



A criança com câncer: sua compreensão sobre a morte, a utilização do lúdico e a importância dos cuidados paliativos

Seliane A. O. Ventura¹, seliane-ceu@hotmail.com; **Caroline O. Levate**²

1. Graduanda do curso de Psicologia da Faculdade de Minas (FAMINAS), Muriaé, MG;
2. Mestre em Letras pelo Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora (CES-JF), Juiz de Fora, MG; professora na Faculdade de Minas (FAMINAS), Muriaé, MG.

RESUMO: O presente estudo visa apresentar como as crianças, em diferentes fases da infância, vivenciam e compreendem a morte, principalmente quando as mesmas estão acometidas de alguma patologia grave, como o câncer. Vem tratar também da utilização do lúdico como ferramenta facilitadora do diálogo da criança com seus sentimentos, e auxilia na identificação da causa de certos comportamentos e, por último, mas não menos importante, o uso dos cuidados paliativos no tratamento de doenças graves, degenerativas, crônicas e incuráveis.

Palavras-chave: criança, câncer, morte, ludicidade, cuidados paliativos

RESUMEN: **El niño con el cáncer: su comprensión de la muerte, el uso de la lúdica y la importancia de los cuidados paliativos.** El presente estudio tiene como objetivo presentar cómo los niños en las diferentes etapas de la infancia, viven la



experiencia y entienden la muerte, sobre todo cuando se padece alguna enfermedad grave como el cáncer. También se ocupa de la utilización de la actividad lúdica como instrumento para facilitar el diálogo del niño a sus sentimientos, y ayuda a identificar la causa de ciertos comportamientos y, por último, pero no menos importante, el uso de los cuidados paliativos en el tratamiento de enfermedades graves, degenerativas, crónicas e incurables.

Palabras llave: niño, el cáncer, la muerte, la alegría, los cuidados paliativos.

ABSTRACT: The child with cancer: their understanding of death, the use of the ludic activities and the importance of palliative care. The present study aims to present how children at different stages of childhood, experience and understand death, especially when they are afflicted with some serious illness such as cancer. It also addresses to the use of ludic activity as a tool facilitating the dialogue of the child your her feelings, and helps to identify the cause of certain behaviors and, last, but not least, the use of palliative care in the treatment of serious diseases, degenerative, chronic and incurable.

Keywords: child, cancer, death, playfulness, palliative care.

Introdução

A morte pode ocorrer em qualquer idade, porém a sociedade espera sempre que ela chegue ao final da vida adulta, mas isso não é uma regra. Partindo desse pressuposto, como crianças que já se encontram doentes entendem a morte?

Este trabalho tem por objetivo relatar como as crianças portadoras de câncer, hospitalizadas ou não, reagem à morte e se há uma semelhança nestas; qual o objetivo dos cuidados paliativos; se a idade e o gênero interferem; a importância do lúdico no tratamento e qual o papel da família.

Verifica-se, em sua maioria, que as pessoas acreditam que as crianças não entendem sobre o assunto ou não estão prontas para falar, que devem ser poupadas de tudo, e sempre se perguntam se há uma forma adequada de se abordar o tema com a criança doente e sua família.

Nesse sentido, o presente trabalho justifica-se por buscar esclarecer a experiência vivida por crianças doentes, auxiliar os profissionais da saúde a abordarem o tema de forma mais lúdica, orientar os pais/responsáveis da importância da sinceridade sobre os fatos com a criança e como isso é importante para relação familiar.

I – Revisão de literatura

1.1 – A criança e sua compreensão de morte

Vários estudos foram feitos com intuito de responder como as crianças compreendem a morte. Algumas teorias do desenvolvimento tentam explicar como isso ocorre. A psicanálise afirma que as preocupações e pensamentos sobre a morte surgem depois da fase fálica, período edipiano, como resultado do medo da castração. Já a teoria piagetiana, diz que essa compreensão só acontece quando as estruturas cognitivas da criança atingem as operações formais, no início da adolescência, ou seja, ambas as teorias levam a conclusão de que as crianças nas primeiras fases do desenvolvimento, não apresentam compreensão acerca da morte (TORRES, 2002).

Outros teóricos como Maurer (apud TORRES, 2002) acreditam que a criança, mesmo antes dos dois anos, já tem uma noção de morte, mas essa relação não é abstrata, resulta de experiências como dormir e acordar, o “ser” e o “não ser”; assim, “aparecer é ser” e “desaparecer é não ser”. Para a criança, não se encontrar em seu espaço perceptivo significa não existir.

Segundo Torres (2002), as primeiras pesquisas focalizaram exclusivamente a idade cronológica para o processo de compreensão do conceito de morte.

Nagy (apud TORRES, 2002), apresenta 3 etapas:

Etapa 1 (até 05 anos): A criança não enxerga a morte como algo irreversível, mas algo temporário. Para a criança não existe a “não vida”, dessa forma a morte é algo impossível.

Etapa 2 (entre 05 e 09 anos): A criança já a compreende como irreversível, mas não como inevitável.

Etapa 3 (acima de 09 anos): A criança consegue, nessa etapa, reconhecer que a morte é inevitável. Já a reconhece como um processo pelo qual todos os indivíduos passarão e que é a dissolução da vida do corpo.

Nas pesquisas realizadas por Gartley e Bernasconi (apud TORRES, 2002), os resultados foram relatados em grupos:

Grupo A (entre 5.5 e 6.4 anos): As crianças não apresentam conceitos estruturados e são flexíveis. Parecem ter certeza de que os mortos não respiram, mas têm dúvida sobre a capacidade de sentir alguma coisa, mesmo estando mortos. A morte é vista como algo futuro, não imediato.

Grupo B (6.6 a 7.5 anos): A criança faz associação da morte às funções essenciais como estar deitado, ter os olhos fechados, não respirar. Ainda tem a visão de algo do futuro.

Grupo C (7.5 a 8.4 anos): Os conceitos abstratos ainda não estão bem formados, mas as crianças já conseguem reconhecer a morte como uma possibilidade imediata.

Grupo D (8.5 a 9.5 anos): Associam as causas da morte à violência.

Grupo E (9.6 a 10.11 anos): As respostas das crianças já são menos ingênuas, porém continuam a fazer associação com a violência.

Grupo F: A diferença entre este grupo e o anterior não é significativa, porém as crianças desse grupo apresentam uma maior enumeração de causas para a morte, e já tem uma noção de decomposição do corpo.

Grupo G (10.10 a 14 anos): As crianças já respondem com maior maturidade do que os grupos E e F. Já conseguem explicar a morte através de causas naturais, não só associada à violência.

Dessa forma, o conceito de morte parece ficar sólido com o avançar da idade cronológica, mas vale ressaltar que crianças que tiveram experiências de morte na família são mais realistas em relação ao tema, e o fato de ter tido um animalzinho de estimação, que tenha morrido, também aumenta o conhecimento sobre o assunto (TORRES, 2002).

Bolduc (apud TORRES, 2002) desenvolveu seis situações hipotéticas como medida cognitiva do conceito de morte. Através destas, a autora conseguiu avaliar três grandes níveis de compreensão sobre o tema.

1. Nível descritivo: a criança relata o que observa diretamente ou o que lhe contaram sobre a morte e o morto;

2. Nível causal: são dadas explicações causais sobre a cessação das funções vitais que determinam à morte;

3. Nível inferencial: as respostas são abstratas e não se prendem ao observado. As crianças já fazem inferências sobre as consequências que levam à morte, tanto para ele quanto para os outros.

Em relação ao desenvolvimento cognitivo, segundo Torres (2002), a compreensão da morte pela criança não se dá de forma isolada, acontece paralela a outros desenvolvimentos que ocorrem em sua vida, porém pode-se supor

que a conceituação da morte na mesma irá variar de acordo com o seu nível de desenvolvimento cognitivo. Alguns fatores experienciados pela criança como perda, doença terminal, tendência suicida, privação socioeconômica e cultural, podem contribuir para explicar as diferenças individuais no desenvolvimento e na elaboração do conceito de morte.

Ter contato com a morte implica em um comprometimento afetivo-emocional, já que esse confronto ameaça estabilidade emocional, a segurança e a própria autoestima. Se confrontar com a perda, a morte de outra pessoa, é difícil, e se torna ainda mais complicado quando a morte é uma ameaça pessoal, um exemplo disso é a criança com câncer (TORRES, 2002).

1.2 – A criança com câncer

O câncer é uma doença que assusta e que traz insegurança, sentimento de impotência em qualquer fase da vida. Em pediatria, é a segunda causa de óbito de 0 a 14 anos, a primeira são os acidentes, isso se tratando de países desenvolvidos. Em 1999, o Ministério da Saúde revelou que o câncer já era a quinta maior causa de morte entre pessoas de 01 a 19 anos no Brasil. Aparentemente, o câncer pediátrico apresenta uma predominância discreta em crianças do sexo masculino e de cor branca (CAMARGO; KURASHIMA, 2007).

As principais neoplasias em pediatria são: leucemias, linfomas, tumores do sistema nervoso central, tumores do sistema nervoso simpático, retinoblastoma, tumores renais, tumores ósseos e sarcomas de partes moles (CAMARGO; KURASHIMA, 2007).

Além de ter que lidar mais intimamente com a possibilidade da morte, as crianças com câncer enfrentam outros problemas como longos períodos de hospitalização, reinternações freqüentes, tratamento agressivo com sérios efeitos colaterais, afastamentos dos entes queridos, interrupção das atividades cotidianas, falta de compreensão sobre o diagnóstico, angústia, dor e sofrimento (NASCIMENTO et al., 2005).

Segundo Benites (2004), estar doente é uma situação de risco que envolve medo e angústia. Viver a doença é conflituoso, pois apesar da busca por um sentido, por um recomeço, a doença é também uma ameaça a essas possibilidades.

Para Olivieri (apud BENITES, 2004), estar com câncer significa, de alguma forma, parar de sonhar o futuro e viver o presente, sendo que por alguns momentos, a busca é pelo passado, pelo que viveu e pelo que deveria ter vivido, ou seja, um momento de lamentação e saudosismo.

Para as crianças, estar doente pode significar uma punição por algo errado que tenham feito, dando assim um sentido à doença: erro-culpa-punição

(CAPOBIANGO apud BENITES, 2004). O papel dos pais ou responsáveis nesse momento é de muita importância, pois manter uma comunicação adequada com a criança faz com que a mesma manifeste suas emoções em palavras e alivie o sentimento de culpa que possa sentir (BOSSI-BIGARD, 2006).

O tratamento do câncer também traz representações próprias para a criança, no qual ela necessita enfrentar por um longo período a espera por resultados satisfatórios, prolongando a convivência com sentimentos de vida e de morte. Nesse momento, é muito importante a presença da mãe que, na maioria das vezes, é a fonte de suporte (BENITES, 2004).

O câncer é uma doença grave e o sofrimento acompanha não só o paciente, mas também sua família. Quando o paciente é uma criança, todos os sentimentos ficam mais exacerbados, já que se espera que a morte venha na idade mais avançada (CASTRO; PICCININI apud BENITES, 2004).

Ter uma criança com câncer na família, para Nascimento et al. (2005), pode romper toda uma estrutura, pois seus membros necessitam se adequar à nova realidade, mudam-se os papéis e as responsabilidades, precisam adquirir novas habilidades para lidar com a doença, ao mesmo tempo, em que necessitam dar conta dos vários estados de desequilíbrio emocional, na esperança de alcançar racionalidade para lidar com as mudanças e o sofrimento.

Um sentimento que gera muita angústia em relação à criança com câncer, incluindo a mesma, é o sentimento de impotência. Sentimento esse que massacra o indivíduo. Como dito anteriormente, o ser humano acredita ser “dono” de sua vida, um ser onipotente, ser perfeito, até se deparar com a morte. A isso, Freud (apud GARCIA-ROZA, 2004), chama de narcisismo. O narcisismo é a condição de formação do eu, chegando a se confundir com o próprio eu.

A maior dificuldade enfrentada pelos pais é aceitar que algo tão ruim esteja acontecendo com seu filho. Segundo Freud (1914), os pais se encontram sob a compulsão de atribuir todas as perfeições ao filho, por isso é tão difícil aceitar as deficiências deste. Por essa razão, a importância de se acompanhar não só o paciente, mas todo o grupo familiar.

Para Nascimento et al. (2005), “tornar-se” paciente oncológico é viver em uma constante busca. Busca pela vida mais normal possível, pela aceitação de que a vida não é mais a mesma, por entender o que pode ou não fazer, pode ou não mudar, e isso é muito desgastante.

Para a criança é difícil compreender a morte como algo natural, é complicado entender e aceitar as mudanças que lhe são impostas, sem direito de recusa. Elas são obrigadas a se afastarem de suas casas, de seus familiares, de sua vida escolar, atividades diárias, e ainda passam pela omissão dos adultos diante de sua curiosidade e de seus questionamentos (ALMEIDA, 2005).

A reação das crianças diante da doença pode ser de diversas formas. Uma delas é ficar em silêncio para proteger seus entes queridos, até porque existe uma dificuldade grande em traduzir o que sente através das palavras. Na maioria das vezes, as emoções se apresentam pela mudança de comportamento, podendo se tornar hiperativa, agressiva, triste, hostil, entre outros (BOSSI-BIGARD, 2006).

A gravidade da doença confronta o paciente com o sentido da vida e não é diferente com a criança. A diferença está nas crises naturais de cada idade, em como se encara a liberdade, seu tempo e seu espaço (BENITES, 2004).

O mais adequado para criança com câncer é ser acompanhada por uma equipe multidisciplinar e em estabelecimento especializado para que a mesma possa ter o suporte necessário para uma melhor qualidade de vida. Porém, existe uma grande dificuldade nesse trabalho, pois o tratamento tem sido realizado cada vez mais de forma racional e não empírica (CAMARGO; KURASHIMA, 2007).

O que deve ser enfatizado durante a progressão da doença é “o cuidar além do curar” (MASERA; JANKOVIC; SPINETTA, 2007). Isso de uma forma global, sabendo respeitar os limites, individualidade e desejo do paciente. Tendo consciência de que cada um tem seu tempo para aceitar sua nova condição (BENITES, 2004).

Uma questão importante a ser pensada é como trabalhar com a criança hospitalizada, como amenizar o peso da separação do convívio familiar. O lúdico parece ser uma boa opção.

1.3 – A criança hospitalizada e a utilização do lúdico

A hospitalização traz, normalmente, um desconforto muito grande, gera ansiedade, estresse e impaciência. Para a criança, isso não é diferente, os sentimentos também surgem de maneira intensa, principalmente em se tratando da sensação de isolamento, de não poder conviver com a família como era antes (ALEMIDA, 2005).

A hospitalização transfere o papel de cuidador ocupado pela família para a equipe médico-hospitalar, sendo assim, a presença dos familiares se torna cada vez menor, e não por falta de vontade de estar junto, mas devido às regras impostas pelas instituições (ALMEIDA, 2005).

Além do medo da morte, as crianças também têm medo do sofrimento causado pelo tratamento e do afastamento da mãe. Como no nascimento, a criança revive a separação da mãe, a perda do ambiente seguro em que se encontrava no útero materno, com receio de ser esquecida por todos, o que representa de certa forma, a morte (TORRES apud ALMEIDA, 2005).

A criança, com a hospitalização, se depara com a obrigatoriedade de adaptar-se a um novo ambiente, a uma nova rotina e a pessoas estranhas, o que causa estresse, mas por outro lado, possibilita uma fase de aprendizado para a mesma, o que faz com que a criança apresente, por vezes, sentimentos negativos e positivos sobre a sua internação (ALMEIDA, 2005).

O lúdico, o brincar, tem papel fundamental nessa adaptação. As crianças necessitam de um tempo para que isso ocorra; então, em alguns momentos, principalmente em se tratando de sentimentos negativos, elas se negarão a brincar, a manusear os objetos, mas com o desenrolar do processo adaptativo elas se inserem nas brincadeiras (ALMEIDA, 2005).

Nas atividades, segundo Almeida (2005), percebe-se como as crianças estão se sentindo, como se relacionam com a doença e a possibilidade da morte, como, por exemplo, manusear um brinquedo de forma agressiva ou atirar os objetos longe com expressão de raiva. Para a autora, isso é uma demonstração clara de que a criança deseja destruir o que lhe causa dor, sofrimento. Outro fator que se podem observar através do lúdico é a ansiedade e o medo.

Segundo Winnicott (1975), a criança tem a capacidade de se desconectar do mundo ao brincar. Mesmo que haja um adulto, ela consegue brincar sozinha, desde que exista um vínculo estabelecido com a mãe. Para isso, é necessário que a equipe responsável pela criança hospitalizada consiga atingir as expectativas da criança, criando laços afetuosos.

Winnicott (1975) diz que para a criança progredir do princípio do prazer para o princípio da realidade, esta necessita de uma “mãe suficientemente boa”, ou seja, alguém que possibilite uma boa adaptação às suas necessidades, permitindo assim, que a criança tolere bem as frustrações. Ele vem trazer a importância do brincar junto (terapeuta/paciente), com o objetivo de trazer o paciente de um estado em que não é capaz de brincar para o estado de o ser. Mostrar que não existe lugar impossível de se brincar, de se usar o lúdico.

No hospital, isso não é diferente. A equipe pode e deve utilizar o lúdico como auxílio na adaptação da criança ao ambiente e ao tratamento, possibilitando um melhor relacionamento entre as partes (paciente/equipe), primando pela melhor qualidade de vida ou sobrevida desses pacientes (ALMEIDA, 2005).

O lúdico demonstrou ser uma ferramenta eficaz para identificar os sentimentos de perda, dor, raiva, angústia que as crianças apresentam na fase da hospitalização, que em grande parte não conseguem verbalizar, podendo ser utilizado em todo o tratamento, incluindo os cuidados paliativos.

1.4 – Cuidados paliativos

Cuidados paliativos, segundo Camargo e Kurashima (2007), é o ato de oferecer conforto, suporte e informação ao paciente e sua família, visando o alívio dos sintomas e resgatando, acima de tudo, a dignidade do indivíduo e uma melhor qualidade de vida, seja com paciente terminal ou com doença incurável. Tendo em mente a importância de uma atuação interdisciplinar.

O cuidar do outro também é instintivo, como vemos nos animais, caracterizando assim uma ação primordial para o ser humano. Atualmente, tem-se avançado muito na medicina, proporcionando taxas mais altas de cura, o que diminuiria a necessidade desse tipo de cuidado, mas não se deve descartar sua importância (CAMARGO; KURASHIMA, 2007).

Lugton e Kindlen (apud CAMARGO e KURASHIMA, 2007), definem cuidados paliativos como “estar com” o paciente na essência de seu significado e, para que isso aconteça, apresentam algumas habilidades necessárias como: respeitar a identidade e a integridade de outro ser humano, ser sensível e não julgar, saber quando falar e quando ouvir, e ter conhecimento e habilidade para intervir de modo a promover qualidade de vida, sabendo respeitar a vontade do paciente.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), os cuidados paliativos são prestados aos pacientes de forma ativa e total, quando os tratamentos curativos já não apresentam resposta eficaz. Tendo como prioridade controlar a dor, seja esta, física ou psicológica (CAMARGO; KURASHIMA, 2007).

Cuidado paliativo vai além do alívio da dor e de outros sintomas. É valorizar o processo de viver e morrer de forma natural; é não acelerar e nem adiar o inevitável: a morte; é integrar os aspectos psicológicos à vida do paciente; é oferecer suporte ao paciente para que este consiga levar a vida de forma mais normal possível; é auxiliar a família a lidar com a doença do paciente, seu sofrimento e sua morte; é trabalhar em equipe e principalmente ter início o mais cedo possível, auxiliando as outras terapêuticas, com o objetivo de prolongar a vida de forma qualitativa (CAMARGO; KURASHIMA, 2007).

Na pediatria, não é muito diferente. Segundo, Masera, Jankovic e Spinetta (2007), os cuidados paliativos em pediatria são o cuidar da criança como um todo, físico e psicológico, bem como de sua família. Tendo início quando se descobre uma condição de ameaça à vida, ou algo que cause limitações severas ou em uma situação terminal. Devendo ser utilizado mesmo quando não há um tratamento que solucione o problema.

Os profissionais devem estar atentos às angústias físicas, psicológicas e sociais que envolvem essa criança e sua família, sendo necessária uma abordagem multidisciplinar. O que as crianças desejam é serem acompanhadas, não se

sentirem abandonadas, pois elas necessitam sentirem-se seguras, sendo o momento de muita fragilidade (MASERA; JANKOVIC; SPINETTA, 2007).

Atitudes simples como ouvir, acompanhar e respeitar tem grande valor terapêutico, pois constituem um ato humano de compaixão e amor, de solidariedade, principalmente diante da notícia de uma doença terminal. Esse termo assusta não só as crianças, mas suas famílias e a própria equipe técnica (MASERA; JANKOVIC; SPINETTA, 2007).

Em pediatria, Maser, Jankovic e Spinetta (2007) apresentam quatro categorias para se aplicar os cuidados paliativos:

- 1) crianças em condições ameaçadoras à sua vida, cujos tratamentos curativos podem ser eficazes ou não (por exemplo, o câncer);
- 2) crianças em que a morte prematura é inevitável, mesmo que haja um tratamento e esse seja prolongado;
- 3) crianças em condições progressivas, nas quais não há opção de tratamento curativo, sendo o único tratamento os cuidados paliativos;
- 4) crianças em condições irreversíveis, mas não progressivas, mas que causam incapacidade severa comprometendo a qualidade de vida das mesmas (exemplo, paralisia cerebral severa).

Para Camargo e Kurashima (2007), não deve existir um ponto fixo para a transição entre tratamento curativo e tratamento paliativo, não deve existir uma necessidade de escolher entre um ou outro, mas sim os dois em conjunto. Essa integração traz vários benefícios como a redução de atrasos importantes no cuidado da criança e de sua família, qualifica esse cuidado e evita à fragmentação dos diversos saberes. Ocorrendo um atraso no encaminhamento do paciente para os cuidados paliativos, de certo, haverá prejuízo no tratamento do mesmo, pois este não terá um cuidado tão abrangente quanto se espera.

II – Resultado e discussão

Foram acompanhadas 10 crianças/adolescentes na faixa etária de 3 anos e 10 meses a 15 anos, 6 meninas e 4 meninos, no período de três meses, em visita semanal, sob supervisão e consentimento dos pais e/ou responsáveis, mantendo o sigilo sobre as identidades.

Foram realizadas atividades de arte-terapia com essas crianças, no intuito de possibilitar as manifestações de seus sentimentos quanto à doença, à hospitalização, afastamento da família e, conseqüentemente, sua compreensão de morte.

Durante esse período, observaram-se vários aspectos relatados neste artigo, como as diferenças em relação à compreensão da morte geradas pela idade, comportamentos agressivos, raiva, negação. Pôde-se também notar a importância do lúdico nesta relação morte-doença-hospitalização.

Fatores como aceitação da doença e resiliência foram notados em 40% dessas crianças, com idade entre 12 e 15 anos, pois já conseguem entender a morte como algo natural e inevitável, com mais maturidade. 20% apresentavam um comportamento arreadio e agressivo no primeiro momento, mas com o decorrer das visitas, passaram a ser mais participativos nas atividades propostas (10 anos de idade). 20% estavam mais interessados em brincar, desenhar, colorir, pois percebiam a morte como algo distante, futuro, mas em alguns momentos manifestavam crises de choro intensas devido ao desconforto da doença (idade entre 6 e 7 anos), nesse caso o lúdico foi muito utilizado. E ainda, 20% estavam mais adaptativos, mais à vontade com a situação, pelo fato de possuírem uma compreensão menor sobre o que estava acometendo (faixa etária entre 3 e 4 aos), porém agiam de forma mais manipulativa em relação à atenção dos pais, que se apresentavam muito fragilizados, ou seja, faziam muito birra para obter o que desejavam. Também reagiam, em alguns momentos, de forma agressiva enquanto brincavam, atirando os brinquedos longe ou nos próprios pais.

Pôde-se notar que quanto menor a idade, mais difícil para os pais. Os mesmos apresentaram, em alguns momentos, sentimento de culpa, de incapacidade e impotência, gerando um grande sofrimento psíquico. Com estes, foi utilizada a técnica de construção de livros de história e teatro, e em alguns momentos a partilha, o depoimento de sua vivência. Isso trouxe ótimos resultados, pois percebiam que os problemas vividos eram compartilhados por outras pessoas, e dessa forma conseguiam elaborar melhor seus sentimentos.

Um fato observado, na idade entre 12 e 15 anos, é que eles se sentiam mais a vontade em falar sobre seus sentimentos, incluindo a morte, longe dos pais e/ou responsáveis. A presença dos pais deixava os adolescentes arreadios, incomodados e até, em alguns momentos, agressivos.

As atividades de arte-terapia com as crianças, independente da faixa etária, trouxeram excelentes resultados, pois possibilitaram aos mesmos a chance de falar sobre a morte e seus medos. Em alguns casos, o medo maior nem era o da morte, mas o de ficar sozinho, de ser abandonado pelos amigos e de ficar feio. Para as meninas existe uma dificuldade bem maior em raspar o cabelo, não que os meninos não a tenham, mas é superado de forma mais tranqüila e mais rápida, pelo menos nesse grupo, e isso implica na autoestima dos mesmos. Nesse caso, foram utilizadas técnicas de incentivo à vaidade e utilização de acessórios, no qual em alguns momentos eles mesmos confeccionaram. O intuito era possibilitar se descobrir bonito em sua nova condição, se ver no espelho e se reconhecer.

As atividades citadas aqui também podem ser utilizadas em ambiente hospitalar, apresentando bons resultados, principalmente se essas forem realizadas em uma brinquedoteca, ou outro ambiente que não seja o do quarto (leito).

Nesse período, uma das adolescentes faleceu. Isso veio a corroborar com a bibliografia, pois as crianças na faixa etária de até 09 anos superaram bem a perda, ocorreu de forma mais tranqüila, pois apesar de algumas entenderem ser algo irreversível, não acreditavam ser inevitável. Já os maiores, a partir dos 10 anos, manifestaram um retrocesso nos sentimentos de medo e angústia. Passaram a ter pensamentos de que poderiam ser os próximos, mas com a possibilidade de expressá-los, foi logo superado.

Portando, verifica-se que as crianças realmente possuem compreensão a cerca da morte e podem falar sobre os fatos, desde que se respeite a idade, a subjetividade, o tempo e o espaço. Cada um vai apresentar necessidade de falar ao seu tempo e isso deve ser levado em consideração. Saber o que está acontecendo consigo ajuda na elaboração independente da idade, da fase cronológica.

III – Considerações finais

A criança, ao contrário do que se pensa, tem compreensão sobre a morte. É fato que isso vai variar de acordo com sua idade cronológica e seu desenvolvimento cognitivo.

Tudo que foi explanado neste artigo o se confirma na prática. Sentimento de perda, dor, sofrimento, negação, realmente se apresentam de forma exacerbada, tudo é muito intenso. As crianças passam por todo o processo de negação, revolta, medo, mas ao mesmo tempo continuam sendo crianças, agindo como crianças, na sua maioria.

Dessa forma, o lúdico se apresenta como uma ferramenta eficaz para a elaboração de certas questões, para o desabafar, para extravasar o que causa angústia. O brincar, no ambiente hospitalar, vai além do brincar, não é só diversão, é terapêutico e auxilia na adesão ao tratamento, traz mais leveza ao que é tão tenso: o medo da morte.

Realmente, os pais têm muito medo de falar sobre o assunto com as crianças, e preferem se omitir, mudar de assunto. Com isso, as crianças também se calam na presença dos mesmos. Quando longe de seus cuidadores, principalmente fora do leito, elas falam por meio do brincar, por meio do lúdico. Falam de seus medos, fantasias, angústias e sonhos. Misturam sentimentos negativos e positivos e isso vem corroborar com a teoria de que as crianças, a seu modo, compreendem a morte.

As equipes de trabalho podem e devem utilizar o lúdico, inclusive nos cuidados paliativos, tanto com os pacientes quanto com seus cuidadores. O efeito pode não surgir em curto prazo, mas em algum momento aparece e pode trazer resultados eficazes.

Dar atenção necessária, carinho e suporte psicológico permitindo que a criança e o adolescente manifestem seus sentimentos, auxilia nas outras terapêuticas, fortalece a teoria de que a utilização dos cuidados paliativos favorece à adesão ao tratamento e à aceitação da condição de doente.

Portanto, mediante a tudo que foi explicitado, é certo que vivenciar a morte, a doença e a hospitalização não são tarefas fáceis, principalmente em se tratando de crianças. É um processo difícil e sofrido, mas existem maneiras de se tentar amenizar os sentimentos e trazer uma melhora na qualidade de vida ou sobrevivência dessas pessoas. Todos merecem respeito, e devem saber o que está acontecendo consigo, mesmo que seja difícil. A sinceridade também é um ato de amor, a diferença está em como usar as palavras.

Referências

ALMEIDA, F. A. Lidando com a morte e o luto por meio do brincar: a criança com câncer no hospital. **Boletim em Psicologia**. São Paulo: [s.n.], v. 55, n. 123, dez. 2005.

BEE, H. **O ciclo vital**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BENITES, C. C. A. **A estrutura da identidade em crianças com câncer**: aspectos psicodinâmicos e psicossociais. 2004. 130 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2004.

BOSSI-BIGARD, C. **Juntos**: como falar com as crianças sobre a doença. [S.l.]: Editora CAJA, 2006.

CAMARGO, B; KURASHIMA, A. **Cuidados paliativos em oncologia pediátrica**. São Paulo: Lemar, 2007.

FREUD, S. Sobre o narcisismo: uma introdução (1914). **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1980. p. 89-98.

GARCIA-ROZA, L. A. **Introdução à metapsicologia freudiana**. 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2004.

MASERA, G.; JANKOVIC, M.; SPINETTA, J. J. Cuidado Paliativo. In: CAMARGO, B; KURASHIMA, A. (Orgs.). **Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: o cuidar além do cuidar**. São Paulo: Lemar, 2007.

_____. Considerações em Oncologia Pediátrica. In: CAMARGO, B; KURASHIMA, A. (Orgs.). **Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: o cuidar além do cuidar**. São Paulo: Lemar, 2007. p. 25-34.



NASCIMENTO, L. C. et al. Crianças com câncer e suas famílias. **Revista de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 39, n. 4, dez. /2005.

TORRES, W. C. **A criança diante da morte: desafios**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1975.