



LUDOTERAPIA: UM RECURSO TERAPÊUTICO COM PACIENTE INFANTIL  
EM INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Luana Boschetti

Caxias do Sul, 2019

UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL  
ÁREA DO CONHECIMENTO DE HUMANIDADES  
CURSO DE PSICOLOGIA

LUDOTERAPIA: UM RECURSO TERAPÊUTICO COM PACIENTE INFANTIL  
EM INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Trabalho apresentado como requisito parcial para conclusão do curso de graduação em Psicologia, sob orientação da professora Dra Tania Maria Cemin Wagner

Luana Boschetti

Caxias do Sul, 2019

## AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente a um paciente infantil oncológico atendido por mim entre o período de novembro de 2018 à dezembro de 2019, durante o Estágio Clínico I, II e III de Psicologia realizado no Hospital Geral de Caxias do Sul. Uma criança que me inspirou e compartilhou comigo seu mundo, me proporcionando uma intensa e gratificante experiência e lição de vida.

Também agradeço aos meus pais e minha irmã pelo carinho, investimento, paciência, dedicação e amor. Às minhas amigas, por compreenderem minha ausência em determinados períodos e estarem prontas a me acolher, permanecendo nos momentos bons e ruins. Às colegas que se tornaram amigas, pelas trocas, por terem me escutado em momentos de angústia, compartilhado dúvidas, fornecendo compreensão e incentivo, tornando-se pessoas que desejo levar por toda vida.

Meu agradecimento a todos os professores de Psicologia da Universidade de Caxias do Sul, que através de seus ensinamentos contribuíram em minha formação.

**SUMÁRIO**

RESUMO.....	5
INTRODUÇÃO.....	6
OBJETIVOS.....	9
Geral.....	9
Específicos.....	9
REVISÃO DE LITERATURA.....	10
O contexto hospitalar para uma criança.....	10
Cuidados paliativos na oncologia-pediátrica.....	13
A ludoterapia enquanto recurso terapêutico.....	18
MÉTODO.....	24
Delineamento.....	24
Fontes.....	25
Instrumentos.....	26
Procedimentos.....	26
Referencial de análise.....	27
RESULTADOS.....	28
DISCUSSÃO.....	37
Categoria 1 : Promoção da comunicação e manifestação de sentimentos.....	37
Categoria 2: Dramatização: a representação da morte.....	41
Categoria 3: Repercussão da ludicidade.....	44
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	47
REFERÊNCIAS.....	49

## RESUMO

O presente estudo tem por objetivo geral apresentar a ludoterapia como um recurso terapêutico a ser utilizado com paciente infantil oncológico que se encontra na fase de cuidados paliativos, em situação de internação hospitalar. Para isso, a revisão de literatura consiste em inicialmente contextualizar o ambiente hospitalar para uma criança, explorando os impactos que esse contexto e a condição do câncer representam na vida do paciente. Posteriormente, caracteriza-se a fase de cuidados paliativos na oncologia pediátrica, ou seja, quando não há perspectiva de cura do câncer, mas a qualidade de vida ainda pode ser preservada. Após, apresentam-se possíveis contribuições da ludoterapia, enquanto recurso terapêutico, considerando o contexto e as condições apresentadas. O método deste trabalho consiste em realizar uma pesquisa bibliográfica qualitativa de cunho exploratório e interpretativo, utilizando como fonte dois artefatos culturais, os filmes: Patch Adams e A Cura. As cenas foram recortadas e agrupadas em três categorias de análise, sendo elas: Promoção da comunicação e manifestação de sentimentos; Dramatização enquanto representação da morte; e Repercussões da ludicidade. Utiliza-se como referencial de análise, a análise de conteúdo de Laville & Dionne (1999). A discussão feita à luz da revisão de literatura aborda a finalidade socializadora do brincar, exemplificando através das cenas do filme a forma como o lúdico promove interação com os que o cercam. Apresenta-se a dramatização como um possível auxílio na elaboração e compreensão da vivência subjetiva do paciente frente a sua condição, propiciando um alívio de angústias e ansiedades. Ainda, explora-se um dos possíveis desfechos da ludicidade: a conversa com a criança e a prestação dos esclarecimentos quanto a sua condição. Através do lúdico, o profissional pode aproximar-se, intensificar o vínculo por utilizar a linguagem da criança e colocar-se à disposição para conversar sobre os medos e angústias que se passam com o paciente.

**Palavras-chave:** ludoterapia; psicologia hospitalar; paciente infantil.

## INTRODUÇÃO

A escolha do tema se deve à minha prática no Estágio Clínico I e Estágio Clínico II (em andamento), que foram realizados no Hospital Geral, no qual o atendimento ao paciente infantil oncológico foi apresentado como uma demanda para psicologia hospitalar. No atendimento a pacientes infantis, o uso da ludoterapia foi de suma importância para o atendimento psicológico realizado no estágio.

Na grade curricular do curso de Psicologia, a disciplina de Psicologia da Saúde despertou interesse pela oncologia e pela Psicologia Hospitalar. Já as disciplinas de Psicologia da Infância, Processos Psicopatológicos na Infância e Intervenção Clínica na Infância e na Adolescência foram fundamentais para a compreensão da fase de desenvolvimento da infância e da condução de um atendimento ao paciente infantil. As disciplinas de Psicodiagnóstico I e Psicodiagnóstico II, além de Intervenções Breves norteiam a prática do processo terapêutico. Ainda, a disciplina Família e Processos Psicossociais também contribuiu no entendimento da criança como um sintoma da família. A disciplina de Entrevista Psicológica auxiliou na capacitação para a condução das entrevistas, enquanto a disciplina de Psicanálise, Fundamentos da Personalidade e Teorias da Personalidade foram a base fundamental para compreensão do sujeito.

Em suma, grande parte das disciplinas ancoram esta etapa final do curso e o desenvolvimento deste trabalho, pois todas corroboraram para o entendimento geral da atuação desta profissão. Na trajetória acadêmica, fora da grade curricular, concomitante à graduação, realizou-se cursos de extensão com a temática de Psicologia Hospitalar, o que também agregou maior identificação e interesse pelo tema proposto.

A hospitalização é considerada um fenômeno estressor para o desenvolvimento da criança, devido às privações que se sucedem a ela, como restrição de visitas, afastamento do convívio social, ausências escolares, além da presença de tensões familiares, adaptação

à rotina hospitalar, injeções, medicações, submissão a exames dolorosos e invasivos, quimioterapia, entre outros fenômenos. Diante do exposto, o componente lúdico agregaria função terapêutica para enfrentamento de efeitos traumáticos dos tratamentos médicos (Motta & Enumo, 2010).

A criança percebe o contexto hospitalar como um *mix* de mistério e terror, devido a sua limitação cognitiva para lidar com o abstrato, com a temporalidade dos fatos e relações de causa e efeito. Berté et al. (2018) retomam a Resolução n. 41, de 1995, do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda), que visa preservar as características próprias da infância, abordando que é de direito das crianças institucionalizadas a necessidade de medidas lúdicas minimizadoras dos efeitos prejudiciais da hospitalização, apoiando e reconhecendo a importância do brincar.

Segundo Hostert, Motta e Enumo (2015), a hospitalização pode causar efeitos imediatos no comportamento da criança, além de despertar sentimentos de medos, agressividade, causar pesadelos ou fantasias sobre ser separado dos pais. Tudo isso faz parte do repertório de enfrentamento da criança que advém de seu desenvolvimento cognitivo e histórico de vivências anteriores.

Quando a criança no contexto hospitalar, tem um diagnóstico de câncer, percebe-se que o câncer infantil deixou de ser uma doença fatal para tornar-se uma doença crônica passível de tratamento à longo prazo. A psico-oncologia surgiu na medida em que a equipe multidisciplinar foi percebendo a influência e o impacto dos aspectos emocionais e sociais no tratamento. (Gurgel & Lage, 2013).

No atendimento à criança neste contexto hospitalar e com o diagnóstico de câncer, destaca-se o uso da ludoterapia. O brincar, como um recurso terapêutico, possibilita que a criança simbolize e represente situações que a perturbam. A forma do brincar alude às representações psíquicas, sentidos e significações da criança (Kishimoto, 1998). Ainda em relação ao brincar, Berté et al. (2017) consideram que se trata de uma forma de ajudar a

criança a perceber o que está acontecendo, possibilitando a manifestação de medos e ansiedades e conduzindo a um bem-estar físico e psicológico.

No momento em que o câncer evolui para um estágio de cuidados paliativos, Pessini e Bertachini (2004) abordam que mesmo que não haja perspectiva de cura em um tratamento, ainda há muito a ser feito por um paciente, no que tange ao alívio e controle de sintomas. Isso levaria a uma melhor qualidade de vida, além do cuidado da dimensão da mortalidade e finitude humana, manifestada através de necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais.

Desta forma, o presente estudo tem como problema de pesquisa: Quais as contribuições do uso da ludoterapia com paciente infantil oncológico na fase de cuidados paliativos, em situação de internação hospitalar?

## OBJETIVOS

### **Objetivo Geral:**

Identificar contribuições do uso da ludoterapia com paciente infantil oncológico na fase de cuidados paliativos, em situação de internação hospitalar.

### **Objetivos Específicos:**

- Contextualizar o ambiente hospitalar para uma criança.
- Caracterizar a fase de cuidados paliativos na oncologia pediátrica.
- Apresentar possíveis contribuições da ludoterapia, enquanto recurso terapêutico.

## REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura consiste na apresentação de aspectos teóricos e estudos pertinentes para poder sustentar a reflexão acerca de um problema de pesquisa. As informações selecionadas relativas ao problema são afuniladas, partindo-se de conhecimentos gerais para específicos, fornecendo pertinência à área de estudo (Laville & Dionne, 1999). Neste trabalho, a revisão de literatura foi dividida em três tópicos. Inicialmente, buscou-se caracterizar o contexto hospitalar para uma criança; posteriormente, introduziu-se o conceito de cuidados paliativos na oncologia-pediátrica acerca da morte; e, por fim, apresentou-se a ludoterapia enquanto um recurso terapêutico.

### **O contexto hospitalar para uma criança**

A infância se caracteriza pela ilimitada energia, curiosidade, inquietude e pela grande atividade corporal, intelectual e afetiva. A prática pediátrica precisa se envolver com estas mesmas características, a fim de que a hospitalização não prejudique a criança internada. A enfermidade e a hospitalização representam uma forte ameaça à integridade emocional da criança, afetando seu corpo, emoções, cultura e relações (Ceccim, 1997). Costa-Junior (em Doca & Costa-Junior, 2007) retoma que, na cultura ocidental, a criança é percebida como um indivíduo ingênuo, frágil, rico em possibilidades e longevidade. Considerando esses aspectos, em relação à internação infantil, frequentemente, os relatos verbais dos adultos expressam sentimentos de raiva, piedade e não aceitação da situação, o que pode afetar o estado emocional da criança e seu repertório de comportamentos diante da doença e do tratamento, especialmente quando esse adulto é uma pessoa de referência pessoal da criança, como a mãe ou o pai.

O ambiente hospitalar difere do ambiente ao qual uma criança usualmente frequenta. Não bastando os sintomas físicos de sua doença, os procedimentos médicos invasivos e o sofrimento associado ao adoecimento, a criança ainda enfrenta a dificuldade

de estar em um local estranho, distante de seus familiares e privada das atividades que costumava desempenhar. A hospitalização pode despertar diferentes reações emocionais na criança, sendo as mais comumente observadas: depressão, ansiedade, mobilização de defesas, sintomas psicossomáticos, fantasia, isolamento e intensificação do vínculo afetivo com o cuidador. Dessa forma, pode-se afirmar que algum nível de sofrimento psíquico é praticamente inevitável neste contexto. Também é possível que a internação ocasionada pela doença orgânica denuncie o grau de sofrimento pelo qual a criança é exposta em sua dinâmica familiar (Lopes, 2012). A criança reedita o momento de separação, enquanto recém-nascido de sua mãe, ao ser retirada do meio familiar, separando-se de pessoas queridas. Assim, na hospitalização, a criança perde o ambiente seguro e protetor, sendo lançada em um ambiente desconhecido e imprevisível (Torres, 2002). No complexo hospitalar, o psicólogo deve estar ciente que enfrentará dificuldades para realizar seu atendimento, oriundas principalmente do *setting*, pois ele pode ser interrompido a qualquer momento em virtude de procedimentos médicos considerados indispensáveis e prioritários no quadro do paciente (Wanderlei, 2012).

Blount (em Doca & Costa-Junior, 2007) aborda que os programas de preparação psicológica para hospitalização devem priorizar a redução da percepção de dor durante a exposição a procedimentos médicos, enfocando a efetividade da distração da criança por meio do redirecionamento da atenção para estímulos não relacionados ao procedimento. Silva Jr. (em Soares & Zamberlan, 2001) descreveu que a aprendizagem tem maior eficácia quando ocorre de forma divertida. Assim, a aprendizagem de alguns conceitos relacionados à doença e à hospitalização podem ser mais facilmente trabalhados com a inclusão da atividade lúdica no hospital. Estar doente significa estar em situação de dependência e fraqueza, pode-se considerar que quase sempre a doença associa-se a sofrimento orgânico e psicológico. Os estímulos que sinalizam o sofrimento da criança não

devem ser negligenciados, pois o paciente pode vivenciar consequências emocionais em curto prazo, além de problemas de desenvolvimento (Macedo, Ribeiro & Dias, 2018).

Torres (2002) enfatiza que, na hospitalização, a criança experiencia uma desintegração proveniente de um duplo ataque a sua identidade, sendo um, a alteração do esquema corporal provocada pela doença, e outro, a exigência de adaptação às normas de comportamento exigidas ao “bom doente”, (como um comportamento passivo) o que gradativamente faz com que deixe de ser um sujeito para tornar-se paciente. Assim, o hospital é percebido como uma mãe má, que agride e castra. Ceccim (1997) acrescenta que a criança é referida como “paciente”, perdendo qualquer nomeação anterior como “piá, baixinho, pequeno, garoto ou criança”.

Segundo Licamele e Goldberg, em (Macedo et al., 2018), a criança perceberá a doença de acordo com suas habilidades cognitivas. As crianças menores de 3 anos manifestam maior ansiedade de separação. De 3 a 7 anos, as crianças tem pensamento pré-operacional, apresentando pensamentos mágicos através de suas crenças. Enquanto dos 3 aos 5 anos, iniciam a compreensão do mundo de modo concreto, desenvolvendo um senso de consciência, podendo atribuir sentimentos de culpa à hospitalização, acreditando que seja um castigo por mau comportamento. Dos 7 aos 12 anos, elas iniciam o pensamento concreto. Nessa fase, são capazes de discriminar particularidades, podendo compreender uma doença, sem precisar visualizar o “machucado”. Em crianças de 6 a 14 anos também há predomínio de culpa em relação à doença, porém com maior capacidade de consciência. Na entrada na adolescência é esperado que se sintam mais vulneráveis em relação ao corpo e dos 15 aos 18 anos podem associar a doença aos conflitos familiares. Duarte, Zanini e Nedel (2012) retomam o fato de que a família é o grupo social mais importante do indivíduo, sendo, portanto, os primeiros a sentirem o impacto e as consequências da hospitalização. A rotina dos membros da família de uma criança hospitalizada passa por diversas alterações, além da presença de sentimentos vivenciados no novo cotidiano. Com

a doença de um integrante da família, todos os membros são afetados, tornando-se essencial a escuta qualificada às demandas dos familiares e práticas que vão ao encontro dos pressupostos de humanização e cuidado.

A criança deve ser pensada a partir de todas as suas necessidades e não apenas na recomposição do organismo doente. O reconhecimento de que existem outras necessidades, além das clínicas, atribui igual relevância às esferas biológica, cognitiva, afetiva, social e psicológica. Tal reconhecimento incentiva a reformulação do modelo tradicional de atendimento pediátrico para uma assistência hospitalar que corresponda ao nível de desenvolvimento da criança e promova uma integração destas áreas de conhecimento. Independente de uma perspectiva ou não de cura, deve-se pensar na qualidade de vida oportunizada à criança no contexto hospitalar, pois sua força de vontade e atribuição de significados à doença e à hospitalização estarão construindo sua subjetividade (Ceccim, Cristófoli, Kulpa & Modesto, 1997).

### **Cuidados paliativos na oncologia-pediátrica**

Paliar, derivado do latim *pallium*, significa proteger. Proteger alguém é uma forma de cuidado, que objetiva amenizar a dor e o sofrimento, sejam eles de origem física, psicológica, social ou espiritual. (<https://paliativo.org.br/>). Matsumoto (2012) relembra o conceito de Cuidados Paliativos definido pela OMS como uma abordagem que visa à qualidade de vida do paciente e seus familiares no enfrentamento de doenças que ameacem a continuidade da vida, agindo em prevenção e alívio da dor e do sofrimento em todas suas instâncias (física, psicológica e social). Os Cuidados Paliativos se baseiam em alguns princípios, como: considerar a existência de uma doença que ameaça a vida, considerar que o tratamento não modifica o prognóstico da doença e extinguir a ideia de que “não há mais nada a se fazer”. Nunes (2012) apresenta o papel do psicólogo nos cuidados paliativos, mencionando que o profissional deve fornecer sua escuta clínica ao paciente, familiares e equipe, buscando favorecer a elaboração de vivências associadas ao adoecimento.

Segundo Angerami-Camon, Chiattonne e Nicoletti (1996), o estigma do câncer está associado diretamente ao sofrimento, sentença de morte, dor, mutilação, deformação, medo da morte e apreensão com a auto-imagem que denuncia a doença ao mundo pela visível perda de peso, perda do cabelo e demais modificações provocadas pelo tratamento. O termo câncer advém do grego *karninos* e do latim *cancer*, que significa caranguejo, simbolicamente representa a agressividade do animal, bem como capacidade de ser imprevisível e invulnerável. O câncer ocupa um espaço dramático e cruel, com caráter aterrorizador. A leucemia, por exemplo, é vista como invisível e incontrolável, o que aumenta o medo. Essas associações encontram-se arraigadas às pessoas ao ouvirem o diagnóstico, sendo que algumas expectativas falsas e negativas aumentam o sofrimento do paciente.

Valle (2001) considera que o câncer infantil introduz a possibilidade de uma inversão da ordem natural dos acontecimentos da vida, despertando, nos familiares, o medo da morte da criança. Siqueira, Santos, Gomez, Saltareli e Souza (2015) complementam que a morte se constitui no fato mais assustador da vida devido a sua imprevisibilidade e caráter incontrolável. Na infância, além de carregar um estigma de fatalidade é revestido de crueldade, pois a criança é socialmente percebida como sinônimo de vida, alegria e futuro.

Simão e Petrilli (2011) abordam que a notícia de ausência de cura de um diagnóstico de câncer na criança é um choque brutal, que gera nos pais um elevado grau de angústia. Siqueira et al. (2015) consideram que a criança tem uma compreensão da dor desencadeada pelo sofrimento da família. Seu sofrimento é evidenciado em grande parte, não pela consciência da doença, mas pela percepção do estado de fragilidade dos pais, principalmente da mãe. A criança sofre ao se perceber provocando sofrimento nos pais.

Por isso, neste estágio, mais do que nunca a família necessita do acompanhamento dos profissionais da saúde, lidando com tudo isso, de maneira mais humana possível. As

intervenções do psicólogo se fazem essenciais e devem contemplar tanto o paciente quanto a família. É fundamental dirigir sua escuta aos pais, no intuito de compreender o lugar que este filho ocupa, buscando identificar possíveis falhas de maternagem ou paternagem e verificando como a criança responde a estas falhas. Não é raro perceber mudanças de papéis, em que as crianças acabam amparando o sofrimento dos pais fragilizados. Nessa assistência, o profissional deve dar espaço à palavra, oferecendo um lugar para que a fala possa encontrar sentido, ajudando-os a dar significado. O psicólogo acolhe e acalma, ajudando o paciente e familiares na expressão e compreensão de seus afetos. A dor mobiliza aspectos emocionais, de caráter subjetivo associado a experiências traumáticas. Quando há histórico de traumas, estes se atualizam no contexto da doença e torna-se fundamental para a compreensão do drama e angústia que são desencadeados. Na criança pequena, a dor pode inclusive causar desinteresse pela brincadeira, pelos amigos e pelos cuidadores, o que angustia e afeta pessoas em sua volta (Simão & Petrilli, 2011).

Kübler-Ross (1996) afirma que os familiares se sentem frustrados pela impotência frente à doença do paciente, podendo existir culpa e desejo de recuperar momentos perdidos. Quanto mais forem ajudados a extravasar suas emoções antes da morte do paciente, mais reconfortados se sentirão esses familiares. Por vezes, estes relatam com orgulho, que jamais passam tristeza ao paciente, mantendo sempre um sorriso na sua presença, porém, poucos percebem que emoções genuínas são bem aceitas e podem ser compartilhadas.

Valle (2001) aborda o fato de que os pais buscam uma causalidade que explique a doença do filho, por vezes atribuindo a origem da doença ao seu comportamento e relação com o filho, o que pode ser uma interpretação que provoque sentimentos de culpa. Ainda é possível que, diante dessa culpa e impotência frente ao diagnóstico, os pais mudem o comportamento em relação ao filho, no intuito de compensar o sofrimento e procedimentos hospitalares e amenizar seus sentimentos de impotência ou remorso, em caso de piora do

quadro. A criança percebendo tais mudanças faz uso de sua condição para obter as compensações, podendo tornar-se “manhosa” de uma forma difícil de reverter.

Kovács (1992) aborda que os pais acreditam que evitando falar sobre a morte com a criança, estejam protegendo a mesma, como se aliviasse a dor ou mudasse a realidade. Porém, a criança sente-se confusa, desamparada e sem ter com quem conversar a respeito. Falar dessa morte não significa aumentar a dor, mas, provocar um alívio. A criança percebe o fato, e embora não expresse verbalmente, manifesta em seus jogos, desenhos e brincadeiras. As crianças sentem medo da morte, do sofrimento e do tratamento, além de passarem pelo sofrimento causado pela separação de sua família. Segundo Trinca (em Kovács 1992), a criança demonstra clara percepção da morte, mesmo sem conhecimento da gravidade da doença, por sentir a deterioração do seu corpo. Por vezes, perguntam apenas para a confirmação do que já sabem. Ao tentar esconder essa verdade dela, a criança pode sentir-se enganada, ou considerada ingênua, o que provoca um sentimento intenso de solidão. Torres (2002) concorda que a criança sabe mais do que os adultos supõem sobre a morte, portanto, explorar e tentar responder seus questionamentos é melhor do que permitir que medos mágicos atuem em sua imaginação.

Siqueira et al. (2015) esclarecem que o ser sofre em sua totalidade e a distinção entre dor física e emocional para a criança é tênue. A dor está atrelada à eminência da morte que aciona a imaginação infantil, associando esse fenômeno a algo monstruoso. As crianças relatam suas experiências configuradas pela fantasia e pensamento mágico próprios da fase de desenvolvimento. Torres (2002) acrescenta que as mudanças físicas provocadas pelo câncer, como queda de cabelo, perda ou excesso de peso, mutilações, afetam significativamente a criança, sobretudo em sua autoestima.

Almeida (2008) considera que o sentimento de morte, na criança, não surge apenas na morte concreta, mas também nas situações que configuram perdas ou frustrações, representando a morte simbólica. Quando a criança adoece gravemente, o confronto com a

morte é mais direto, causando medo do desconhecido, o que gera angústia e sofrimento. A criança percebe a proximidade da morte pela deterioração do seu estado geral ou quando outras crianças falecem. Pode-se empregar estratégias para falar de morte com crianças e adolescentes, utilizando livro de história, pintura, dramatização ou brinquedos, identificando o que ela realmente quer saber, mostrando-se disponível para responder seus questionamentos e não empregando metáforas ou filosofias religiosas. Para Torres (2002), o importante é que o silêncio não seja imposto, a criança deve perceber que o adulto é capaz de falar, responder, ouvir e compartilhar seus medos. Para a criança, ser ouvida e não se sentir sozinha significa ser reconhecida.

Torres (2002) apresenta as etapas de aquisição do conceito da morte, conforme os estágios de desenvolvimento cognitivo de Piaget. No estágio pré-verbal (0 a 2 anos), ainda não há compreensão cognitiva da morte. Na fase pré-operacional (2 a 6 anos), a morte é percebida como reversível ou temporária, em função do pensamento mágico, podendo inclusive ser associada ao sono. A criança também pode relacionar a morte a um castigo ou punição, pois não compreende as causas, acreditando que sentimentos ainda existam após a morte, como fome, medo, frio, etc. Também é possível a ocorrência de personificação da morte, como uma pessoa que vem buscar. No período operacional concreto (6 a 11 anos), a morte já é percebida como irreversível, mas não como universal, a criança não aceita a sua própria morte ou a de familiares. Nesse estágio, a criança identifica relações de causa e efeito. No estágio operacional formal (acima de 11 anos), a criança compreende a morte como irreversível, universal e inevitável a todos os seres vivos, envolvendo a cessação de todas as atividades corpóreas.

Permitir que a criança participe de conversas, discussões e temores, faz com que não se sintam sozinhas na dor, proporciona conforto de uma responsabilidade e luto compartilhados. Esse diálogo deve acontecer quando o paciente estiver preparado para

enfrentar e deve terminar quando ele não puder mais encarar os fatos. A ocasião indifere, desde que o paciente queira falar sobre (Kübler-Ross, 1996).

O medo da recaída e da morte são sentimentos constantes do paciente com câncer, pois, culturalmente, o câncer e a morte estão sempre ligados. A dor fica associada ao avanço da doença, estando relacionada ao medo, sendo que, dessa forma ao entrar em contato com o medo, é possível que a dor diminua. Para isso, é fundamental possibilitar a expressão desse medo (Carvalho, 1992). Percebendo essa necessidade, a ludoterapia, enquanto uma forma de expressão, possível nestas situações, será apresentada a seguir como um dos recursos terapêuticos.

### **A ludoterapia enquanto recurso terapêutico**

O tratamento psicoterápico, na abordagem psicanalítica, de um paciente infantil, tem características distintas se comparado ao dos adultos, embora seja semelhante em alguns aspectos. Coincidem em transferências, repetição, elaboração e resistência; e difere-se na atuação dos fenômenos, pois a criança utiliza o brincar e a conduta direta, enquanto o adulto, a verbalização e a conduta (menos direta) (Bornholdt, 1989).

O lúdico, no contexto hospitalar, pode estar presente nas atividades de recreação, principalmente em brinquedotecas existentes, considerado essencial para a criança suportar a internação. Também pode ser utilizado como um instrumento técnico para o tratamento psicológico infantil em atendimento junto a um profissional da Psicologia. O brincar permite compreender a realidade psíquica infantil, seu contexto familiar e como o paciente está lidando com seu diagnóstico, internação e tratamento, além de ressignificar experiências difíceis, possibilitando a elaboração de angústias do que foi vivenciado como traumático ou muito sofrido. A tradução do jogo para a linguagem latente permite orientar os pais, apresentando possibilidade de posicionamentos eficazes frente aos sintomas do paciente infantil (Wanderlei, 2012).

A criança acometida por uma doença e submetida a uma internação hospitalar, pode manifestar diversas consequências psíquicas como: medo, ansiedade, preocupações, problemas de sono, de comportamento, de apetite, entre outros. Para garantir seu equilíbrio emocional, o brincar é essencial, seja no leito ou na brinquedoteca do hospital. Preservar a saúde emocional da criança, proporcionar alegria e distração por meio de oportunidade de brincar e encontrar parceiros, familiarizar roupas e instrumentos hospitalares por meio de situações lúdicas, dar continuidade à estimulação de seu desenvolvimento, amenizar o trauma psicológico da internação e facilitar o acesso destes materiais aos familiares e visitantes, são os objetivos da brinquedoteca. É comum a criança brincar de médico, enfermeiro ou manusear termômetros, estetoscópios, injeções e fantasiar que os bonecos estão doentes, o que representa sua própria condição e permite que encontre mecanismos de enfrentar medos e angústias. Sugere-se que os brinquedos disponibilizados tenham valor funcional, experimental, de estruturação e de relação (Valle & Melo, 2008).

O brincar é a forma de comunicação utilizada pela criança para se relacionar, sendo considerada a linguagem da infância. Dessa forma, o brinquedo é o elo que permite a ligação entre mundo interno e mundo externo da criança, ou seja, entre a realidade e a fantasia (Duarte, 1989). O brincar, além de ser divertido para a criança, ajuda a promover afinidade no vínculo entre ela e o terapeuta. Os medos e resistências da criança são reduzidos quando ela se defronta com brinquedos no atendimento. Acompanhar a criança brincando permite que o psicólogo avalie sua maturidade, inteligência, imaginação, criatividade, organização cognitiva, orientação de realidade e capacidade de resolução de problemas, entre outros aspectos (Oaklander, 1980) e também, auxilia o terapeuta a compreender melhor suas necessidades, porque facilita uma comunicação mais efetiva com ela. O paciente pode reconhecer, no profissional, a capacidade de intérprete e defensor, uma pessoa adulta em quem ela possa reconhecer como aliado e confiar (Lindquist, em Soares & Zamberlan, 2001).

Winnicott (1982) afirma que crianças dão vazão ao ódio e à agressividade nas brincadeiras, como se fossem substâncias possíveis de se livrar, por serem encarados como algo ruim que se carrega dentro de si. Acrescenta, ainda, que além de brincar por prazer, as crianças brincam para dominar angústias e controlar ideias ou impulsos que conduzem à angústia se não forem dominados. A angústia é sempre um fator predominante presente na brincadeira infantil. A criança adquire experiências ao brincar, sejam elas externas ou internas, advindas da brincadeira e da fantasia.

Segundo Klein (1997), o brincar viabiliza que a criança possa expressar, de modo semelhante as associações livres do adulto, as situações dolorosas vivenciadas e utilize seus recursos psíquicos para elaborá-las. Através da projeção e com a utilização de brinquedos, a criança alivia seu aparelho psíquico da ansiedade e da angústia oriundas das experiências desagradáveis.

Winnicott (1975) esclarece que o brincar é uma forma natural e universal de comunicação na psicoterapia, sendo ele por si só terapêutico. Através do brincar, a criança permite fluir sua capacidade de criação e criatividade, dessa forma manifestando e descobrindo seu eu (self). Em termos de associação livre, assim como o adulto no divã, a criança sentada ao chão entre os brinquedos comunica uma sucessão de ideias, pensamentos, impulsos e sensações sem conexão aparente que o psicólogo pode reconhecer e apontar. Klein (1997) aborda em seu método de análise, que as associações livres do adulto são substituídas pelo brincar na criança. O brincar tem o simbolismo como linguagem utilizada, de forma similar aos sonhos. Portanto, pode-se interpretar o conteúdo latente presente no brincar, assim como se interpretam os sonhos.

Como a criança não expressa diretamente suas emoções e sentimentos, o desenho também pode ser um facilitador no processo de comunicação, sendo um meio de projeção da personalidade, possibilitando a expressão de aspectos por ele desconhecidos ou não autorizados (Lopes,2012). Avellar (2009) retoma Winnicott mencionando que o conteúdo

da brincadeira não é o mais importante no atendimento, pois o que se deve observar é o brincar da criança. Destaca que o analista também pode utilizar sua capacidade lúdica para fazer intervenções, propiciando, ao paciente, a possibilidade de expressar-se livremente.

Axline (1980) define o brincar como um meio de expressão capaz de expandir os sentimentos acumulados de tensão, frustração, insegurança, agressividade, medo, espanto e confusão. A criança liberta-se destes sentimentos através do brincar, se conscientiza, esclarece, enfrenta e aprende a controlá-los ou esquecê-los. Para ajudar a criança a obter uma compreensão melhor dos seus sentimentos e de si mesma, o psicólogo pode validar os sentimentos apresentados, demonstrando empatia e compreensão. Dificilmente a criança manifestará seus sentimentos mais profundos de forma direta, inicialmente há um processo de exploração, ela deverá confiar no terapeuta, sentir-se segura e sem medo de reprovações. O psicólogo não deve manifestar encorajamento, elogio ou aprovação para não influenciar, ou seja, a atmosfera deve ser neutra. Winnicott (1982) também considera que o adulto não deve obstruir nem adulterar a iniciativa própria da criança no brincar.

Winnicott (1975) menciona determinada "área do brincar" a qual a criança habita ao realizar esta atividade. Essa área, não se refere à realidade psíquica, nem ao mundo externo, localiza-se fora do indivíduo e a criança deposita o material onírico junto a objetos de realidade externa. A criança manipula estes fenômenos externos, envolvendo o corpo a serviço dos sonhos.

Os brinquedos auxiliam o processo terapêutico, por ser um meio natural de auto-expressão da criança, o brincar livremente é uma manifestação do seu desejo, no qual ela dirige seu mundo, por isso o terapeuta não pode dirigir esse brincar. Dessa forma, a criança expressará sua personalidade, experimentando pensamentos e ações independentes e libertando sentimentos. O ideal é que exista uma variedade de brinquedos e que a criança possa escolher quais utilizar, ao invés de existir uma pré-seleção de brinquedos pelo terapeuta (Axline, 1980).

Ribeiro, Almeida e Borba (2008) relembram que a ludoterapia é uma técnica realizada em sessões, cujo objetivo é promover compreensões por parte da criança, de seus sentimentos e comportamentos. O terapeuta reflete, para a criança, suas expressões verbais e não verbais, interpretando-as para ela. O brinquedo terapêutico por sua vez é classificado em dramático ou catártico, pois permite a descarga emocional, instrucional, prepara a criança aos procedimentos, capacita e potencializa funções fisiológicas da criança. O brinquedo terapêutico deve permitir: dramatizar situações domésticas e hospitalares, exteriorizar sentimentos e oportunizar que expressões ocorram livremente. Considerando o que foi abordado, os brinquedos sugeridos são: bonecos representando família, profissionais da saúde e animais domésticos, itens representando objetos domiciliares e do cotidiano, itens representando objetos hospitalares, chupeta, mamadeira, revólver, carrinhos, telefone e material de desenho e pintura, entre outros.

Em determinadas situações, a criança pode estar ansiosa e com medo, nesses casos, não se deve simplesmente obrigá-la a escolher o que gostaria de brincar, e sim mostrar possibilidades, lhe dando oportunidades. A criança deve sentir que não se exige nada dela, e que seus desejos são respeitados. O argumento “é para o teu bem” não é suficiente para uma criança, é preciso estimulá-la, diverti-la, pois se a criança sentir-se descontraída e feliz, sua permanência no hospital, além de mais fácil, favorecerá no seu desenvolvimento e cura (Lindquist, 1993). O corpo dolorido provoca desconforto e desânimo, podendo levar a criança ao isolamento e à falta de vontade de realizar até mesmo atividades que lhes são prazerosas (Siqueira et al., 2015).

Axline (1980) apresenta oito princípios básicos que norteiam o terapeuta durante a ludoterapia, sendo eles: o desenvolvimento de um relacionamento amistoso para o estabelecimento do *rapport*; aceitação da criança como ela é; estabelecimento da permissividade no relacionamento de forma que a criança sinta-se livre para expressar seus sentimentos; abertura para identificar os sentimentos e refleti-los a ela, de forma que

compreenda o próprio comportamento; manutenção do respeito pela criança; não direcionamento de conversas ou ações da criança; permissão para que a terapia seja um processo gradativo sem apressá-la, estabelecendo somente limitações necessárias; e conscientização de sua responsabilidade no relacionamento.

A compreensão de que o brincar é uma necessidade básica da criança, assim como a higiene, alimentação ou medicação deve ser clara a toda equipe de saúde e familiares. Não devendo ser realizada "se der tempo" ou vista como "uma atividade a mais". Essa assistência deve ser comprometida com a satisfação das necessidades da criança. O brinquedo pode ser classificado a partir de suas diversas finalidades, podendo ser: recreação, estimulação, socialização, dramatização, conflitos e catarse. Por meio da finalidade recreativa, a criança obtém prazer, satisfazendo necessidades de diversão e criação. Com a finalidade estimuladora, o brinquedo favorece o desenvolvimento sensório-motor, intelectual, social e criativo, oportunizando desenvolvimento da aprendizagem e criatividade. A partir da finalidade socializadora, o brinquedo viabiliza aprendizagem de relações sociais, permitindo representações de papéis sociais. Na sua função terapêutica ou catártica, o brinquedo funciona como válvula de escape, aliviando ou purificando o indivíduo, conduzindo à diminuição da ansiedade, sendo esta a base da ludoterapia, técnica de psicoterapia infantil e do brinquedo terapêutico (Ribeiro et al. 2008).

Para Aberastury (1996), a criança que consegue brincar livremente, com prazer, utilizando a fantasia (sem exagero), com curiosidade e desejo que fluem naturalmente, manifestando angústias e afetos, tem grande probabilidade de vivenciar de forma saudável a sua infância. Por isso, é de suma importância que esse recurso não se perca durante a internação hospitalar e que essa vivência do brincar ainda possa existir concomitante ao adoecimento.

## MÉTODOS

### **Delineamento**

Como delineamento, foi realizada uma pesquisa bibliográfica qualitativa de cunho exploratório e interpretativo. Laville e Dionne (1999) pontuam que a escolha da abordagem deve estar a serviço do objeto de pesquisa, partem da proposta de respeitar o real, considerando valores, representações e motivações, conservando a análise literal dos dados. A significação de um conteúdo reside na especificidade que escapa do domínio mensurável. Isso não significa que seja uma abordagem aleatória e subjetiva, mas estruturada, rigorosa e sistemática. Neste trabalho foram apresentadas as contribuições da ludoterapia como recurso terapêutico no atendimento ao paciente infantil oncológico, na fase de cuidados paliativos em situação de internação hospitalar, tratando-se, então, de um fenômeno a ser compreendido e não uma quantificação.

Gil (2008) define a pesquisa exploratória como capaz de desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias através de pesquisas e estudos anteriores, envolvendo levantamentos bibliográficos, proporcionando uma visão geral de determinado fato. O cunho interpretativo da pesquisa visa estabelecer uma relação entre o conteúdo das fontes pesquisadas e outro conhecimento.

Laville e Dionne (1999) sugerem chegar às publicações mais antigas através das recentes, os artigos geralmente são acompanhados de referências bibliográficas muito úteis. Realizar uma pesquisa bibliográfica auxilia na descoberta dos saberes e de pesquisas já relacionadas com a questão de interesse, proporcionando ampliar o conhecimento, afinar perspectivas teóricas, precisar e objetivar o entendimento do tema. A pesquisa bibliográfica é pertinente por ser uma rica fonte de informação e deve ser conduzida pelo problema levantado.

## Fontes

Como fonte foram utilizados dois artefatos culturais. Os filmes escolhidos foram Patch Adams – O amor é contagioso, dirigido por Tom Shadyac e lançado em 1998; e A Cura, dirigido por Peter Horton e lançado em 1995. Ambos os filmes apresentam, em suas cenas, questões lúdicas em momentos de hospitalização. No Patch Adams, um desconhecido é quem utiliza essa abordagem ao interagir com as crianças, enquanto em A Cura, um amigo com vínculo já estabelecido é quem brinca com o paciente. Cada um dos filmes contém algumas cenas de ludoterapia, sendo complementares para exploração do tema, por isso optou-se por utilizar os dois, que juntos exemplificam melhor esse recurso.

A escolha pelos filmes se deve aos subsídios apresentados nas cenas, que possibilitam a compreensão de fenômenos explorados neste trabalho.

O filme Patch Adams conta a história de Hunter Adams (Robin Williams), um homem que após tentativa de suicídio, voluntariamente se interna em um sanatório. Neste local, ele descobre seu dom ajudando outros internos, o que desperta seu interesse em ser médico, para poder ajudar outras pessoas. Ao sair da instituição ingressa em uma faculdade de Medicina. Seus métodos lúdicos utilizados, poucos convencionais na época, causam inicialmente espanto aos demais membros da equipe de saúde e professores responsáveis, mas aos poucos ele vai conquistando a todos.

A escolha deste filme ocorreu porque Hunter utiliza métodos singulares para tratar dos pacientes em sua residência no hospital. Quando se veste de palhaço, fazendo-os rir de forma lúdica, através do brincar e manifestando seu carinho, mostra a importância deste método para a qualidade de vida das crianças. Com muito humor, ele conquista os pacientes, o que confunde alguns colegas da equipe e intriga superiores (que não concordam com suas práticas). Com sua presença e atuação, o ambiente hospitalar adquire novo aspecto e, assim, ele vai conquistando a todos. A relação por ele estabelecida com os

pacientes mostra-se essencial no tratamento de alguns casos e auxilia a minimizar o sofrimento de outros.

O filme *A Cura* conta a história de Dexter, um menino que contraiu AIDS através de uma transfusão sanguínea e após muito tempo solitário, inicia uma amizade com seu vizinho Erik. Os meninos, a partir da leitura de um artigo que aborda a cura da AIDS, resolvem procurar o médico responsável pela descoberta. Partindo nessa aventura, eles viajam para outro estado em busca desse profissional, com esperança de salvar a vida de Dexter. Nesse trajeto, Dexter acaba intensificando os sintomas da doença, o que acarreta em sua hospitalização. No hospital, Erik faz visitas constantemente, brincando com seu amigo e vivendo, com ele, momentos de muita diversão. A escolha por este filme se deve às cenas da hospitalização, em que o brincar se mostra essencial à qualidade de vida, evidenciando como é possível que a criança encare o momento da morte.

### **Instrumentos**

As cenas recortadas dos filmes e suas respectivas categorias foram reunidas em uma tabela. Segundo Laville e Dionne (1999), as tabelas tem o intuito de explorar, integrar e acrescentar dados ao texto, destacando visualmente características dos dados. As tabelas testemunham o que os textos antecedentes desejam demonstrar.

### **Procedimentos**

Inicialmente foi realizado um levantamento bibliográfico com o objetivo de investigar as principais contribuições teóricas existentes associadas ao problema de pesquisa. A busca pelas referências bibliográficas ocorreu através da Biblioteca da Universidade de Caxias do Sul, além da Biblioteca Virtual e Minha Biblioteca. Os artigos foram procurados em bases de dados da Scientific Eletronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Biblioteca Virtual Universitária (BVU) e periódicos

Capes. Os descritores utilizados foram: ludoterapia, psico-oncologia pediátrica, psicologia hospitalar, cuidados paliativos, o brincar e criança no hospital.

Ressalta-se que os livros abarcam a contribuição de teóricos antigos da Psicologia e conceitualização dos termos utilizados no trabalho, enquanto os artigos apresentam um olhar mais atualizado do tema proposto. Posteriormente, foram selecionados recortes de cenas dos filmes eleitos que possibilitassem uma articulação com a revisão de literatura. Os filmes foram assistidos várias vezes, após recortou-se as cenas que respondem ao problema de pesquisa, as quais foram agrupadas, emergindo as categorias de análise. Cada uma das categorias foi discutida à luz do aporte teórico apresentado na revisão de literatura. As categorias de análise elencadas foram: Promoção da comunicação e manifestação de sentimentos; Dramatização: a representação da morte; e Repercussões da ludicidade.

### **Referencial de análise**

Laville e Dionne (1999) defendem que análise de conteúdo consiste em empreender um estudo minucioso de um tema, procurando sentidos, captando intenções, comparando, avaliando, reconhecendo e selecionando aspectos principais, esclarecendo suas características e significações. A análise de conteúdo pode se aplicar a abordar objetos de investigação como: atitudes, valores, representações, mentalidades, ideologias, fenômenos sociais, entre outros.

As categorias de análise foram definidas *a posteriori*, a partir de um modelo aberto, no qual as categorias não são fixadas inicialmente. (Laville & Dionne, 1999).

Também foi utilizada a estratégia de emparelhamento, definidas por Laville e Dionne (1999) como uma forma de relacionar os dados coletados a um modelo teórico com a finalidade de compará-los.

## RESULTADOS

Com o propósito de responder aos objetivos da pesquisa foram recortadas cenas dos filmes: A Cura e Patch Adams. As cenas recortadas foram agrupadas em três categorias que são apresentadas a seguir:

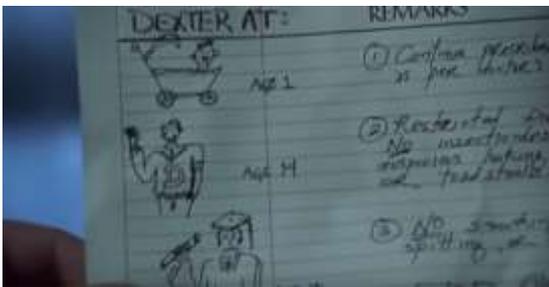
---

Categorias

Cenas Descritoras

---

### **Categoria 1 : Promoção da comunicação e manifestação de sentimentos**



Cena 1 - Nesta cena, Dexter estava cabisbaixo pelas exigências da rotina hospitalar, reclamando por não poder comer doces e ter que alimentar-se através da sonda: “Se eu tiver sorte eu continuo vomitando. Eles tem que enviar o tubo de alimentação pelo nariz até o meu estômago... Machuca.” Erik entrega chocolates ao Dexter que responde: “quem sabe você pode colocar um desses na minha intravenosa” (sic) (risos). Por espontânea vontade, Dexter mostra ao Erik seus desenhos, compartilhando com ele imagens que remetiam a linha desenho da vida. A primeira imagem, continha o de si mesmo como bebê com um ano. Erik aperta as bochas de

Dexter dizendo: “puxa, você era um bebê feio”. A segunda como um jogador de futebol americano aos 14 anos, na sequência há uma imagem de si mesmo graduado aos 18, posteriormente com uma família aos 40 e finalizando como um senhor nú aos 80, com uma bengala em uma mão e fazendo um gesto obsceno com a outra. Ambos tornam esse momento descontraído e leve. Erik comenta achar graça do senhor, dizendo ser seu favorito.



Cena 2 - Nesta cena, o paciente junto ao profissional de saúde, seu amigo e sua mãe estão jogando um jogo de tabuleiro com cartas, sentados em cima da maca. Todos estão descontraídos e dando risada. Erik: “aqui a carta que ninguém pediu” Médico: “Aliás, eu estou muito impressionado“ (sic) Erik: “ele pega sempre às melhores” (sic) Médico: “eu vou em frente” Erik: Eu sou bom nesse jogo, não posso ganhar mas posso prever” (sic) (risos).



Cena 3 - Patch percebe a criança fragilizada, triste, com humor deprimido, cabisbaixa, dirige-se a ela, pergunta o seu nome e se apresenta, demonstrando interesse e empatia, consegue a ver para além da doença, como uma criança que precisa brincar e se divertir. Utiliza um nariz de palhaço com o material disponível encontrado no momento e faz brincadeira com a criança que rapidamente sorri em resposta à iniciativa de Patch. Ao colocar o nariz fala: “Não estou respirando” (sic) a criança sorri e ele continua: “Só um pouquinho. Meu nariz está vermelho? Ah, está.” Pega outros materiais e questiona “O que é isso? Você não sabe? Vamos descobrir!” (sic) Bate em si mesmo com objeto e o entrega a criança que repete o gesto. Patch começa fazer cócegas na criança e encosta o nariz na cabeça da criança dizendo “beijo de abelha” (sic), a criança ri, despertando também o

interesse das outras crianças que se encontram no quarto e contagiando-as pois todos passam a rir e a interagir com a brincadeira.



Cena 4 - Patch verificando que sua primeira intervenção deu certo, começa interagir com todas as crianças do quarto, bate suas mãos fingindo serem asas e circula pelo quarto brincando de ser uma abelha, até que bate-se contra o vidro da janela, e muda a brincadeira. Olha para outro paciente e diz “olá, posso me sentar?” senta-se fora da cama caindo no chão, todos riem. Ao levantar-se está com uma luva médica colocada na cabeça e começa imitar uma galinha. Após, Patch coloca um chapéu na cabeça e duas bacias no chão, colocando um pé sobre cada uma e começa a dançar. Rapidamente as crianças levantam de suas camas, movimentando-se e interagindo com a brincadeira.

## Categoria 2: Dramatização enquanto representação da morte



Cena 5 - Nesta cena, Erik aperta o botão que aciona a equipe médica quando há alguma urgência. A sirene toca e uma enfermeira se aproxima da porta do quarto, onde Erik aguarda e a recepciona dizendo: “vem aqui por favor, ele parou de respirar” (sic). Outra enfermeira que passava no corredor também acompanha. As duas profissionais da equipe de saúde entram no quarto para verificar o estado de Dexter, que encontra-se deitado na maca, imóvel fingindo-se de morto. Erik dramatiza mostrando-se preocupado com o amigo “Eu tava falando com ele e agora ele tá morto... Não...” (sic) a enfermeira responde: “eu sinto muito meu bem, mas já sabíamos que isso ia acontecer.” (sic). Dexter ao ser tocado por uma delas, para verificação de sinais vitais, levanta-se rapidamente gritando: “buh” no intuito de assustá-las. Ambos conseguem atingir o objetivo, pois as profissionais perdem o fôlego

com o susto que tomam. Na sequência, Erik e Dexter dão risada da brincadeira que fizeram. E as profissionais retiram-se do quarto irritadas com a brincadeira.



Cena 6 - Nesta cena, Erik e Dexter brincam de executar um urso de pelúcia, através de um enforcamento. O urso, colocado no chão é amarrado por uma cordinha no pescoço que sobe até a maca, estando preso a esta. Erik, durante a brincadeira fala “Pelo poder dado a mim, eu agora ordeno que comece a execução” (sic) na sequência, faz o som de suspense enquanto Erik com o um controle remoto movimenta a maca em que está deitado a qual a cordinha do urso está presa. Com o movimento da maca, a corda puxa o ursinho pra cima através da corda. A brincadeira é interrompida quando o médico entra no quarto para o atendimento dizendo: “Ah, sente-se melhor eu aposto”.



Cena 7 - Nesta cena, Dexter e Erik repetem a brincadeira do susto, conforme combinado entre os dois amigos, Erik procura um profissional no corredor, ao avistá-lo, se dirige a ele chamando: “moço, moço, meu amigo parou de respirar, eu acho que ele tá morto” o profissional de saúde acompanha-o até o quarto e pede ao Erik que vá chamar a enfermeira. Erik esconde-se atrás da porta e quando o profissional se aproxima para verificar seus sinais vitais, é surpreendido por um susto. Erik aparece e todos acabam rindo juntos. O profissional informa rindo: “Vocês estão se divertindo é? Porque eu não estou! O meu turno acaba às quatro.” (sic). Após o turno esse mesmo profissional volta para brincar com eles.



Cena 8 - Nesta cena, Dexter e Erik se olham e Erik questiona: “Tá pronto pra mais uma vítima?” (sic) Dexter sorri e

acena com a cabeça. Ambos pretendiam aplicar a brincadeira do susto mais uma vez. Erik aborda um médico no corredor: “Doutor, doutor, meu amigo ele pode estar morto e eu não sei o que fazer” (sic). O médico sem falar nada, entra no quarto e se aproxima de Dexter. Ao ficar acompanhando pela janela o próximo susto, Dexter não levanta, e Erik muda as expressões faciais, entrando no quarto preocupado. Nesse momento a mãe de Dexter também entra no quarto e o médico ao constatar que ele havia falecido, comenta: “sinto muito” (sic).

### **Categoria 3: Repercussões da ludicidade**



Cena 9 - Nesta cena, durante o atendimento médico Erik e Dexter se olham e Dexter ao olhar para o amigo pede através de linguagem labial, para que fale, dando a entender que já haviam combinado sobre. Erik diz ao médico: “Ele sabe que tá morrendo” (sic). O médico questiona e eles contam sobre a brincadeira feita com as enfermeiras de fingir-se de morto,

repetindo a fala de uma delas quando diz que todos sabiam que isso ia acontecer. Neste momento o médico pôde conversar com a criança e encorajá-la no processo do tratamento, dizendo: “Na história, está cheio de gente muito doente que de repente, sem motivo nenhum melhora. E quando isso acontece, nós chamamos de milagre. Desde o momento em que eu te conheci, sabia que era especial e que podia ser uma dessas pessoas (sorri). Sabe que estou dizendo a verdade não sabe? Pode sentir isso dentro de você? (sic). Dexter acena com a cabeça e o médico continua: “então não me decepcione” “conto com você pra me tornar famoso” (sic).

---

## DISCUSSÃO

O filme foi assistido diversas vezes para identificar as cenas que estivessem relacionadas ao problema deste estudo. Com as cenas agrupadas foi possível realizar o delineamento de categorias, visando cumprir os objetivos previamente elencados. Todas as cenas envolvem o tema da ludicidade e as categorias foram nomeadas por representarem diferentes desfechos ou benefícios deste recurso, sendo elas: promoção da comunicação e manifestação de sentimentos, dramatização: a representação da morte e repercussões da ludicidade. A partir desses apontamentos, segue abaixo a discussão dos recortes integrada à revisão de literatura.

### **Categoria 1 : Promoção da comunicação e manifestação de sentimentos**

Nesta primeira categoria, promoção da comunicação e manifestação de sentimentos, a discussão é baseada nas cenas 1, 2, 3 e 4. A cena 1 apresenta o paciente Erick desenhando a si mesmo em várias etapas futuras da vida, podendo representar uma linha da vida onde ele expressa seus sonhos e desejos. Conforme Lopes (2012), a criança não expressa de forma verbal suas emoções e sentimentos, o desenho tem um papel de facilitador na comunicação, sendo um meio de projeção da personalidade. Dessa forma, pode-se perceber que, através do desenho, Erick consegue expressar o desejo de uma trajetória de vida. Pode-se pensar que se referem a seus planos, sonhos ou desejos, visto que com o prognóstico desfavorável que ele tem, é provável que não chegue a vivenciar as etapas do ciclo vital desenhadas. De acordo com as considerações de Kovács (1992), a criança manifesta, em seus desenhos, os seus sentimentos, o medo da morte, do sofrimento e do tratamento. Pode-se pensar que o medo da morte e encarar o fato de sua finitude, o levou a pensar no futuro e no que desejaria caso pudesse vivenciar. Por não conseguir verbalizar sobre, acaba se expressando através dos seus desenhos.

Axline (1980) enfatiza que meios naturais de auto-expressão são considerados manifestações de desejos. Essa ideia complementa a suposição de que os desenhos de Erick reportam, além de outros aspectos, aos sonhos que o paciente gostaria de vivenciar. Todas as etapas são desenhadas carregadas de subjetividade. Nesse momento, caso um psicólogo o acompanhasse, essas percepções poderiam ser pontuadas como hipótese e poderia ser aberto um espaço de acolhimento e escuta terapêutica, para que o paciente pudesse sentir que alguém lhe compreende e se importa com sua manifestação, colocando-se à disposição para acolhê-lo.

Na cena 2, pode-se identificar o paciente, seu amigo, sua mãe e um profissional da equipe de saúde jogando um jogo de tabuleiro. Todos interagem através dessa brincadeira, falando uns com os outros, sorrindo, verbalizando frases engraçadas, estando próximos entre eles. Pode-se perceber que a hospitalização se torna leve nesse momento, evidenciando a qualidade de vida que o brincar, nesse ambiente, proporciona para a criança. Ceccim, Cristófoli, Kulpa e Modesto (1997) consideram que a esfera social e psicológica tem a mesma importância que a biológica, por isso, a qualidade de vida no hospital é de suma importância no tratamento. Conforme Wanderlei (2012), o lúdico no contexto hospitalar é essencial para que a criança possa suportar a internação, além de garantir seu equilíbrio emocional (Valle & Melo, 2008). Nessa cena, Erick experimenta de forma saudável o que geralmente seria vivenciado independente do local. Assim, alguns aspectos esperados desta fase de desenvolvimento se desenvolvem em conformidade ao que ocorreria se ele não estivesse internado, sendo essa uma forma de resgatar momentos propícios da infância para que não se percam ou sejam deixados de lado em virtude da doença e para que não seja centralizada apenas a questão física, prejudicando as outras esferas.

Também pode-se perceber que o profissional de saúde acaba se aproximando mais de Erick e Dexter após as brincadeiras. O brincar, para Oaklander (1980), promove

afinidade e criação de vínculos. Pode-se perceber que a interação através das atividades lúdicas proporcionou a intensificação do vínculo do paciente com esse profissional, que retorna após o seu turno para a brincadeira com o jogo do tabuleiro, participando da vida do paciente não apenas no sentido profissional, mas também expondo seu lado humano capaz de sensibilizar-se com o outro. O vínculo é facilitado pelo lúdico apesar do profissional não ser um psicólogo, porém, pode-se perceber que se trata de um recurso facilitador de aproximação e comunicação com a criança, além do estabelecimento do vínculo.

Lindquist (1993) afirma que a criança se sentir descontraída e leve no hospital, favorece o desenvolvimento e a cura. Isso é possível identificar na cena 2, quando Erick está brincando com o jogo de tabuleiro, junto ao médico, sua mãe e Dexter. Neste momento, pode-se perceber que ele esquece, por alguns momentos, a situação de hospitalização e o corpo adoecido, descentralizando o aspecto físico e o sofrimento associado, podendo sentir prazer e satisfação proporcionados pelo momento lúdico. No filme *Patch Adams*, os mesmos apontamentos podem ser considerados, pois também é possível se perceber que as outras esferas além da física, não estavam sendo preconizadas naquele contexto. Os pacientes estavam padecendo de um olhar que acolhesse o aspecto psicológico e social da criança, o que é feito na intervenção lúdica de Patch, mesmo sem que ele tivesse essa intenção por não ser um psicólogo que compreendesse ou estudasse todos os aspectos até então mencionados.

Simão e Petrilli (2011) enfatizam que se tratando de crianças, às vezes a dor pode causar desinteresse pela brincadeira, pelos amigos e pelos cuidadores, o que angustia e afeta as pessoas em sua volta. Pode-se perceber que, no filme, Erick se mantém comunicativo através do brincar, expressando seus sentimentos tanto na cena do tabuleiro quanto na do urso de pelúcia, ao executar o brinquedo, além de envolver-se com o amigo e manter-se interessado nas atividades recreativas, o que auxilia a vivenciar esse momento

da hospitalização. Nas cenas do Patch Adams, pode-se perceber que o interesse surgiu a partir do estímulo, demonstrando o quão importante é o papel do profissional de levar para a criança o acesso aos brinquedos e materiais que possibilitem a exploração de seu potencial criativo.

O psicólogo, ao observar o brincar do paciente infantil, pode compreender a realidade psíquica da criança, pois o brincar é considerado um instrumento técnico, permitindo identificar a forma como o paciente está lidando com o diagnóstico, internação, tratamento e prognóstico (Wanderlei, 2012). Todas as cenas selecionadas de ambos os filmes, se ocorressem na presença de um profissional da psicologia, seriam ricas fontes de informações sobre o paciente e permitiriam intervenções as quais a criança pudesse ser auxiliada a compreender as manifestações que vem apresentando e seus sentimentos pudessem ser acolhidos, manifestados e pensados juntos com o profissional.

Duarte (1989) retoma que o brincar é a linguagem da infância, sendo a forma de comunicação da criança. Nessa categoria, nas cenas 3 e 4 pode-se perceber que o interagir dos pacientes está atrelado à atividade lúdica iniciada pelo acadêmico Patch. Antes dele entrar no quarto, todos estavam incomunicáveis, não-responsivos, silenciosos e pareciam inclusive tristes. Pode-se pensar que, provavelmente, não seriam tão responsivos à outra forma de comunicação. Patch consegue contagiar todos através do brincar, despertando interesse e desejo nas crianças em vivenciarem esse momento que ele proporcionou, apesar da hospitalização.

Winnicott (1975) propõe que o brincar por si só é terapêutico e permite fluir a criatividade. As cenas 3 e 4 dessa categoria refletem a extrema mudança de humor e comportamento que se percebe nas crianças, quando elas começam a interagir com Patch durante suas brincadeiras. É possível se perceber que junto ao lúdico surgem sorrisos, sendo que antes existia apenas espaço para seriedade, surgem risadas quebrando um silêncio permanente, e a expressão corporal é manifestada, enquanto anteriormente só

havia espaço para permanecerem deitados. Também pode-se perceber a maneira como demonstram interesse em interagir com o profissional que sabe utilizar a linguagem deles, diferente dos demais profissionais, que no filme privavam as crianças dessa possibilidade, considerando que Patch foi penalizado por seu comportamento.

Em suma, a finalidade socializadora do brincar, conforme Ribeiro et al. (2008), viabiliza a aprendizagem de relações sociais. Portanto, pode-se identificar isso nas cenas dessa categoria, pois a interação e a comunicação são possibilitadas em decorrência do lúdico. Tanto com o médico que se propôs a brincar após seu turno, jogando um jogo de tabuleiro com Erick e Dexter quanto com o estagiário Patch que interage com todos os pacientes com suas brincadeiras e que acaba se vinculando aos pacientes de forma similar.

## **Categoria 2: Dramatização: a representação da morte**

Nesta categoria, são abordadas as cenas numeradas 5, 6, 7 e 8 do filme A Cura. Explorando a representação da morte através da dramatização lúdica. Almeida (2008) considera que o sentimento de morte, na criança, não ocorre apenas em situações de concretude da morte, mas também em situações que se configuram em perdas, pois elas representam a morte simbólica. A dramatização é utilizada como uma estratégia para falar de diversos aspectos difíceis e também para falar de morte. No filme A Cura, eles agem como se o paciente tivesse morrido, representando e experimentando, assim, a morte momentaneamente. Eles agem como se vivenciassem um ensaio, o que pode estar relacionado a um auxílio no processo de elaboração e preparação para a morte.

É comum a criança brincar de algo que represente sua própria condição, isso permite que ela encontre mecanismos para enfrentar medos e angústias (Valle & Melo, 2008). Não é ao acaso que Erick brinca de fingir-se de morto, uma vez que tem conhecimento de seu prognóstico de provável morte, podendo realizar essa encenação como uma forma de encarar o medo e a angústia que a morte lhe provoca e também se

aliviar através dessas experimentações. Erick fecha os olhos e permanece imóvel, experimentando a sensação e fantasia o que imagina que seja a morte, além de ouvir as reações apresentadas pelos outros. A brincadeira de dramatização da morte se repete diversas vezes ao longo do filme, podendo significar que se trate de uma das suas maiores angústias.

Kovács (1992) menciona que a criança percebe que vai morrer e embora não expresse verbalmente, manifesta isso em seus jogos, desenhos e brincadeiras, sendo essa uma forma de provocar alívio. As brincadeiras de Erick sempre envolvem a temática da morte, confirmando a compreensão da autora. Na cena do urso de pelúcia, pode-se perceber que a vivência da iminência de sua morte poderia estar sendo projetada na execução do brinquedo e que ocorre gradativamente com o lento puxar da corda. A velocidade de morte do urso, que ocorre de forma lenta e progressiva, pode ser relacionada ao tempo de doença.

Axline (1980) afirma que o psicólogo pode auxiliar a criança a realizar uma compreensão mais adequada da situação e dos sentimentos vivenciados, nomeando-os e demonstrando empatia. Um psicólogo que vivenciasse e acompanhasse um paciente na situação do Erick, poderia nomear os sentimentos de medo e angústia percebidos nas brincadeiras com o tema da morte em todas as cenas dessa categoria. A partir dessas pontuações, estaria disponível para ampará-lo em seu sofrimento e intervir no que surgisse no decorrer dos atendimentos. O psicólogo também poderia pontuar, para a criança, suas expressões verbais e não verbais percebidas, emprestando seu aparelho psíquico para traduzir o que a criança não consegue manifestar através da fala e, assim, viabilizando um espaço para possíveis processos simbólicos do que está sendo vivenciado.

As brincadeiras funcionam como uma válvula de escape e conduzem à diminuição da ansiedade, sendo esta a base da ludoterapia (Ribeiro et al., 2008). A fase de cuidados paliativos vivenciada por Erick, é um momento de angústia, tensão e ansiedade, além do

medo constante causado pela iminência da morte. Erick, de forma saudável, consegue dar boas risadas e pode-se perceber que há descarrega de sua ansiedade através das brincadeiras que envolvem a dramatização. Após dar o susto nos profissionais, pode-se pensar que Erick se sente aliviado por conseguir extravasar, de alguma maneira, algo que se apresenta em seu inconsciente durante essa vivência.

Erick utiliza a fantasia e a criatividade, de forma espontânea, nas brincadeiras das cenas 5, 6, 7 e 8, justamente com uma temática que lhe angustia, a finitude. Segundo Aberastury (1996), a criança que brinca dessa forma, se apropriando da fantasia e criatividade tem grande probabilidade de vivenciar a infância de maneira mais saudável. Pode-se perceber que houve criatividade envolvendo o brincar, visto que a autenticidade da ideia de execução do urso de pelúcia ocorreu a partir deles, não caracterizando um jogo indutivo como os que se apresentam em vídeo-games ou em aplicativos nos *tablets*, nem com normas a serem seguidas por um manual de instruções, por exemplo. É possível se perceber, também, que a iniciativa para as dramatizações ocorrem de forma livre e por parte das próprias crianças.

Winnicott (1982) considera que, entre as várias funções do brincar, as crianças o fazem para dominar suas angústias. Pode-se identificar que a iminência de morte acaba angustiando Erick, visto que todas as suas brincadeiras envolvem essa temática, tanto na morte projetada no urso de pelúcia quanto na dramatização em que encena a morte. Essas cenas podem exemplificar a ideia do autor que defende a angústia como um fator predominante nas brincadeiras, possibilitando que a criança adquira experiência e dê vazão aos sentimentos.

Nessa categoria, as cenas de dramatização podem estar demonstrando que essa atividade lúdica auxilia na elaboração e compreensão da vivência subjetiva do paciente frente a sua condição. Assim, a dramatização, além de propiciar um alívio de angústias e

ansiedades, pode estar permitindo a manutenção da qualidade de vida de Erick, enquanto ainda estiver vivo.

### **Categoria 3: Repercussões da ludicidade**

Nesta categoria, explora-se possíveis desfechos da ludicidade, como conversar com a criança e propor esclarecimentos. Para exemplificar repercussões do lúdico foi selecionada a cena 9 do filme *A Cura*, na qual pode-se perceber que a brincadeira da dramatização da morte, incentivou o médico e o Erick a falarem sobre a atual condição do paciente, de forma que a criança pudesse compreender e sentir-se amparada. Pode-se pensar que essa conversa foi desencadeada pela brincadeira e, portanto, supor que o lúdico propicie momentos como o da cena, no qual Erick recebeu apoio do profissional, visto que geralmente, se tratando de pacientes infantis, o contato para conversar sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico costuma ser entre o médico e os responsáveis pela criança, sem necessariamente prestar as mesmas explicações ao paciente infantil.

Torres (2002) aborda que as crianças sabem mais do que os adultos supõem sobre a morte e sobre sua condição, ressaltando que explorar e responder seus questionamentos é melhor que permitir que os medos mágicos persistam na sua imaginação. No início desta cena, Dexter se dirige ao médico a partir da solicitação de Erik, após combinações prévias entre ambos, e comenta: “ele sabe que vai morrer” (sic). Dexter expõe que Erick sentia-se dessa forma e tinha conhecimento do prognóstico esperado. Nesse momento, o profissional de saúde pôde esclarecer a situação clínica do paciente e também colocar-se à disposição para responder as suas dúvidas, além de encorajá-lo no processo do tratamento. Segundo Kovács (1992), falar sobre a morte faz com que a criança se sinta menos confusa ou desamparada, provocando alívio. Torres (2012) complementa que a criança deve sentir que o adulto é capaz de falar e responder sobre o tema.

Caso esse profissional que o acompanha na cena, fosse um psicólogo, ou estivesse acompanhado por um psicólogo, ele poderia colocar-se à disposição, abrir espaço para escuta terapêutica, explorar e responder as dúvidas do paciente e acolhê-lo em seu sofrimento. O psicólogo também poderia, durante o atendimento, utilizar estratégias para falar de morte com a criança. Almeida (2008) sugere como estratégias para abordar o tema da morte: livros de história, pinturas, brinquedos e outros materiais que possam auxiliar na compreensão e elaboração.

Kübler-Ross (1996) defende que falar com a criança sobre a morte é compartilhar o seu luto e faz com que ela não se sinta sozinha na dor. A orientação é que a conversa inicie quando o paciente se mostrar preparado para isso. Na cena, é possível ver que o próprio Erick é quem manifesta seu desejo em falar sobre isso, quando pede ao Dexter para que inicie o assunto. Por tratar-se de uma solicitação dele, é possível imaginar a necessidade que sentia em conversar com um profissional sobre o que estava se passando.

Lopes (2012) defende que a criança enfrenta diversas dificuldades na hospitalização, sendo algumas delas: estar num local estranho, adaptar-se à rotina hospitalar, privar-se de atividades diárias que desenvolvia, entre outros. Considerando a experiência de Erick, é possível perceber que a alimentação, torna-se um aspecto institucionalizado da rotina hospitalar, pois ele utiliza sonda. A distância de familiares e até mesmo da escola é evidenciada, pois ele não recebe outras visitas, além de não manter suas atividades escolares. A criança, em uma internação hospitalar, com qualquer que seja a doença, pode manifestar sintomas psíquicos como medo, angústia, ansiedades, preocupações, entre outras possibilidades (Valle & Melo, 2008). Esses sentimentos podem estar sendo refletidos nas brincadeiras propostas por Erick ao longo da sua permanência no hospital. O psicólogo, estando presente, poderia dispor-se a conversar com a criança sobre essas situações e realizar as intervenções que se fizessem necessárias na condução do atendimento.

A partir dessa cena, pode-se pensar que a ludicidade propicia momentos em que o profissional consegue conversar com a criança, esclarecer dúvidas, colocar-se à disposição, pontuar percepções, demonstrando empatia e compartilhando o luto. Enquanto o paciente pode expor seus sentimentos, manifestar sua subjetividade, compreender essa vivência de forma mais saudável, receber apoio, ter uma escuta terapêutica e ser acolhido em seu sofrimento. Todos esses aspectos do processo da ludoterapia podem auxiliar a criança na manutenção da qualidade de vida, apesar da hospitalização e da fase de cuidados paliativos, além de permitir que o paciente vivencie esse estágio da doença de forma mais saudável possível em comparação ao que é esperado na fase da infância.

Portanto, a partir desses filmes, pode-se perceber que o brincar tem suma importância na qualidade de vida infantil, sendo uma forma de socialização, um meio pelo qual a criança consegue externalizar seus sentimentos e comunicar o que se passa com ela, além de ser um recurso capaz de auxiliar a criança a compreender sua condição, buscar esclarecimentos e ser amparada em seu sofrimento pelo profissional de saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção desse trabalho abarcou a temática da ludoterapia relacionada à contextualização do ambiente hospitalar para uma criança, considerando todos os aspectos relevantes associados a esse local que impactam na vida de um indivíduo nessa fase do ciclo vital. A caracterização dos cuidados paliativos na oncologia pediátrica foi um dos objetivos alcançados, dando ênfase ao impacto do diagnóstico de câncer e abordando aspectos acerca da morte com crianças. Findando a revisão de literatura, apresentou-se a ludoterapia enquanto um recurso terapêutico no atendimento ao paciente infantil hospitalizado, descrevendo suas vantagens e benefícios.

A partir das cenas dos filmes, Patch Adams e A Cura, foi possível estabelecer uma discussão, articulando ao conteúdo elencado pela revisão teórica. Com base nos processos vivenciados na hospitalização e no agravamento do adoecimento de Dexter, uma vez que o filme A Cura retrata a utilização do lúdico no contexto hospitalar. Pode-se perceber o quanto esse recurso é benéfico ao paciente, possibilitando que ele expresse seus sentimentos, permitindo maior interação com todos que o cercam: a equipe de saúde, a mãe do paciente e Erick, seu melhor amigo. Além de possibilitar, como desfecho, conversas esclarecedoras que visam amparar e acolher a criança envolvida em uma situação de cuidados paliativos.

Com a utilização das cenas do filme Patch Adams, foi possível perceber uma diferença no comportamento das crianças antes e depois da atividade lúdica feita pelo profissional. O brincar é apontado como a linguagem da infância e considera-se que a partir desse filme foi possível identificar a forma como elas interagem com mais facilidade quando esse recurso é utilizado. Pode-se pensar que foi possível, inclusive, perceber que o vínculo estabelecido entre o profissional e o paciente é reforçado e intensificado a partir da comunicação proporcionada pela ludicidade. Diferente do filme A Cura, que explora a vivência dos cuidados paliativos, Patch Adams apresenta a criança oncológica em

internação hospitalar, dessa forma os dois filmes complementam-se em relação a responder os objetivos propostos e abordam conceitos da revisão de literatura, sendo considerados esclarecedores.

O atendimento psicológico é de suma importância. Em situações de adoecimento, mostra-se mais necessário ainda em virtude do entendimento biopsicossocial considerado no processo do adoecer. Acredita-se que a adaptação do profissional através das técnicas que visam a especificidade requerida para essa faixa etária, seja primordial para a qualidade do acompanhamento psicológico.

A finalidade do presente trabalho, não foi de esgotar a discussão sobre esse assunto. A ideia da utilização do lúdico solidificou-se há muitos anos pelos teóricos mais conhecidos da psicanálise, porém, sugere-se que novas pesquisas sejam investidas buscando aprimorar ainda mais essa técnica.

**REFERÊNCIAS**

- Aberastury, A. (1996). *Abordagens à Psicanálise de Crianças*. (Settineri, F. F. Trad.).  
Porto Alegre: Artes Médicas
- Almeida, A. F. (2008). Morte e Luto na Infância e Adolescência In: F.A. Almeida & L. A. Sabatés, (Eds.), *Enfermagem Pediátrica: A criança, o adolescente e sua família no hospital*. (pp.89-99) São Paulo: Manole
- Angerami-Camon, V. A. A., Chiattoni, H. B. C. & Nicoletti, E. A. (1996). *O doente, a Psicologia e o Hospital*. (3ª ed.). São Paulo: Pioneira Psicologia.
- Avellar, L. Z. (2009). *Jogando na análise de crianças: intervir-interpretar na abordagem Winnicottiana*. São Paulo: Casa do Psicólogo
- Axline, V. M. (1980). *Ludoterapia: A dinâmica interior da Criança*. (Rogers, C. R. Trad.).  
(2ª ed.). Minas Gerais: Interlivros
- Berté, C., Ogradowski, K. R. P., Zagonel, I. P. S., Tonin, L., Favero, L., & Almeida Junior, R. L. (2017). Brinquedo terapêutico no contexto da emergência pediátrica. *Revista Baiana de Enfermagem*, 31(3), e20378. Epub 19 de março de 2018  
<https://dx.doi.org/10.18471/rbe.v31i3.20378>
- Bornholdt, I. (1989). Início de tratamento psicoterápico de crianças. In: I. Duarte, I. Bornholdt & M. G. K. Castro. *A prática da psicoterapia infantil*. (pp.33-41 ). Porto Alegre: Editora das Artes Médicas Sul LTDA
- Carvalho, V.A. (1992). Atendimento Psicossocial a Pacientes de Câncer In M. J. Kovács. *Morte e Desenvolvimento Humano*. (pp.204-225) São Paulo: Casa do Psicólogo
- Ceccim, R. B. (1997). A criança hospitalizada: a atenção integral como uma escuta à vida In: R. B. Ceccim & P. R. A. Carvalho (eds.). *Criança Hospitalizada*. (pp.27-41)  
Porto Alegre: Editora da Universidade UFRGS

- Ceccim, R.B. , Cristófoli, L., Kulpa, S. & Modesto, R. C. P. (1997). Escuta pedagógica à criança hospitalizada In: R. B. Ceccim & P. R. A. Carvalho (eds.). *Criança Hospitalizada*. (pp.76-84) Porto Alegre: Editora da Universidade UFRGS
- Doca, F. N. P., & Costa Junior, Á. L. (2007). Preparação psicológica para admissão hospitalar de crianças: uma breve revisão. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 17(37), 167-179
- Duarte, M. L. C., Zanini, L. N. & Nedel, M. N. B. (2012). O cotidiano dos pais de crianças com câncer e hospitalizadas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(3), 111-118. <https://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000300015>
- Duarte, I (1989). Infância. In: I. Duarte, I. Bornholdt & M. G. K. Castro. *A prática da psicoterapia infantil*. (pp. 78-122) Porto Alegre: Editora das Artes Médicas Sul LTDA
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. (5ª ed). São Paulo: Atlas.
- Gurgel, L. A. & Lage, A. M. V. (2013) Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: uma perspectiva de atuação psicológica. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 16(1), 141-149.
- Horton, P. (diretor). (1995). A Cura. [filme]. Estados Unidos: Universal Pictures
- Hostert, P. C. C. P., Motta, A. B. & Enumo, S. R. F. (2015). *Coping* da hospitalização em crianças com câncer: a importância da classe hospitalar. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 32(4), 627-639.
- Kishimoto, T. M. (Ed.).(1998) *O brincar e suas teorias*. São Paulo: Pioneira Educação
- Klein, M. (1997). Fundamentos psicológicos da análise de crianças. In: M. Klein, A *psicanálise da criança*. Rio de Janeiro: Imago.
- Kovács, M. J. (1992) Morte no Processo do Desenvolvimento Humano – A Criança e o Adolescente diante da Morte. In: M. J. Kovács. *Morte e Desenvolvimento Humano*. (pp.48-57) São Paulo: Casa do Psicólogo

- Kübler-Ross, E. (1996). *Sobre a Morte e o Morrer*. (Menezes, P. Trad.). (7ª ed) São Paulo: Martins Fontes.
- Laville C. & Dionne, J. (1999). *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas* (L. M. Siman, Revisão técnica e adaptação; H. Monteiro & F. Settineri, trads.). Porto Alegre: Artmed / Belo Horizonte: UFMG.
- Lindquist, I. (1993). *A Criança no Hospital, Terapia pelo Brinquedo*. (Altman, R. Z. Trad.). São Paulo: Scritta Editorial.
- Lopes, S. R. A. (2012). O uso do recurso gráfico como meio de interação e comunicação com crianças hospitalizadas. In: R. M. L. Affonso (Ed), *Ludodiagnóstico: Investigação clínica através do brinquedo* (pp. 200-207) Porto Alegre: Artmed
- Macedo, C. M., Ribeiro, A. R. & Dias, R.R. (2018) Enfermagem de Pediatria: Avaliação e Intervenção Psicológica In: N. M. Baptista, R. R. Dias & A. S. D. Baptista *Psicologia Hospitalar - Teoria, Aplicações e Casos Clínicos*, (3ª ed.) (pp.159-180) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan [Minha Biblioteca]. Retirado de <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527733557/>
- Matsumoto, D. Y. (2012). Cuidados Paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. In: R. T. Carvalho & H. A. Parsons (Eds), *Manual de Cuidados Paliativos* (pp.23-31) ANCP (2ª ed.).
- Motta, A. B. & Enumo, S. R. F. (2010). Intervenção psicológica lúdica para o enfrentamento da hospitalização em crianças com câncer. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(3), 445-454.
- Nunes, L.V. (2012) O Papel do Psicólogo na Equipe. In R. T. Carvalho & H. A. Parsons (Eds), *Manual de Cuidados Paliativos* (pp.337-340) ANCP (2ª ed.).

- Oaklander, V. (1980) *Descobrendo Crianças a abordagem gestáltica com crianças e adolescentes*. (Schlesinger, G. Trad.). (7ª ed.). São Paulo: Summus Editorial
- Pessini, L. & Bertachini, L. (2004). *Humanização e Cuidados Paliativos* (2ª ed.). São Paulo: EDUNISC-Edições Loyola.
- Ribeiro, C. A., Almeida, F. A. & Borba, R. I. H. (2008). A Criança e o Brinquedo no Hospital In. F. A. Almeida & L. A. Sabatés. (Eds). *Enfermagem Pediátrica: A criança, o adolescente e sua família no hospital*. (pp.65-78) São Paulo: Manole
- Shadyac, T. (diretor). (1998). *Patch Adams: O amor é contagioso*. [filme]. Estados Unidos: Universal Studios.
- Simão, A. S. & Petrilli, R. (2011). Papel do Psicólogo na Clínica de Dor e Cuidados Paliativos na Criança. In. F. S. Santos. (Ed) *Cuidados Paliativos, Diretrizes, Humanização e Alívio de Sintomas*. (pp. 597-603). São Paulo: Editora Atheneu.
- Siqueira, H. B. O. M., Santos, M. A., Gomez, R. R. F., Saltareli, S. & Sousa, F. A. E. F. (2015). Expressão da dor na criança com câncer: uma compreensão fenomenológica. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 32(4), 663-674. <https://dx.doi.org/10.1590/0103-166X2015000400009>
- Soares, M. R. Z., & Zamberlan, M. A. T. (2001). A inclusão do brincar na hospitalização infantil. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 18(2), 64-69.
- Torres, W. C. (2002). *A criança diante da Morte*. (2ª ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Valle, E. R. M. (Ed.). (2001). *Psico-oncologia Pediátrica*. São Paulo: Casa do Psicólogo
- Valle, E.R.M. & Melo, L. L. (2008). Brinquedoteca Hospitalar In. F. A. Almeida & L. A. Sabatés (Eds). *Enfermagem Pediátrica: A criança, o adolescente e sua família no hospital*. (pp.57-65) São Paulo: Manole
- Wanderlei, K. (2012). O lúdico no contexto hospitalar: quando o brincar no contexto hospitalar é recreação e quando é terapia. In: R. M. L. Affonso (Ed).

*Ludodiagnóstico: Investigação clínica através do brinquedo* (pp.192-200) Porto

Alegre: Artmed

Winnicott, D.W. (1982) *A Criança e o seu Mundo* (Cabral, A. Trad.). (6ª ed.). Rio de

Janeiro: LTC

Winnicott, D.W. (1975) *O Brincar & a Realidade*. (Abreu, J. O. A. & Nobre, V. Trad.).

Rio de Janeiro: Imago Editora LTDA