PRÉ-ESCOLARES COM CÂNCER HOSPITALIZADAS**”, foi analisado “**AD REFERENDUM**” pelo Comitê de Ética em Pesquisa e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, versão 2.0 de dezembro de 2011**, de acordo com o Processo HCRP nº 12052/2011.

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (IGH-GCP), bem como a Resolução nº 196/96 CNS/MS.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.

De acordo com Carta Circular nº 003/2011/CONEP/CNS, datada de 21/03/2011, o sujeito de pesquisa ou seu representante, quando for o caso, deverá rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última do referido Termo; o pesquisador responsável deverá da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

Atenciosamente.

DR.ª MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimas Senhoras
NATHÁLIA RODRIGUES GARCIA
PROF.ª DR.ª LUZIA IARA PFEIFER (Orientadora)
Depto. de Neurociências e Ciências do Comportamento – Terapia Ocupacional