

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

O fazer psicológico na oncopediatria: relato de experiência de estágio

CARLÚCIA CARDOSO DO AMARAL

CAMPINA GRANDE – PB

2016

CARLÚCIA CARDOSO DO AMARAL

Trabalho apresentado a Unidade Acadêmica de Psicologia, em cumprimento as exigências para obtenção do título de Bacharel em Psicologia, sob orientação da Professora Doutora Roseane Christhina da Nova Sá Serafim.

CAMPINA GRANDE – PB

2016

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial “Tereza Brasileiro Silva”-
UFCG

A485f

Amaral, Carlúcia Cardoso do.

O fazer psicológico na oncopediatria: relato de experiência de estágio/ Carlúcia
Cardoso do Amaral – Campina Grande, PB: O autor, 2016.

33 f. 21 x 27,9 cm

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Universidade Federal de
Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Referências.

Orientadora: Roseane Christhina da Nova Sá Serafim, Drª.

1. Psicologia da Saúde. 2.Prática Clínica. 3.Semiótica. 4.Câncer Infantil. I. Serafim,
Roseane Christhina da Nova Sá (Orientador). II. Título.

BSTBS/CCBS/UFCG

CDU 159.9:616-006 -053.3 (813.3)

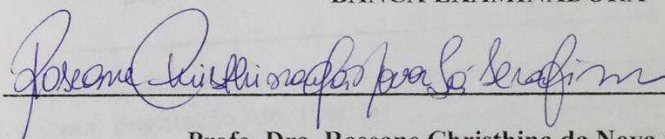
CARLÚCIA CARDOSO DO AMARAL

O fazer psicológico na oncopediatria: relato de experiência de estágio

Aprovado em: 04/10/2016

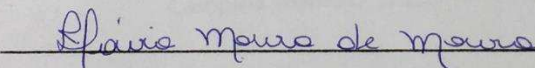
Nota: 8,0

BANCA EXAMINADORA



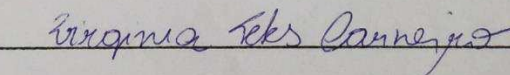
Profa. Dra. Roseane Christhina da Nova Sá Serafim

Orientadora



Profa. Dra. Flávia Moura de Moura

Prof.^a Examinadora



Profa. Dra. Virgínia Teles Carneiro

Prof.^a Examinadora

Dedico essa vitória à meus pais, que tanto me apoiaram para que eu chegasse até aqui, e aos meus amigos e familiares sempre foram meus incentivadores.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente ao meu DEUS, que foi, é, e sempre será o Senhor de tudo, que comanda tudo e que tem me fortalecido diariamente;

Nessa caminhada algumas pessoas, foram e são fundamentais para que eu pudesse chegar até aqui.

Agradeço aos meus pais, José Carlos e Suzete, minhas irmãs, Carla e Rayane, e aos meus cunhados, que são minha maior torcida de vida, que em todo tempo lutaram e lutam para me ver alcançar meus sonhos, à vocês, dedico minhas conquistas diárias;

Quero agradecer também à Delano, pela dedicação, apoio sem medida, e afeto, obrigado por tudo;

Aos meus companheiros de estágio, e futuros colegas de profissão; Diana, Paloma, Rayane, e Gilberto, vocês foram a força que me empurrou a cada dia, jamais esquecerei de cada um de vocês;

À Emília Angélica, Jéssica Thayrinne, Jéssica Silva e a todos os amigos que não estão representados nominalmente, mas que tem uma importância ímpar em minhas conquistas, amo vocês;

À minha supervisora de campo, a psicóloga Lindecy Pereira, que com seu afeto de mãe e compromisso de profissional, me auxiliou em todos os momentos;

À minha orientadora de Estágio, Roseane Sá-Serafim, que com paciência e dedicação me auxiliou na construção desse trabalho, na qual me espelho, e admiro incontestavelmente, gratidão!

À você pingo (In Memoriam), meu companheiro, que quando ninguém mais estava junto, você era meu amigo, meu apoio, e à você que dediquei amor de mãe, e que a mim foi retribuído, minha eterna gratidão. Obrigado por ter me permitido te amar. Saudades eternas;

Por fim, sou grata ainda, a todos os profissionais que compõem a equipe de saúde da Oncopediatria, especialmente à Doutora Renata, que sempre estava pronta a esclarecer quaisquer dúvidas sobre os pacientes e seus tratamentos, aos residentes de Medicina, à equipe da Assistência social, que me acolheram enquanto profissional em formação, de forma ética, permitindo-me sentir parte da equipe de saúde ali atuante, aos pacientes que permitiram e confiaram a mim suas angústias, dores, aflições, à vocês, que me ensinaram tanto, como ser uma profissional ética e disponível, Gratidão.

RESUMO

A prática do profissional de psicologia no cenário hospitalar refere-se a um saber especializado legitimado pelo Conselho Federal de Psicologia. Objetiva-se com este relato de experiência de estágio, descrever a prática psicológica realizada com crianças diagnosticadas com câncer, seus acompanhantes (familiares) e equipe de saúde. O estágio foi realizado numa enfermaria oncopediátrica, sediada num hospital universitário do Estado da Paraíba, durante março, abril e maio do corrente ano. As atividades de campo perfizeram um total de 180 carga horária, o que corresponde um total de 36 plantões de 20 horas por semana. Os procedimentos e intervenções clínicas foram norteados pela Psicologia da Saúde e Semiótica de Charles Peirce, em consonância ao modelo de clínica ampliada e compartilhada, com vistas a minimizar a experiência de sofrimento relacionada ao adoecimento, hospitalização e tratamento. Foram realizadas entrevistas de anamneses, avaliação psicológica, intervenções psicoeducativas e psicoprofiláticas com uso de materiais lúdicos como recurso terapêutico auxiliar. Por meio da escuta clínica ampliada, verificou-se que o signo câncer emerge na fala da equipe de saúde (profissionais e estudantes de psicologia, medicina e enfermagem) como ícone de doença crônica, ao mesmo tempo em que indica inúmeras intervenções invasivas e interdições sobre o corpo das crianças hospitalizadas para tratamento oncológico. Este mesmo signo quando emerge associado ao signo internação e tratamento, desvela representações negativas associadas a estados de angústia e ansiedade. Estes e outros conteúdos demandaram do diagnóstico e prognóstico de crianças com câncer, enfatizando o sujeito para além do adoecimento. A partir do vivenciado, novos conhecimentos foram adquiridos, tornando-se incontestável a importância que um acompanhamento psicológico tem no que tange pensar em possibilidades de enfrentamento para crianças que tem uma doença crônica, aqui, o câncer e seus familiares que acompanham o processo.

Palavras-chave: Psicologia da Saúde, Prática Clínica, Semiótica, Câncer Infantil.

ABSTRACT

The practice of psychology professional in the hospital setting refers to a specialized knowledge legitimized by the Federal Council of Psychology. Purpose is to achieve with this report of stage experience, describe the psychological practice performed with children diagnosed with cancer, their caregivers (family) and health staff. The stage was held in oncopediátrica ward, based in a university hospital in the state of Paraíba, during March, April and May of this year. Field activities amounted to a total of 180 hours, representing a total of 36 shifts of 20 hours per week. The procedures and clinical interventions were guided by the Health Psychology and Semiotics Charles Pierce in line to Amplified clinic model, in order to minimize the experience of suffering related to illness, hospitalization and treatment. Anamnesis interviews were conducted; psychological assessment, psychoeducational interventions and Psych prophylactic with use of play materials as auxiliary therapeutic resource. Through qualified listening, it was found that the sign cancer emerges in the health team of speech (professionals and students of psychology, medicine and nursing) as chronic disease icon, while indicating numerous invasive interventions and bans on body of children hospitalized for cancer treatment. This same sign when the sign emerges associated hospitalization and treatment reveals negative representations associated with distress and anxiety states. These and other content demanded the diagnosis and prognosis of children with cancer, emphasizing the subject beyond the illness. From experienced, new knowledge has been acquired, becoming undeniable the importance that psychological counseling has regarding think of coping possibilities for children who have a chronic disease, here, cancer and their family members who accompany the process.

Keywords: Cancer; Child; sign;

SUMÁRIO

Introdução.....	10
1. O hospital Como Cenário de Práticas clínicas interdisciplinares.....	13
2. A psicologia da Saúde, a Semiótica de Charles Sanders Peirce e o Modelo de Clínica Ampliada e Compartilhada: saberes aplicados à clínica Psicológica no Contexto Hospitalar.....	16
3.O câncer, seu tratamento e implicações na vida da criança.....	19
4. Relato de Experiência.....	20
Considerações Finais.....	27
Referências Bibliográficas.....	30

O FAZER PSICOLÓGICO NA ONCOPEDIATRIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO

Introdução

Compreende-se que a hospitalização pode surgir para o sujeito, independentemente de seu contexto histórico, social e econômico. É algo que pode trazer transtornos de diversas ordens. Estes transtornos ficam mais evidentes, quando o sujeito hospitalizado é uma criança diagnosticada com uma doença crônica como o Câncer. Visto que, configura-se como experiência potencialmente traumática, que a afasta do ambiente familiar, a confronta constantemente com a dor, muitas vezes a limita fisicamente, e produz sentimentos, de culpa, punição e medo constante da morte. Cabe ainda ressaltar, que essa experiência não se configura como traumática, apenas quando se trata de uma internação hospitalar, mas que, independente do período ou natureza desse processo de hospitalização, aqui, a criança com Câncer, é uma experiência que faz emanar diversas formas de subjetivações tanto para ela como para seu parente e/ou acompanhante.

A notícia do diagnóstico de uma doença e de todas as alterações que acarreta, bem como os tratamentos e seus efeitos secundários, exibem grande impacto sobre o indivíduo e sobre os diferentes contextos nos quais ele se insere e, em consequência, na sua qualidade de vida (Neipp, López-Roig, Terol, & Pastor, 2009; Paredes et al., 2008). O hospital é em si, uma instituição marcada por situações de sofrimento e dor, pela luta constante entre vida e morte.

Partindo do pressuposto que o papel do Psicólogo no contexto hospitalar, é imprescindível, surge a escolha em fazer o estágio específico supervisionado I e II, nessa área. No curso de Psicologia, que a estagiária em questão é vinculada, o estágio em Psicologia Hospitalar, está alocado na ênfase dos processos clínicos, ênfase essa, que é uma opção feita pelo próprio aluno ao chegar no último ano do curso de graduação. O conceito de estágio, refere um ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo de educandos que estejam frequentando o ensino regular em instituições de educação superior, de educação profissional, de ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, na modalidade profissional da educação de jovens e adultos (Lei 11.788, de 25 de setembro de 2008).

No que concerne aos pressupostos teóricos que embasaram as intervenções no contexto dos hospital, utilizou-se a Psicologia da saúde como área de conhecimento, que segundo (Ribeiro, 2011, como referido Matarazzo 1980; 1982) consiste no domínio da Psicologia que recorre aos conhecimentos provenientes das diversas áreas da Psicologia com vista à promoção e proteção da saúde, à prevenção e tratamento das doenças, à identificação da etiologia e diagnósticos relacionados com a saúde, com as doenças e disfunções associadas, à análise e melhoria do sistema de cuidados de saúde, e ao aperfeiçoamento da política de saúde.

Aliado à Psicologia da Saúde, optou-se pela perspectiva de Semiótica de Charles Sanders Peirce como aporte teórico. Por meio da noção de “representação”, relacionada à ideia de signos, símbolos, imagens e a outras formas de substituição, que são alvos de interesse dos estudos semióticos desde a escolástica medieval, que a definia, de maneira geral, como “o processo de apresentação de algo por meio de signos” (Santaella & Nöth, 1999, p. 16)

Para Peirce (1958, CP, 2.273), representação é a apresentação de um objeto a um intérprete de um signo ou a relação entre o signo e o objeto. Assim, o autor define representar como “estar para” o signo, para certos desígnios, e relacionando-se a outra entidade, é tratado por alguma mente como se fosse aquilo que ele representa.

No Hospital que é o cenário desse trabalho, por exemplo, o signo câncer pode ser representado por diversos símbolos ou ícones, tais como uma doença crônica, quando esta está presente, e, quando não, algo que a remete, como o medo de estar com câncer, o tratamento, entre outros símbolos que acabam por representar o signo câncer no hospital.

E, no que cabe ao exercício prático utilizou-se a Clínica Ampliada, onde essa, é uma clínica centrada nos sujeitos, que considera a doença como parte de suas existências e não a sua totalidade. É aquela capaz de compreender o indivíduo e seus problemas de saúde, inseridos em um território e em redes sociais (família, espaços de trabalho e de convivência) e que se abre a perceber e ajudar o sujeito doente a construir sua percepção sobre a vida e o adoecimento (Campos, 2004).

Destarte, estar inserido no contexto do hospital, traz ao profissional ainda que em formação, uma responsabilidade ética e empírica muito grande. No hospital, é função do psicólogo, atuar como facilitador das comunicações entre os membros da equipe de saúde, pacientes e familiares em seus diversos atendimentos” (Maldonado & Canella, 2009).

Nesse sentido, tanto o Estágio Supervisionado Específico I quanto o II, permitiu a aquisição de mais conhecimentos e o desenvolvimento de práticas que tinham como

principal objetivo, minimizar o sofrimento do sujeito adoecido, sendo esse sujeito, a criança diagnosticada com Câncer e seu familiar/acompanhante que junto com esta, vivencia todo o processo de adoecimento, hospitalização e tratamento.

Buscou-se para tanto, elucidar suas dúvidas e possibilitar um ambiente acolhedor, mesmo sendo no hospital, já que o paciente que sofre de uma doença orgânica, crônica ou não, possui uma demanda psicológica específica. Precisa receber informações, conseguir comunicar-se de forma compreensível com a equipe cuidadora, ser informado sobre seu quadro clínico, o que irá ocorrer, quais os riscos e objetivos dos procedimentos. São informações, que vão além da compreensão empática, da elucidação, mas que trazem em si o sentimento de segurança e de apoio que o paciente hospitalizado precisa.

Tendo como ponto de partida, as indagações que permeiam o fazer do Psicólogo na Oncopediatria, campo que foi cenário dessa vivência, este artigo tem como objetivo, relatar e descrever as atuações/intervenções realizadas nesse contexto, enfatizando que o relato descreverá a experiência do Estágio Supervisionado Específico II, na ala de Oncologia Pediátrica.

Diante disto, elencar de forma descritiva o que foi vivenciado na prática, é uma maneira de fomentar a importância de uma atuação ética e responsável, que visou compreender o sujeito, ainda que adoecido, ainda que criança, como um ser que tem um contexto, e que esse não se perdeu devido seu adoecimento. Trazendo como relevância desse estudo, a apresentação de forma descritiva, da junção teoria e prática.

1. O hospital Como Cenário de Práticas clínicas interdisciplinares

Para o profissional que trabalha na área da saúde, conhecer o contexto em que vai atuar é de extrema importância. Seja no hospital, ambulatório, unidade básica de saúde, comunidade ou empresa/organização.

O próprio ambiente dirá muito a respeito de quais procedimentos podem ser usados, pois padrões, como formas de lidar com o adoecimento acabam se apresentando, por exemplo: no adoecer alguns padrões emergem, geralmente a busca por ficar saudável ou ainda, mesmo adoecido ter uma melhor qualidade de vida. Geralmente, trabalha-se no próprio contexto onde a situação/comportamento ocorre; assim, conhecimento sobre epidemiologia, fatores psicossociais de risco para doenças físicas, habilidades de relacionamento interpessoal, familiaridade com outras áreas de conhecimento, como Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, entre outras, são importantes e necessárias para atuação profissional do psicólogo da saúde (Casseb, 2011).

Ao tratar-se da atuação desse profissional especialista em Psicologia Hospitalar, de acordo com a definição do órgão que rege o exercício profissional deste no Brasil, o CFP (2010), o psicólogo tem sua função centrada nos âmbitos secundário e terciário de atenção à saúde, atuando em instituições de saúde e realizando atividades como: atendimento psicoterapêutico; grupos psicoterapêuticos; grupos de psicoprofilaxia; atendimentos em ambulatório e unidade de terapia intensiva; pronto atendimento; enfermarias em geral; psicomotricidade no contexto hospitalar; avaliação diagnóstica; psicodiagnóstico; consultoria e interconsultoria.

Entretanto, esse profissional não trabalha sozinho, e para dar-lhe um suporte que contemple as necessidades reais do sujeito adoecido, uma equipe interdisciplinar é necessária. Ao passo que trago, como cada parte componente de uma equipe multiprofissional de saúde deveria atuar, visando o bem-estar biopsicossocial do sujeito adoecido, segundo alguns autores.

De acordo com Andraus (2004), a enfermagem deve reconhecer a importância do papel dos pais, apoiá-los para que eles se sintam seguros, orientando os acompanhantes para o cuidar da criança durante a hospitalização e o cuidado após alta. Já segundo Nobrega (2009), é necessário que o enfermeiro aprimore seus conhecimentos nas diferentes áreas da ciência e nos instrumentos que direcione sua prática diária.

Com relação a nutrição, o objetivo é oferecer condições favoráveis para o estabelecimento do plano terapêutico, promovendo uma melhora do estado nutricional. Ainda visa a recuperar a atividade do sistema imune; reduzir os riscos da hiperalimentação; garantir as ofertas proteica e energética adequadas para minimizar o catabolismo proteico e a perda nitrogenada (Garófolo, 2005).

De acordo com Carvalho (2008), o assistente social é o profissional integrante da equipe de saúde que traça o perfil familiar com o objetivo de conhecer as carências sociais, econômicas e culturais do paciente e da família. É este que traz apoio ao paciente, familiar/acompanhante com aparato dos direitos e recursos sociais que lhes cabem nesse processo de hospitalização.

Para Crepaldi (2006), “a psicooncologia pediátrica é a área que estuda a influência de fatores psicossociais sobre o desenvolvimento, manifestações e tratamento do câncer em crianças”.

A intervenção psicológica volta-se então, para a sensibilização da equipe de saúde no que tange atentar-se às necessidades emocionais das crianças, transmitindo conhecimentos da área psicológica aos profissionais; na intervenção de doenças agudas e crônicas com estratégias que facilitem diminuir os efeitos de condições de estresse ligados a procedimentos. Contribuindo na implementação das relações equipe - família - criança.

No hospital, a intervenção psicológica junto ao paciente internado cumpre alguns objetivos específicos. Primeiramente, busca viabilizar uma participação ativa no processo de hospitalização, oferecendo ao enfermo melhores condições de enfrentamento na relação com a doença; minimizar ansiedades, medos e expectativas irreais/fantásticas frente à enfermidade, quando estas existirem. Apesar das dificuldades que se podem encontrar, o atendimento psicológico tem como objetivo principal levar o paciente ao autoconhecimento, ao auto crescimento e ao alívio de seus sintomas (Baptista & Dias, 2003).

E ao trazer alguns dos componentes de uma equipe interdisciplinar e multiprofissional, o papel do Médico se apresenta como uma clínica tecnicista. De acordo com Normam Consins (1992), “os médicos são treinados a pensar cientificamente”. Fato este, que torna difícil a comunicação com paciente e com a família. Para Melo e Valle (2004) e Malta, Schall e Modena (2009) o momento de comunicação de diagnóstico é desafiador para os Médicos Oncologistas. Dentre as dificuldades incluem-se a forma de falar o diagnóstico, a inclusão do paciente na comunicação de informações, as dificuldades na organização e estrutura do serviço (preparação pessoal e do lugar físico),

o acolhimento às demandas emocionais dos pacientes e acompanhantes/familiares, e ainda, as poucas ações de humanização no cuidado, quando estas existem.

Precisa-se nesse âmbito, simplificar essa linguagem, e para isso, muitas vezes no contexto hospitalar, utiliza-se o empoderamento do sujeito, onde o profissional, Psicólogo, visa transmitir ao paciente que este tem direito e necessidade de conhecer seu processo de tratamento, adoecimento e hospitalização, que ele precisa compreender as etapas desse processo.

Quando o sujeito é uma criança, e essa ainda não desenvolveu as habilidades cognitivas necessárias para compreensão de certos acontecimentos até mesmo de si, esse empoderamento é realizado junto ao familiar/acompanhante, para que este sinta-se no papel de agente ativo no processo. Destarte que, conhecer e entender sobre o adoecimento e tratamento, fortalece o sujeito mediante o andamento do processo de hospitalização, criando modos de subjetivação, que possibilitam formas de enfrentamento.

Fazer um elo de amizade ajuda no relacionamento, faz com que a família se sinta segura, participativa e tenha confiança no tratamento. O pediatra frente ao paciente oncológico, necessita planejar uma estratégia de tratamento dentro do protocolo para cada tipo de câncer, trabalhando com o objetivo de amenizar os efeitos tóxicos do tratamento quimioterápico, de ajudar os pacientes a desenvolverem seus próprios recursos para combater a doença, e ser verdadeiramente um integrante cooperativo na equipe de saúde, trabalhando de forma interdisciplinar com os outros profissionais, buscar o melhor tratamento para um sujeito que não é apenas um sujeito com uma doença crônica, mas um sujeito que apresenta demandas para além das biológicas, demandas muitas vezes sociais, psicológicas, financeiras e espirituais, que acabam interferindo diretamente em seu tratamento.

Segundo Pinto (2009) a hospitalização gera situação de crise envolvendo a criança doente e sua família, pode ser caracterizada por inúmeros fatores tais como: descontinuidade na satisfação de necessidades biológicas, psicológicas e sociais entre os membros da família; mudança no padrão do papel desempenhado pelos genitores; aumento no grau de dependência da criança doente, especialmente em relação à mãe; aparecimento de sentimento de culpa, ansiedade e depressão na família.

A presença de uma equipe que os auxilie nesse momento é muito importante para a criança e para os acompanhantes, para que assimilem as orientações dos profissionais quanto aos cuidados com a criança, melhorando diversos aspectos envolvidos no processo de adoecimento (Finkel, 2009).

Os profissionais de saúde devem também envolver os pacientes e familiares no processo de tratamento sendo respeitados em suas dificuldades sociais, econômicas e culturais que impõem limite para o enfrentamento com o Câncer (Carvalho,2008).

2. A psicologia da Saúde, a Semiótica de Charles Sanders Peirce e o Modelo de Clínica Ampliada e Compartilhada: saberes aplicados à clínica Psicológica no Contexto Hospitalar

A prática psicológica que foi realizada no contexto hospitalar durante o período do estágio, teve como base teórica a Psicologia da saúde, a Semiótica de Charles Peirce a Psicologia Hospitalar e a clínica Ampliada e compartilhada, como prática. A primeira, já citada na introdução, consiste no domínio da Psicologia que recorre aos conhecimentos provenientes das diversas áreas da Psicologia, não se interessando diretamente pela situação que cabe a medicina.

Ao que cabe a esta, interessa-se em como o sujeito experimenta o seu estado de saúde ou de doença, na sua relação consigo mesmo, com os outros e com o mundo. Objetiva fazer com que as pessoas incluam no seu projeto de vida, um conjunto de atitudes e comportamentos ativos que as levem a promover a saúde e prevenir a doença, além de aperfeiçoar técnicas de enfrentamento no processo de ajustamento ao adoecer, à doença e às suas eventuais consequências (Barros, 1999).

Assim sendo, a Psicologia da Saúde tenta compreender o lugar das variáveis psicológicas sobre a manutenção da saúde, o desenvolvimento de doenças e os comportamentos advindos da mesma. Além de desenvolver pesquisas sobre cada um desses aspectos, os psicólogos da saúde realizam intervenções com o objetivo de prevenir doenças e auxiliar no manejo ou no enfrentamento das mesmas (Miyazaki, Domingos & Caballo, 2001).

Ao utilizar-se da Semiótica de Charles Peirce, percebemos que a comunicação permeia nossas vidas e faz parte dos procedimentos e conceitos mais naturais, sua dinâmica se incorpora aos nossos fazeres mais espontâneos, sem a devida mentalização.

É a isso que se propõe tratar a Semiótica de Peirce, o modo como nós, seres humanos percebemos e interpretamos o mundo à nossa volta, a partir das significações de nossa mente. Nicolau Marcos *et al.* (2010).

Segundo Santaella (2007), A Semiótica, faz parte da ampla arquitetura filosófica de Peirce; arquitetura está alicerçada na Fenomenologia, que investiga os modos como aprendemos qualquer coisa que aparece à nossa mente: um cheiro, uma formação de nuvens, um ruído de chuva, ou mesmo algo complexo como um conceito abstrato provocado por uma lembrança.

De uma forma mais geral, as coisas do mundo, reais ou até imaginárias, primeiro nos aparecem como qualidade, depois como algo que se relaciona com alguma coisa que já conhecemos e por fim, como interpretação.

Utilizou-se o saber da Psicologia da saúde, em concomitância ao uso da semiótica, e da Psicologia Hospitalar sendo esta última, " o campo de entendimento e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento" (Simonetti, 2004, p. 15). Campo que lida com a dimensão afetiva/emocional.

A Psicologia Hospitalar é a especialidade da Psicologia que disponibiliza para doentes, familiares e profissionais da equipe de saúde, o saber psicológico, que vem a resgatar a singularidade do paciente, suas emoções, crenças e valores (Bruscatto, 2004). Tendo como objetivo a elaboração simbólica do adoecimento, ou seja, ajudar o paciente a atravessar a experiência do adoecimento através de sua subjetividade (Simonetti, 2004).

Ainda segundo Angerami-Camon (1995), a psicologia no contexto hospitalar tem como objetivo primeiro a minimização do sofrimento provocado pela hospitalização (...) o processo de hospitalização deve ser entendido não apenas como um mero processo de institucionalização hospitalar, mas principalmente, como um conjunto de fatos que decorrem desse processo e sua implicação na vida do paciente (Angerami-Camon, 2003, p. 24)

Outro saber e técnica que fundamentou e norteou as intervenções, foi a Clínica Ampliada e Compartilhada, onde para tanto, existe o princípio da totalidade do ser, na base de compreensão de se fazer saúde, ou seja, a necessidade do homem ser tratado como sujeito biopsicossocial, sem ser retalhado ou fragmentado em partes. Essa Clínica, vem com a proposta de entender o significado do adoecimento e tratar a doença no contexto de vida, no qual esta doença está inserida. Portanto, sua proposta, não é tratar a doença, mas o sujeito de maneira integral. Fazer clínica ampliada, esbarra o tratamento tradicional.

Busca ferramentas de articulação ou novos caminhos, para a inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas. É uma prática interdisciplinar, fazendo conexões e

parcerias com outras práticas de fazer saúde sempre que necessário for, em busca das soluções possíveis para às necessidades do usuário.

Quando falamos em outros instrumentos ou ferramentas de fazer saúde, falamos na complementariedade necessária ao usuário, no tocante ao seu tratamento, ou seja, falamos da participação de outras especificidades e até de outros serviços de saúde, sempre que se fizer necessário.

A proposta da Clínica Ampliada, busca se constituir numa ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas. A Clínica Ampliada reconhece que, em um dado momento e situação singular, pode existir uma predominância, uma escolha, ou a emergência de um enfoque ou de um tema, sem que isso signifique a negação de outros enfoques e possibilidades de ação. (Brasil, 2009).

Todo diagnóstico pressupõe certa regularidade. Mas, para que se realize uma clínica adequada, é preciso saber, além do que o sujeito apresenta de igual, o que ele apresenta de diferente, de único. Inclusive um conjunto de sinais e sintomas que somente nele se expressam de certa maneira.

A Clínica Ampliada, no entanto, não desvaloriza nenhuma regularidade. Ao contrário, busca integrar várias abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é necessariamente transdisciplinar e, portanto, multiprofissional. Trata-se de colocar em discussão justamente a fragmentação do processo de trabalho e, por isso, é necessário criar um contexto favorável para que se possa falar destes sentimentos em relação aos temas e às atividades não-restritas à doença ou ao núcleo profissional. (Brasil, 2009).

A Clínica Ampliada convida a uma ampliação do objeto de trabalho para que pessoas se responsabilizem por pessoas. Já a proposta das Equipes de Referência vai além da responsabilização e chega até a divisão do poder gerencial. As equipes transdisciplinares devem ter algum poder de decisão na organização, principalmente no que diz respeito ao processo de trabalho da equipe (Brasil, 2009, P.32). Seria então papel da Equipe de Referência num serviço hospitalar, os diversos profissionais se responsabilizarem pelos mesmos usuários cotidianamente.

3. O câncer, seu tratamento e implicações na vida da criança

Com base nas atividades teóricas, foi possível aprender que o câncer, etiologicamente, é uma doença genética caracterizada pela divisão e proliferação desordenada de células que sofreram mutação em seu material genético. Ocorre em qualquer parte do organismo e decorre do acúmulo das células que dão origem aos tumores. Os tumores são caracterizados pelo agrupamento de células anormais, que uma vez formadas serão destruídas pelo organismo, e permanecerão como tumores benignos ou se transformarão em tumores malignos. Tudo dependerá do sistema imunológico do indivíduo, que será influenciado por diversos fatores de risco. (Inca, 2007)

O que diferencia a manifestação do câncer infantil, do adulto é que o primeiro geralmente afeta o sistema sanguíneo e os tecidos de sustentação, já o segundo afeta as células do epitélio que recobre diferentes órgãos do corpo humano (Inca, 2007). O câncer pediátrico representa um grupo de doenças caracterizadas por alterações na divisão e multiplicação celular, com ocorrência de metade dos casos antes dos 05 anos de idade, 25% entre 05 e 10 anos de idade e 25% na adolescência (Inca, 2008).

Os tipos mais comuns de neoplasias infantis são as leucemias, os tumores do sistema nervoso central e os linfomas. As leucemias caracterizam-se pelo acúmulo de células imaturas anormais na medula óssea, sobrepondo-se ao número de células normais, que prejudicam a produção das células sanguíneas, já que, é na medula óssea que são produzidas as células que compõem o sangue. São elas: os eritrócitos (glóbulos vermelhos), que abastecem os tecidos com oxigênio retirado dos pulmões; os leucócitos (glóbulos brancos), que produzem anticorpos que protegem o organismo de infecções; e as plaquetas, que auxiliam a coagulação sanguínea. A leucemia é classificada como Linfóide ou Mielóide dependendo do tipo de célula sanguínea que tem sua produção reduzida ou impedida (Inca, 2007-2008)

Os tumores do Sistema Nervoso Central são responsáveis por 20% das neoplasias malignas infantis. Estes tipos de tumor podem localizar-se por toda a área que compreende o SNC e sua localização vai determinar o ritmo de evolução da doença, os sintomas e o prognóstico. Geralmente os tumores do SNC não extrapolam a cavidade craniana, impedindo a ocorrência de metástases. Devido à localização sensível, dependendo da área onde se encontra o tumor, não é possível a realização da cirurgia para a retirada do mesmo ou caso esta ocorra, é comum o risco de sequelas. Os sintomas mais

frequentes são: dor de cabeça, vômito, náuseas, convulsão, paralisia de nervos e alterações da fala, marcha, equilíbrio e coordenação. (Inca, 2007-2008).

A criança com câncer, passa por um processo modificador, doloroso, invasivo e incerto desde o momento do diagnóstico como também durante seu tratamento. Dentre os diferentes e possíveis tipos de câncer que se apresentam, o tipo mais frequente no período do estágio ao qual trata esse relato de experiência foi a Leucemia.

Para tanto, a forma mais comum de tratar a Leucemia é através da quimioterapia, onde essa, utiliza medicamentos anticancerígenos para destruir as células tumorais. Por ser um tratamento sistêmico, a quimioterapia atinge não somente as células cancerígenas senão também as células saudáveis do organismo.

De forma geral, a quimioterapia é administrada por via venosa, embora alguns quimioterápicos possam ser administrados por via oral. A quimioterapia é administrada em ciclos, com cada período de tratamento seguido por um período de descanso, para permitir que o corpo possa se recuperar. As drogas quimioterápicas utilizadas, com mais frequência, no tratamento da leucemia mieloide aguda são: a citarabina e as antraciclina (daunomicina, daunorrubicina, idarubicina e mitoxantrona). (Oncoguia, 2015)

Essas drogas podem levar a efeitos colaterais. Os efeitos colaterais dependem do tipo de medicamento, da dose administrada e da duração do tratamento, os mais frequentes são: Perda de cabelo, inflamações na boca, perda de apetite, náuseas e vômitos, diarreia, constipação, Infecções, Hematomas ou hemorragias e Fadiga.

4. Relato de Experiência no contexto hospitalar, ancorado no uso de estratégias metodológicas e terapêuticas

Trazendo, em consonância com o tema abordado acima, as atividades de campo desenvolvidas durante o estágio, subsidiaram o trabalho em questão. Trata-se de um estudo descritivo, no formato de relato de experiência, construído enquanto estagiária de psicologia numa enfermaria de oncologia pediátrica. Esse estudo, de acordo com Gil (2010) tem por finalidade proporcionar a descrição de características de determinada população ou fenômeno. E o relato por sua vez caracteriza-se como narrativas advindas de experiência profissional, almejando construir conhecimentos a partir do cotidiano, relacionando-os com os aportes teóricos referentes à temática em questão (Dyniewicz, 2009).

O período que compreendeu o estágio específico supervisionado II, na enfermagem de oncologia pediátrica de um Hospital escola do Estado da Paraíba, Brasil, contemplou os meses de março a maio do presente ano. As atividades foram realizadas durante plantões, que compreendiam 20 horas semanais, com duração de 5 horas por plantão.

Destarte os plantões, havia em paralelo, orientações acadêmicas com a professora orientadora de estágio, onde eram relatadas as intervenções realizadas e onde eram feitas discursões textuais, atividades teóricas e seminários com temas a respeito da atuação e do campo em questão.

O espaço físico que compreendia o local de atuação da estagiária, ou seja, a oncologia pediátrica, comportava, 3 enfermarias com 3 banheiros, um em cada, 10 leitos, 1 sala de enfermagem, 1 sala de prescrição e 1 copa.

As intervenções na oncologia pediátrica, foram intervenções direcionadas primordialmente para as crianças ali internas e em concomitância, para seu familiar/acompanhante. Para a realização das mesmas quando direcionadas as crianças, foram utilizados alguns recursos lúdicos, visto que, Malta, Schall, Reis e Modena (2009) destacam a dificuldade de a criança falar sobre a doença, com narrativas baseadas na reprodução do discurso biomédico, impacto dos efeitos colaterais e dificuldade em manifestar sentimentos, sendo a brincadeira a principal forma de expressão infantil.

Ainda, de acordo com Carvalho e Begnis (2006), a criança no hospital percebe a ameaça de morte diante das alterações fisiológicas no seu quadro clínico, sendo necessário construir um ambiente seguro para promover de forma saudável a continuidade do ciclo evolutivo através do brincar. Acredita-se que o enfrentamento das repercussões psicológicas da doença é favorecido com a utilização do lúdico. Não se trata de brincar por brincar, mas brincar com a intenção de fazer fluir da criança, suas fantasias, medos e angústias relacionadas ao seu adoecimento, hospitalização e tratamento.

Diante disso, o lúdico apresenta-se como uma estratégia que pode minimizar os desconfortos ocasionados pela internação e auxiliar no enfrentamento da doença, além de se constituir como recurso facilitador, devendo ser utilizado para o cuidar de crianças com câncer.

A criança hospitalizada com câncer necessita de uma equipe multiprofissional e de um espaço para expressar suas emoções, visando compreender a sua vivência por meio das atividades lúdicas que auxiliem a promoção da saúde integral. Muitas são as exigências vivenciadas pelas crianças, especialmente relacionadas à quimioterapia e à hospitalização, contexto que inclui perdas sociais, experiências de dor física, medo e

efeitos colaterais, incertezas, ansiedade e restrições no cotidiano, o que propicia níveis importantes de estresse (Jesus & Gonçalves, 2006; Lemos, Lima & Mello, 2004; Marques, 2004).

Ao tratar-se do familiar/acompanhante, as intervenções se deram a partir da utilização da escuta Psicológica, que ocorre através da fala do paciente e da escuta do profissional, abrindo-se um espaço para que o paciente fale mais do que sabe conscientemente, a seu respeito.

Pode-se dizer que a oferta da escuta durante a internação é uma possibilidade de elaboração de vivências. Enquanto fala, ele mesmo se surpreende com efeitos em si destes eventos que desconhecia, mas que revelam parte da sua vida e o ajudam a elaborar e conviver com estes acontecimentos como uma história. (Maiana, Jugend, & Jurkiewicz, Rachel. 2012).

Outro recurso utilizado para auxiliar no enfrentamento de um diagnóstico e tratamento de câncer, direcionado aos familiares e acompanhantes foi a Psicoterapia Breve, que segundo (Lemgruber, 1990) não se diferencia das psicoterapias de longo prazo na qualidade dos resultados se respeitadas as características e limites de sua indicação. Sendo breve, isso não significa que seus resultados não sejam eficientes como as terapias de longo prazo.

Na maioria das vezes a função que se apresentou com a utilização da Psicoterapia breve foi a formação da aliança terapêutica, funções preventivas a maiores danos futuros e intervenções focais. Ao fazer uso dessa técnica, no serviço de psicooncologia infantil no hospital, benefícios importantes foram percebidos nos familiares e acompanhantes e também aos pacientes atendidos. Durante o processo terapêutico, foram estimulados diversos recursos pessoais e sociais de enfrentamento, que contribuíram para uma colaboração terapêutica do paciente.

Com relação à criança, Beltrão et alii (2007) e ainda Pedro et alii (2008) destacam que a fase diagnóstica é o período mais difícil, mas, mesmo após a conclusão do tratamento, a experiência do câncer é revestida por intenso aspecto negativo. O contexto aversivo se inicia antes mesmo da confirmação diagnóstica, pois pacientes e pais precisam enfrentar um período muitas vezes longo e marcado por incertezas e expectativas, desde o reconhecimento de sinais e sintomas, hipóteses diagnósticas, dificuldades para realizar exames e encaminhar-se ao serviço especializado (Cavicchioli, Menossi & Lima, 2007; Malta, Schall & Modena, 2008).

Na prática, observou-se que a adesão ao tratamento não está somente relacionada ao ato de tomar ou não a medicação prescrita, mas, além disso, ao modo como o paciente administra seu tratamento, ou seja, o seu comportamento em relação a ele. Assim, ela ocorre quando a conduta do paciente, no que se refere a tomar medicamentos, seguir dietas e executar mudanças no estilo de vida, coincide com a prescrição clínica (Leite & Vasconcellos, 2003; Gusmão & Mion, 2006; Ben, 2011)

É nesse momento, ou seja, desde o momento do diagnóstico que a presença do Psicólogo, se faz imprescindível. Por ser necessário entender, que a hospitalização em si, é uma vivência estranha.

Não apenas o local, ou seja, o hospital, mas todo o significado que este carrega. O fato de ser um local descaracterizador, imprevisível, um ambiente mórbido por natureza e um momento em que dores e angústias são o que mais se fazem presentes. E, tratando-se de uma criança diagnosticada com câncer, a depender de sua idade, alguns fatores tornam a vivência hospitalar ainda mais agravante. Chiattonne (2003) destacou que, nos dois primeiros anos de vida, as crianças apresentam dificuldades para permanecer hospitalizadas, devido às características do ambiente hospitalar: paredes lisas, níveis variados de iluminação, pessoas estranhas, aparelhos específicos para a realização de exames.

A respeito disso, Piaget (Wadsworth, 1996), traz a teoria da equilíbrio, de uma maneira geral, trata de um ponto de equilíbrio entre a assimilação e a acomodação, e assim, é considerada como um mecanismo auto regulador, necessária para assegurar à criança uma interação eficiente dela com o meio-ambiente. Esses fatores devem ser avaliados pelo psicólogo para realizar orientações junto à família e à equipe de saúde, quando a criança apresenta mudanças comportamentais secundárias a sua inserção no hospital. Além disso, o conhecimento da patologia e do prognóstico permite que estratégias de intervenção sejam utilizadas pelo psicólogo.

E é nesse momento que os recursos que façam a criança sentir-se acolhida e respeitada pelas outras pessoas são utilizados para tornarem o ambiente hospitalar um local onde também é possível desenvolver suas potencialidades, trago para ilustrar na prática essa questão, a utilização do desenho como recurso terapêutico no auxílio a aceitação da medicalização por parte da criança adoecida, e também como forma de trabalhar questões de respeito entre pais e filhos.

A criança em questão foi diagnosticada com Leucemia Linfóide Aguda, tinha 4 anos de idade e sexo feminino. Apesar da pouca idade, era uma criança que apresentava

um bom desenvolvimento cognitivo, e estava contactuante. Foi solicitado por parte da equipe, uma avaliação psicológica motivada pelo fato de que a criança apresentava um comportamento resistente a equipe cuidadora, e uma irritabilidade com seus pais chegando a ser de nível muito agressivo.

Sendo a Avaliação Psicológica segundo o (CFP, 2007) um processo técnico e científico realizado com pessoas ou grupos de pessoas que, de acordo com cada área do conhecimento, requer metodologias específicas. Ela é dinâmica, e se constitui em fonte de informações de caráter explicativo sobre os fenômenos psicológicos, com a finalidade de subsidiar os trabalhos nos diferentes campos de atuação do psicólogo, dentre eles, saúde, educação, trabalho e outros setores em que ela se fizer necessária. Trata-se de um estudo que requer um planejamento prévio e cuidadoso, de acordo com a demanda e os fins aos quais a avaliação se destina.

Ao ser solicitado uma avaliação Psicológica, antes de chegar ao primeiro contato com a criança, buscou-se conhecer um pouco do seu caso clínico e histórico, através de seu prontuário e em seguida realizou-se um atendimento com a criança, para levantamento de demanda e confirmação ou não da queixa trazida por parte da equipe.

Após ser confirmado a queixa inicial, pensou-se então em como atuar frente a essa problemática que estava prejudicando o delineamento do tratamento da mesma. Utilizou-se então a Psicoeducação. E como recurso lúdico, o desenho.

Após o atendimento com a criança, continuei acompanhando os pais da mesma, visto ter percebido que devido a fragilidade do tratamento ao qual a filha estava sendo submetida, os mesmos não estavam conseguindo impor regras ou limites a criança, por não se sentirem confortáveis em repreendê-la “já que ela já está sofrendo tanto” palavras do pai da criança.

A respeito disso utilizamos a Técnica da Psicoterapia Breve de Apoio que conforme Fiorini (2004) orienta-se fundamentalmente no sentido da compreensão psicodinâmica dos determinantes atuais da situação de doença, crise ou descompensação, além de uma compreensão psicodinâmica da vida cotidiana do paciente e compreensão da estrutura da personalidade como uma subestrutura, visto que não encerra em si a totalidade das determinações da estrutura “doença”.

Ocasionalmente, procura modificar algumas linhas de comportamento, estimulando tentativas de aquisição de comportamentos novos durante a experiência terapêutica. A estratégia básica desta técnica consiste em estabelecer um vínculo terapêutico encorajador, protetor, orientador (Ferreira, 2010).

Outro recurso utilizado foi o desenho, tanto de criação, onde a criança se inspirava na realidade, mas adicionava coisas de sua imaginação quanto o desenho mais figurativo, onde o objetivo era realmente apresentar à criança algo mais próximo de sua realidade. Esse recurso lúdico, por ser uma das atividades preferidas das crianças, pode ser considerado como um veículo importante para a manifestação dos sentimentos e emoções infantis, configurando-se assim, como uma técnica capaz de proporcionar o conhecimento da dimensão subjetiva da criança (Ancona-Lopez, 2013).

Para exemplificar trago o atendimento realizado junto a L. H. criança do sexo masculino com 07 anos de idade, diagnosticado com linfoma de Hodgkin, onde através desse recurso, do desenho, ele pôde permitir-se falar de seu adoecimento. A criança em questão recebeu uma folha A4 em branco e desenhou uma criança, ao desenhá-la a nomeou com seu nome, e ao continuar a traçar seu desenho, pintou um carro, e disse ser o mesmo uma ambulância, “essa criança dentro da ambulância tia, é um garoto muito dodói, mas ele tá indo se cuidar no hospital, pra ficar bom e ir jogar bola de novo” assim L. H. falava ao me apresentar seu desenho.

Utilizar-se do desenho e das histórias, é ter a oportunidade de ir ao encontro com essas crianças de uma forma menos agressiva e mais agradável e natural, possibilitando que estas externalizem de maneira livre seus medos, angústias, fantasias, vivências, entre outros (Trinca, 2013). Dessa forma, ao fazer uso desta técnica, L. H. pôde deixar fluir seus medos, desejos dos quais ele não falava, e a partir daí pudemos trabalhar tais questões.

Atividades psicoeducativas, também, foram utilizadas, almejando informar, esclarecer e orientar a cerca de como ocorreria o procedimento, como a criança poderia lidar com os aspectos emocionais e como comportar-se diante dessa situação (Guimaraes, 2012). Utilizou-se questionamentos tanto para à criança adoecida quanto para seu acompanhante, a respeito tanto do que conheciam sobre o adoecimento e tratamento, como também para que os mesmos tornassem conscientes a necessidade do tratamento que é realizado e quais as melhores formas de portar-se frente aos procedimentos.

Um outro caso que dentre os muitos atendidos, paralisou a atenção e cuidado maior da estagiária, foi o de W. N. adolescente de 12 anos que desde o estágio supervisionado Específico I, já era acompanhada pela estagiária em questão. Até então os atendimentos à esta, eram em sentido de acompanhamento terapêutico, para fortalecimento egóico tanto dela, quanto de seus parentes, visto a fragilidade de seu quadro clínico. Entretanto, o atendimento que será descrito tornou-se bem singular, visto

ter sido uma intervenção mais voltada não só para a paciente, mas para a equipe cuidadora, aqui representada por uma enfermeira.

No referido dia, chegando a enfermaria da oncologia pediátrica, para me aparamentar e fazer a higienização das mãos, para então ir realizar os atendimentos na oncologia pediátrica, deparo-me com a paciente W. N. chorando e gritando muito, estava sentada numa cadeira com os braços estendidos sobre o leito da enfermaria e a enfermeira estava tentando conseguir o acesso venoso da paciente, contudo, cabe ressaltar que, devido ao tempo de tratamento da mesma, suas veias já encontravam-se muito sensíveis e a dificuldade em conseguir acesso, tornava-se maior.

Sendo assim, a dor que a paciente sentia, fazia com que a mesma chorasse desesperadamente e flexionasse seu braço, dificultando ainda mais o acesso. A enfermeira que estava tentando realizar o procedimento, de forma muito indelicada dizia que ela “precisava se calar, parar de se mexer, que não ia passar o dia todo ali, tinha outros pacientes e sua coluna já estava doendo muito”.

Enquanto isso, observei a situação, até o momento em que a enfermeira falou: “vou mandar chamar a psicóloga para ver se ela se cala”, nesse momento me apresentei como a estagiária de Psicologia da oncopediatria e falei: “bem, se quiser chamar a psicóloga do Hospital, fique a vontade, mas eu, enquanto estagiária da Ala e responsável pelos atendimentos de W. N. não vou pedir pra ela se calar” imediatamente a enfermeira mudou de postura e disse: “está bem complicado achar a veia dela desse jeito, ai eu falei: posso conversar com ela por um tempo? Ela então me permitiu. Nesse momento, passei um tempo com W. N. que se apresentou inicialmente resistente, mas que depois mostrou-se aberta a conversar. Lhe expliquei tudo que lhe aconteceria e não omiti que sentiria dor, mas que seria amenizada se ela tentasse respirar melhor e relaxar. O relaxamento muscular visa auxiliar a criança a relaxar a parte do corpo envolvida no procedimento, solicitando que ela realize a tensão e o relaxamento de um membro de forma alternada (Barros,2010).

Após esse momento, ela pediu que eu não saísse de perto dela, afirmei que ficaria lá com a mesma até o procedimento ser finalizado e pedi que ela impusesse toda dor que sentira, apertando minha mão. Assim que ela relaxou, a enfermeira conseguiu o acesso venoso, e depois disso encerrei o atendimento. Solicitei antes de sair, falar com a enfermeira, a mesma saiu da sala junto comigo, e nesse momento expliquei para ela a importância de explicar os procedimentos à paciente, o quanto era necessário que ela deixasse claro que sim, iria doer, mas que o nível da dor dependeria muito mais, do quanto

a paciente estaria calma e relaxada, e que isso só seria possível se houvesse entre a paciente e a enfermeira ou cuidador, um elo de confiança.

Considerações Finais

A notícia ou confirmação do diagnóstico de uma doença como o câncer infantil repercutem em diversas subjetivações tanto da própria criança/paciente, quanto em seus familiares/acompanhantes. O tratamento de uma doença oncológica faz surgir fantasias, incertezas quanto ao futuro, preocupações e muita angústia. Percebe-se que o signo câncer infantil quando legitimado por exames especializados e verbalizado pelo saber médico, institui uma quebra de rotina pessoal, familiar, social escolar. Ao mesmo tempo em que a criança diagnosticada com câncer e seus familiares vêm-se convocados a tomar consciência de que a pessoa enferma migrou da condição de saudável para condição do ser/estar doente e que precisa se submeter a um tratamento longo, medicalizante, invasivo, doloroso e sem garantias.

Diante disso, a atuação do Psicólogo na Oncologia Pediátrica, deve visar a minimização do sofrimento do sujeito adoecido. E, ao compreender que esse sujeito é uma criança, as atuações precisam ser pautadas na criatividade e na ludicidade, visto entender que é através desses recursos que a comunicação entre terapeuta e paciente nesse ambiente, se constroem.

A atuação utilizando a ludicidade, nesse cenário, se constituiu enquanto de caráter terapêutico e educativo, e por ser assim, abriu possibilidades de diversas expressões subjetivas, dúvidas, medos, ansiedades, e ainda, permitiu que a criança conseguisse expressar através de um desenho, de uma contação de história, de uma conversa, como se sentia frente ao adoecimento, hospitalização e tratamento.

Mediante as experiências que serviram de relato neste trabalho, servindo como exemplo da gama bem maior de atendimentos e intervenções que ocorreram, esse trabalho é de grande relevância ao cenário que se constrói, à Psicologia que é realizada nos hospitais, e aqui, na Oncologia Pediátrica, visto que possibilitou à profissional ainda que estudante/estagiária observar o modo como o paciente e familiar enfrentam esse processo de adoecimento hospitalização e tratamento, conseguindo a partir disso realizar intervenções que auxiliaram tanto a criança, quanto seu parente/acompanhante a lidar melhor com essa vivência.

Contudo, percorrer essa trajetória não foi nada fácil, visto que, o arcabouço teórico para esse cenário ainda é bastante escasso, e articular essa vivência com a prática, foi o que verdadeiramente tornou tudo significativo.

Cada “Obrigado”, cada lágrima de alívio, cada sorriso, cada “ obrigado por permanecer aqui comigo” funcionaram como fenômenos semióticos para que fosse possível perceber que toda a experiência vivenciada no lugar de aprendiz valeu a pena. Assim sendo, o estágio proporcionou enriquecer ainda mais a bagagem teórica e principalmente prática, fazendo pensar e fazer a cada dia, visando a minimização do sofrimento do sujeito que ESTÁ adoecido e que não é um corpo dócil.

Por fim, não poderia deixar de trazer um texto que muito me marcou nessa vivência, de autoria desconhecida;

Quando uma pessoa doente pode chorar.

Quando essa pessoa com dor pode ter medos.

Quando ela pode fazer todas as perguntas.

Quando ela tenta entender os procedimentos.

Quando ela é prevenida e preparada para os efeitos colaterais dos tratamentos.

Quando ela percebe que pode ser parte ativa do processo de cura.

Quando ela aprende o que é “ qualidade de vida”

Quando ela descobre os benefícios que a doença pode ter-lhe trazido.

Quando ela passa a ser um indivíduo e não apenas mais um “caso”.

Quando ela pode rever seus valores.

Quando ela pode estabelecer novos objetivos.

Quando ela cria novos canais para se expressar.

Quando ela pode utilizar melhor seus recursos internos.

Quando ela vive o momento do adoecimento como uma oportunidade de se livrar da alienação quanto a si mesma.

Quando ela descobre o sentido da “boa morte” quando ela sabe que, mesmo que algo lhe aconteça, sua família poderá ser amparada emocionalmente.

Quando ela puder falar e ouvir sobre o medo de morrer...

Certamente essa pessoa está sendo acompanhada por um Psicólogo Hospitalar...

Referência Bibliográfica

- American Psychological Association (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6 th Ed.). Washington, DC: APA.
- American Cancer Society. *Cancer Facts & Figures 2016*. Atlanta, Ga: American Cancer Society.
- Angerami-Camon, V. A. (1995) *O psicólogo no hospital*. In: *Psicologia Hospitalar: teoria e técnica*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, (p.15-28.)
- Andraus, L.M.S.; Minamisa, V.A.R.; Munari, D.B. (2004). Cuidando da família da criança hospitalizada. *Rev Bras Cresc Desenv Hum*. 14 (2):54-60
- Ancona-Lopez, S. (2013). O uso do procedimento de Desenhos – Estórias na abordagem fenomenológico existencial. In W. Trinca (org.). *Procedimento de desenhos-estórias: formas derivadas, desenvolvimentos e expansões*. (pp. 161-176). São Paulo: Vetor.
- Baptista, M. N. & Dias, R. R. (Orgs.). (2003). *Psicologia hospitalar*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 176p.
- Barros, L. (2010). A dor pediátrica associada a procedimentos médicos: contributos da Psicologia pediátrica. *Temas em Psicologia*, 18 (02), 295-306. Recuperado em 20 de junho de 2016, de <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-389X2010000200005&script=sci_arttext>.
- Barros, T. M. (1999). *Psicologia e Saúde: Intervenção em hospital geral*. Aletheia [Online], 10, 115-120.
- Beltrão, M. R. L. R.; Vasconcelos, M. G. L.; Pontes, C. M. & Albuquerque, M. C. (2007). Câncer infantil: percepções maternas e estratégias de enfrentamento. *Jornal de Pediatria*, 83 (6), 562-566.
- Brasil. (2009). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS*. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília.
- Bruscato, W. L. (2004). A Psicologia no Hospital da Misericórdia: um modelo de atuação. In W. L. Bruscato, C. Benedetti, & S. R. A. Lopes. *A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo: novas páginas em uma antiga história*, (pp. 17-32). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Campos, E. P. (2004). *Suporte social e família*. In J. Mello Filho (Org.), *Doença e família*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Carvalho, A. M., & Begnis, J. G. (2006). Brincar em unidades de atendimento pediátrico: Aplicações e perspectivas. *Psicologia em Estudo*, 11 (1), 109-117.
- Carvalho, C.S.U.D. (2008) A necessária Atenção à Família do Paciente Oncológico. *Rev Bras de Cancerol.* 54(1): 87-96.
- Casseb, M.S. (2011). *Efeito de três procedimentos de intervenção sobre adesão ao tratamento em adultos com diabetes.* (Tese de Doutorado - Universidade Federal do Pará, Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento, Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Belém).
- Cavicchioli, A. C.; Menossi, M. J. & Lima, R. A. G. (2007). Câncer infantil: o itinerário diagnóstico. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 15 (5), 1025-1032.
- CFP – Conselho Federal de Psicologia. (2010). Resolução 13/07. Acesso em 13/05/16. Disponível em <<http://www.pol.org.br>>
- Chiattonne, H. B (2003). A criança e a hospitalização. In: W. A. Angerami- Camon, A *psicologia no hospital.* (Pp. 23-100), São Paulo: Thomson.
- Conselho Federal de Psicologia (2007). *Cartilha sobre avaliação Psicológica.* P. 8 Recuperado em 01 de julho de 2016, de <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/05/Cartilha-Avalia%C3%A7%C3%A3o-Psicol%C3%B3gica.pdf>>
- Consins, N. (1992). *Cura-te pela cabeça: a biologia da esperança.* 1ª ed. São Paulo: Saraiva.
- Crepaldi, M.A.; Linhares, M.B.M. et al. (org.). (2006). *Temas em Psicologia Pediátricas.* São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dyniewicz, A.M. (2009). *Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes.* 2ª Ed. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, pp 207.
- Finkel, L. A. (2009). *O lugar da mãe na psicoterapia da criança – uma experiência no atendimento psicológico na saúde pública.* *Psicologia: Ciência e Profissão*, 29(1), 190-203.
- Fiorini, H. J. (2004). *Teoria e técnicas de psicoterapias.* São Paulo: Martins Fontes.
- Garófolo, A. (2005). *Diretrizes para terapia nutricional em crianças com câncer em situação crítica.* *Revista de Nutrição, Campinas*, v. 18, n. 4, jul /ago.
- Gil, A. C. (2010). *Como Elaborar Projetos de Pesquisa.* 5ª ed. São Paulo: Atlas, PP.27
- Guimarães, T. B (2012). *Intervenção psicoeducativa em oncologia: um estudo sobre o uso de site com jogos eletrônicos.* Brasília, Brasil.

- Instituto Nacional do Câncer [Inca]. (2008). *Informações sobre o câncer pediátrico*. Recuperado em 15 de fevereiro de 2016 de < www.inca.gov.br>.
- Jesus, L. K. R. & Gonçalves, L. L. C. (2006). O cotidiano de adolescentes com leucemia: O significado da quimioterapia. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 14 (4), 545-550.
- Lemgruber, V. B. (1990) *Psicoterapia Breve: A Técnica Focal*. 3.ed. Porto Alegre, Artes Médicas.
- Leite, S.N. & Vasconcellos, M.P.C. (2003). Adesão à terapêutica medicamentosa: Elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência e Saúde coletiva [online]*, 8(3), 775-782.
- Maiana, Jugend, & Jurkiewicz, Rachel. (2012). A assistência psicológica através da escuta clínica durante a internação. *Revista da SBPH*, 15(1), 3-21. Recuperado em 13 de setembro de 2016, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582012000100002&lng=pt&tlng=pt.
- Maldonado, M. T., & Canella. P. (2009). *Recursos de Relacionamentos para Consultórios, ambulatórios e hospitais*. Ribeirão Preto, SP: Editora Novo Conceito.
- Malta, J. D. S.; Schall, V. T. & Modena, C. M. (2008). Câncer pediátrico: o olhar da Família /cuidadores. *Pediatria Moderna*, 44 (3), 114-118.
- Melo, L. L. & Valle, E. R. M. (2004). *A criança com câncer em iminência de morte: revisão da literatura*. *Acta Oncológica Brasileira*, 24 (3), 671-675.
- Miyazaki, M.C.O.S., Domingos, N.A.M., & Caballo, V.E. (2001). *Psicologia da Saúde: Intervenções em hospitais públicos*. In: B. Rangé (org.). *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*, (pp.463-474). Porto Alegre: Artmed.
- Neipp, M., López-Roig, S., Terol, M., & Pastor, M. (2009). Changes in control beliefs, emotional status and psychosocial adaptation among women with breast cancer. *Anales de Psicologia*, 25, 36-43.
- Nicolau M. Abath D. Laranjeira P. C. Moscoso T. Marinho T. Nicolau V. (2010). *Comunicação e Semiótica: visão geral e introdutória à Semiótica de Peirce*. (pp. 1-2). Campina Grande.
- Nóbrega, M.M.L.; Silva, K.L. (2009). *Fundamentos do cuidar em Enfermagem*.

- 2ª ed. Belo Horizonte: ABEn; Peirce, C. S. (1958). *The Collected Papers*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Pinto, M. C. M. "et al". (2009). Significado do cuidar da criança e a percepção da família para a equipe de enfermagem. *Revista Einstein* (Hospital Israelita Albert Einstein), 7 (1 Pt 1), São Paulo, SP.
- Portal Educação (2013). *Apoio Matricial ou Matriciamento*. Recuperado em 15 de Fevereiro de 2016, em <<http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/43916/apoio-matricial-ou-matriciamento>>.
- Ribeiro, J.L.P. (2011). *A Psicologia da Saúde*. In ALVES, RF., org. *Psicologia da saúde: Teoria, intervenção e pesquisa [online]*. Campina Grande: EDUEPB. pp. 23-64. ISBN 978-85-7879-192-6. Available from SciELO Books.
- Santaella, L.; Nöth, W. (1999). *Imagem: cognição, semiótica, mídia*. São Paulo: Iluminuras.
- Santaella, L. (2007). *O que é semiótica*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1983. *Semiótica aplicada*. São Paulo: Thomson Learning.
- Silva, S. M. M. (2006). Atividades lúdicas e crianças hospitalizadas por câncer: o olhar dos profissionais e das voluntárias. In E. Bomtempo, E. G. Antunha & V. B. Oliveira (Orgs.). *Brincando na escola, no hospital, na rua* (pp.127-142). Rio de Janeiro: Wak.
- Simonetti, A. (2004). *Manual de Psicologia Hospitalar: o mapa da doença*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Senado Federal (2008). *Lei 11.788, lei de estágio*. 25 de setembro de 2008). Brasília DF.
- Trinca, A. M. T (2013). Desenvolvimentos do procedimento de Desenho – Estórias. In: W. Trinca (org). *Procedimento de desenhos-estórias: formas derivadas. Desenvolvimentos e expansões*. (pp.27- 76). São Paulo: Vetor.
- Wadsworth, B. (1996). *Inteligência e Afetividade da Criança*. 4. Ed. São Paulo: Enio Matheus Guazzelli.